

Pareceres Consulta: Questões e dilemas éticos do dia-a-dia médico.

Rua Guadalajara, 175, Morro do Gato, Ondina
Salvador - Bahia | CEP: 40140-461
Tel: (71) 3339-2800 | www.cremeb.org.br

Cremeb
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DA BAHIA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Diretoria

abril 2006 – setembro 2008

Presidente: Jorge R. de Cerqueira e Silva

Vice-Presidente: José Abelardo Garcia de Meneses

1º Secretário: José Márcio Villaça Maia Gomes

2º Secretário: Nedy Maria Branco Cerqueira Neves

Tesoureiro: Luiz Carlos Cardoso Borges

Corregedor: Marco Antonio Cardoso de Almeida

Vice-Corregedor: Otávio Marambaia dos Santos

Assessora da Corregedoria: Teresa Cristina Santos Maltez

Conselheiros:

Aglaé Amaral Sousa

Álvaro Nonato de Souza

Antonio Carlos Caíres Araújo

Antonio Jesuino dos Santos Netto

Antonio José Pessoa da Silveira Dorea

Antonio Luiz Penna Costa

Antonio Nery Alves Filho

Bernardo Fernando Viana Pereira

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Carlos Antonio Melgaço Valadares

Carlos Eduardo Aragão de Araújo

Ceuci de Lima Xavier Nunes

Cremilda Costa de Figueiredo

Domingos Macedo Coutinho

Dorileide Loula Novais de Paula

Eduardo Souza Teixeira da Rocha

Humberto Silveira Alves

Iderval Reginaldo Tenório

Jayme Batista Freire de Carvalho

Jecé Freitas Brandão

José de Souza Neto

Lara de Araújo Torreão

Lícia Maria Cavalcanti Silva

Luiz Henrique Brugnì da Cruz

Marco Aurélio de Miranda Ferreira

Maria Ermecilia Almeida Melo

Maria Lúcia Bomfim Arbex

Maria Madalena de Santana

Maria Theresa de Medeiros Pacheco

Paulo Sérgio Alves Correia Santos

René Mariano de Almeida

Sílvio Porto de Oliveira

Sumaia Boaventura André

Tatiana Senna Galvão Nonato Alves

Conselheiros/Autores:

Álvaro Nonato de Souza
Antonio Carlos Caíres Araújo
Antonio Jesuino dos Santos Netto
Antonio José Pessoa da Silveira Dorea
Antonio Luiz Penna Costa
Antonio Nery Alves Filho
Bernardo Fernando Viana Pereira
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Carlos Antonio Melgaço Valadares
Carlos Eduardo Aragão de Araújo
Ceuci de Lima Xavier Nunes
Cremilda Costa de Figueiredo
Domingos Macedo Coutinho
Dorileide Loula Novais de Paula
Eduardo Souza Teixeira da Rocha
Iderval Reginaldo Tenório
Jayme Batista Freire de Carvalho
Jecé Freitas Brandão
José de Souza Neto
Lara de Araújo Torreão
Lícia Maria Cavalcanti Silva
Marco Aurélio de Miranda Ferreira
Maria Ermecília Almeida Melo
Maria Lúcia Bomfim Arbex
Maria Madalena de Santana
Maria Theresa de Medeiros Pacheco
Paulo Sérgio Alves Correia Santos
René Mariano de Almeida
Sílvio Porto de Oliveira
Sumaia Boaventura André
Tatiana Senna Galvão Nonato Alves

Salvador
2007

Pareceres Consulta: questões e dilemas éticos no dia-a-dia médico

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia
Rua Guadalajara, 175 – Morro do Gato – Barra
Salvador – Bahia
CEP – 40 140-461
Fone: (71) 3339-2800
Fax: (71) 3245-5751
Home page: www.portalmedico.org.br
e-mail: cremeb@cremeb.org.br

Organização:

Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves
Flávia Serra Neves
Almir Bitencourt

Normatização: Centro de Documentação – Cedoc

Capa e Editoração: Bruno Melo/Itália Color

Impressão: Cian Gráfica

C755p Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia.
Pareceres Consulta: questões e dilemas éticos no dia-a-dia médico/
organizado por Nedy Maria Branco Cerqueira Neves, Flávia Serra Neves,
Almir Bitencourt.
Salvador: CremeB, 2007.
p. 411

1. Medicina – exercício da profissão. 2. Ética Médica - pareceres.
I. Neves, Nedy Maria Branco Cerqueira Neves – (org.) II. Neves, Flávia Serra
– (org.) III. Bitencourt, Almir – (org.) IV. Título.

CDU 614.25

Agradecimentos

Mariane Gomes Sena Ferreira
Nelson do Carmo Nery
Nilza Ribeiro Soares Tavares
Rita de Cássia Botelho Vieira
Sandra da Silva Almeida
Simone Ribeiro
Vilma Maria Requião Veloso

APRESENTAÇÃO

Meio-século se passou desde a criação dos conselhos de Medicina no Brasil. Mudaram os médicos, mudou a Medicina e mudou a sociedade neste intervalo de tempo. E diante de um cenário em transformação, surgem demandas das quais nem o Código de Ética, e nem as resoluções normativas dão conta.

O Livro de Pareceres que o Cremeb, no mês em que se comemora o Dia do Médico, entrega aos seus jurisdicionados e à população baiana é um esforço para acompanhar os passos deste admirável mundo novo – porém ainda tão desigual – e propor respostas a indagações complexas, cada vez mais comuns no nosso dia-a-dia.

A atual publicação é, também, um resumo da história recente do Cremeb, que tem procurado pautar a sua conduta no bem coletivo, na defesa da saúde e da Medicina praticada com o necessário rigor ético. Os princípios milenares da profissão não caíram em desuso e merecem ser seguidos à risca.

Dedico este livro aos conselheiros-relatores – que tantas vezes perderam noites e sacrificaram seus afazeres à procura da palavra certa para discorrer sobre os tópicos estudados – aos integrantes das câmaras técnicas e aos da Procuradoria Jurídica desta instituição.

JORGE CERQUEIRA
Presidente

SUMÁRIO

Introdução	13
Acesso ao centro cirúrgico	15
Acupuntura	19
Anestesiologia	25
Atestado e boletim médico	33
Ato médico	69
Cartão de desconto	85
Central de regulação	91
Clínica cirúrgica	97
Dependência química	105
Diretor técnico e chefe de plantão	109
Doença terminal	115
Especialidade médica	123
Esterilização	131
Exames médicos pré-admissionais	137
Ginecologia e obstetrícia	141
HIV/Sida	155
Hospital-dia	169
Medicina do trabalho	173
Morte encefálica	177
Oftalmologia	181
Oncologia	191
Ortopedia e traumatologia	195
Órteses e próteses	201
Pediatria	211
Perícia e auditoria médica	235
Plano ou seguro saúde	243
Prescrição médica	247
Produtos fitoterápicos	257
Prontuário médico	263
Psiquiatria	273
Publicidade e trabalhos científicos	283
Relação com pacientes e familiares	287
Relação entre médicos	295
Remuneração profissional	299
Residência médica	317
Responsabilidade profissional	323
Segredos médicos	331
Telemedicina	343
Terapias holísticas	357
Termo de consentimento	363
Transfusão sanguínea	371
Urgências e emergências	381

INTRODUÇÃO

Os conselhos de Medicina brasileiros foram criados pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, e pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, com a missão de fiscalizar o exercício da profissão; conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional; promover o perfeito desempenho técnico e moral da Medicina e dos que a exercem.

Deste modo, a lei determina que seja aprovado o Código de Ética Médica (CEM), através de Resolução do Conselho Federal de Medicina, orientando a prática médica em todo o território nacional. O CEM vigente foi promulgado em 1988, portanto são transcorridos dezenove anos desde a sua publicação. Apesar de atual na essência, há lacunas sem respostas, que surgiram com o desenvolvimento técnico-científico da Medicina, e as demandas oriundas da sociedade nem sempre encontram respostas nas normas e resoluções.

Dilemas éticos surgem no dia-a-dia dos médicos em diversas áreas, como os relacionados a anencefalia, telemedicina, terapia intensiva, dentre outros. Em decorrência, alguns assuntos exigem que o Conselho emita opinião bem fundamentada e competente para orientar a conduta nos casos polêmicos e complexos. O instrumento utilizado para responder aos questionamentos médicos e da população é o parecer – que é elaborado por um conselheiro, designado para ser o relator. O conselheiro-relator pesquisa o tema, consulta as câmaras técnicas e emite um relatório submetido ao Pleno para ser aprovado. A aprovação ocorre sempre na configuração de um colegiado e uma vez aprovada, o parecer passa a exprimir a opinião do Conselho e não mais a do relator.

Assim, o Conselho Regional de Medicina da Bahia, Cremeb, vem cumprindo seu papel fiscalizador e normatizador ao longo dos seus quarenta e nove anos de criação, nos múltiplos campos de atuação profissional, zelando e trabalhando por todos os meios ao seu alcance pelo prestígio e bom conceito da profissão. São inúmeras as consultas que chegam ao Cremeb e todas são respondidas através de documentos já existentes ou no formato de pareceres, quando se trata de matéria ainda não contemplada na legislação ética.

Nesta publicação, encontram-se os pareceres exarados pelo Cremeb, num recorte compreendido entre os anos de 2000 a julho de 2007, resguardadas a identidade dos consulentes. A proposta deste trabalho é divulgar o material elaborado pelos conselheiros do Cremeb, que contribuem para dirimir dúvidas sobre conflitos vivenciados no cotidiano do exercício profissional. Com isso, espera-se que a categoria seja recompensada com conhecimentos acerca da legislação ética vigente para o bom desempenho da Medicina.

Nedy Maria Branco Cerqueira Neves
2ª Secretária do Cremeb

ACESSO AO CENTRO CIRÚRGICO

PARECER 17/04

Assunto: Presença em centro cirúrgico de representantes comerciais de material médico.

Relator: Cons. Otávio Marambaia dos Santos.

Ementa: Em respeito à privacidade e à segurança dos pacientes deve ser proibida a presença de representantes de equipamentos e outros produtos no interior das salas de centros cirúrgicos, durante a realização de cirurgias. Compete ao diretor técnico da organização hospitalar e ou responsável médico pelo centro cirúrgico impedir a prática da indução ao uso de produtos médico- cirúrgicos dentro destas áreas. Na ocorrência de tal atividade, os responsáveis responderão de acordo com o que explicita o CEM.

DA CONSULTA:

O consulente, através de correspondência, solicita parecer técnico (sic) a respeito da propriedade da presença de representantes e ou técnicos de material médico em centros cirúrgicos de hospitais, durante a realização de cirurgias. A presença, segundo ele, configura-se como invasão da privacidade dos pacientes. Lembra também que nem sempre estas pessoas são profissionais da área de saúde.

CONSIDERAÇÕES:

A presença de pessoas estranhas à equipe de saúde no recinto de centros cirúrgicos obviamente deve ser restrita, como norma, visando evitar constrangimentos aos pacientes, permitir maior controle da infecção hospitalar e dar condições de tranquilidade ao trabalho da equipe. Evidentemente que questões referentes à manutenção eletroeletrônica e mecânica de urgência, eventualmente, podem ser necessárias e para tanto imperioso se fará a presença de um técnico estranho a área de saúde. É indispensável, no entanto, que qualquer unidade hospitalar bem administrada tenha adequado serviço de manutenção preventiva, o que, sem dúvida, limitará ao mínimo estas situações.

O eventual treinamento das equipes médicas com equipamentos novos deve ser programado para horário e local apropriado – sem a presença de pacientes – de modo a permitir o correto aprendizado no manuseio de equipamentos com novas tecnologias, sem o burburinho de pessoas que não estão preparadas para a movimentação em área tão sensível.

Certamente que o consulente embora não tenha sido específico, está-se reportando aos que representam as órteses e próteses que, também, não têm justificativa para estar presentes nestes locais uma vez que, não estão ali para ensinar aos cirurgiões acerca de seu uso (!), mas, tão-somente, para fazer registro de seu consumo ou, no absurdo, tentando cooptar profissionais para que usem determinada marca ou produto. Pior ainda: que estejam a cortejar médicos para receberem vantagens pelo uso preferencial de seus produtos. Se estiverem para registrar consumo, no máximo devem estar na farmácia do centro cirúrgico ou no setor de compras, nunca na sala de cirurgia.

O Código de Ética Médica veda expressamente nos seus artigos 98 e 99 a prática mercantilista da Medicina. É vedado ao médico: “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 tratar-se de exercício da Medicina do Trabalho”(98) e mais: (99) “ Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional”.

CONCLUSÃO

Em respeito à privacidade e a segurança dos pacientes deve ser evitada a presença de representantes de equipamentos e outros produtos, no interior das salas de centros cirúrgicos, durante a realização de cirurgias;

Em respeito à ética deve ser proibida a presença de representantes comerciais, mesmo que sejam profissionais de saúde, fazendo propaganda ou demonstrações de equipamentos, de órteses e ou próteses dentro do ambiente cirúrgico, salvo em situações em que os mesmos – como técnicos – tenham que dar apoio de emergência a equipamentos com problemas;

Compete ao diretor técnico da organização hospitalar e ao responsável médico pelo centro cirúrgico impedir a prática de comércio ou indução ao uso de produtos médico-cirúrgicos dentro destas áreas. Na ocorrência de tal atividade, os responsáveis responderão de acordo com o que explicita o CEM.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 7/5/2004.

ACUPUNTURA

PARECER 26/05

Assunto: A Acupuntura – consulta, indicação e abrangência do tratamento.

Relatora: Consa. Maria Lúcia Bomfim Arbex.

Ementa: O médico acupunturista tem autonomia para decidir o número de aplicações e de sessões necessárias ao tratamento do seu paciente.

A consulta a este especialista pode ser gerada por demanda espontânea ou referenciada por outro profissional. A sua área de atuação compreende as afecções que se mostram passíveis de regressão quando do seu uso.

DA CONSULTA:

Originou-se o presente expediente de consultas feitas ao Cremeb por um plano de saúde e por uma médica credenciada.

Os questionamentos:

- 1 – A consulta com o médico acupunturista é gerada por demanda espontânea ou precisa ser referenciada por outro profissional?
- 2 – As indicações são livres em termo de quantidades (aplicações e ou sessões)?
- 3 – Pelo Manual de Diretrizes Médicas AMB-CFM, o atendimento aos usuários da Acupuntura está restrito ao tratamento de náusea, vômito e dor miofascial?

DO PARECER

A acupuntura, método terapêutico usado desde milênios pelos orientais, que utiliza técnicas próprias de introdução de agulhas em pontos cutâneos precisos, para tratamento de certas perturbações funcionais ou para aliviar dores é, hoje, indiscutivelmente, muito difundida e aceita no meio científico.

Tratando-se de uma técnica própria e especializada, o profissional que a exerce tem toda uma formação técnico-científica específica à sua área de atuação, sendo indispensável, além do aprendizado correto e de um adestramento acurado, o estudo dos fundamentos científicos que embasam o método.

Desta forma, sendo exigido do médico acupunturista que ele alcance a mesma graduação na formação profissional que os membros das outras especialidades reconhecidas pela AMB/CFM. Por que a sua forma de atuação, frente aos planos de saúde, deve ter critérios diferentes que não os válidos para todos os outros profissionais médicos que trabalham com o mesmo convênio?

O Código de Ética Médica estabelece, de forma clara, a autonomia do médico quanto à terapêutica utilizada por ele para um determinado paciente, em determinadas condições, através do Artigo 21, que diz ser direito do médico: “Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.”

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

O Parecer Consulta Cremesp nº 26.158/96, do conselheiro Mário Carlos Costa Sposati, afirma “... Somente o paciente (ou seu representante legal, quando for o caso) pode limitar, em parte, esta autonomia do médico, fato este que se encontra bem explicitado em nosso atual Código de Ética o Médica, em seus artigos 46 e 56, que dizem o seguinte:

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 iminente perigo à vida.

Art. 56 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo à vida.

Fica claro, então, pelo exposto e de acordo com o nosso entendimento, que o médico não só tem o direito de escolher a melhor terapêutica para o seu paciente (respeitados os artigos 46 e 56 do Código de Ética Médica) como também o dever de fazê-lo, não podendo aceitar quaisquer restrições a esse direito ou quaisquer imposições que possam prejudicar sua prática médica e sua liberdade profissional, venham estas restrições ou imposições de hospitais, instituições, regimentos ou de quem quer que seja.

Portanto, quanto às questões 1 e 2, entendemos que o médico acupunturista tem, como qualquer outro médico, o direito e o dever de escolher o tratamento mais adequado para o seu paciente, num determinado momento e sob determinadas condições (respeitados os artigos 46 e 56 do Código de Ética Médica), sem interferências externas de qualquer natureza, não cabendo aos planos de saúde ditar normas a respeito de como tratar seus pacientes.

No referente à 3ª questão – *Pelo Manual de Diretrizes Médicas AMB-CFM, o atendimento aos usuários da acupuntura está restrito ao tratamento de náusea, vômito e dor miofascial?*, faz-se necessária uma síntese do que vem a ser e os objetivos do Manual de Diretrizes Médicas AMB-CFM.

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da AMB e do CFM, tem por objetivo conciliar informações da área médica, a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, diante da realidade e do estado clínico de cada paciente.

Neste processo, procurou-se de maneira ética e com rigorosa metodologia científica construir as bases de sustentação das recomendações da conduta médica, utilizando-se os meios da ciência atual, de forma crítica e desprovida de interesse, se não aquele que resulte na melhoria do binômio médico-paciente.

O projeto que se iniciou com 40 diretrizes, é continuamente atualizado e ampliado com a incorporação de novas diretrizes (atualmente 100). Cada Sociedade de Especialidade é responsável pelo conteúdo informativo e pela elaboração de sua diretriz. A Sociedade de Especialidade ao escolher um procedimento para compor o Projeto Diretrizes, seja ele diagnóstico, terapêutico ou preventivo, recomenda ou contra-indica condutas, baseada em evidências científicas, que vão desde os estudos experimentais a relatos de casos e publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Os critérios para escolha das diretrizes pelas sociedades de especialidades são diversos, sendo o mais freqüente, o mais grave, o de tratamento mais polêmico, o de pior prognóstico etc. E o fato de um procedimento não estar entre os elencados no projeto, não o exclui da área de atuação daquela especialidade. Como exemplos pode-se citar o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, que tem como única diretriz no projeto o Câncer Colorretal; a Sociedade de Cardiologia, que cita apenas a Hipertensão Arterial e a Dislipidemia, e a Sociedade de Anestesiologia, com a Hipertemia Maligna, temas que fazem parte de um universo de atuação infinitamente maior.

A continuidade do trabalho apresenta a perspectiva de selecionar temas de maior prevalência dentro do sistema público de saúde. É intenção liberar periodicamente novos conjuntos de diretrizes, dando continuidade a este projeto, sempre buscando adequar as orientações com a prática do atendimento médico do nosso meio.

Desta forma, este manual não deve ser usado como forma de restringir o atendimento do médico, qualquer que seja a sua especialidade. Com o exposto, observa-se que o Manual de Diretrizes Médicas não tem o objetivo de limitar a área de atuação dos especialistas, e sim pretende orientá-los, quando diante de um paciente com determinadas afecções, mostrando-lhes condutas consensuais, baseadas em evidências científicas e recomendadas por sua Sociedade de Especialidade.

CONCLUSÃO

O médico acupunturista tem, como qualquer outro médico, o direito e o dever de escolher o tratamento mais adequado para o seu paciente, num determinado momento e sob determinadas condições (respeitados os artigos 46 e 56 do Código de Ética Médica), sem interferências externas de qualquer natureza, tendo autonomia para optar pela forma e duração do tratamento que julgar mais indicados àquele paciente.

A consulta a esse especialista pode ser referenciada ou não; como está muito difundido, não só no meio médico mas também entre os leigos, o benefício que a utilização da acupuntura traz a diversas afecções, alguns pacientes podem não necessitar de intermediação por um outro médico para a realização desta consulta.

A área de atuação do médico acupunturista não está restrita aos procedimentos que o Colégio Médico de Acupuntura escolheu para compor o Projeto Diretrizes AMB/CFM. Os temas aí contidos, inclusive aqueles das demais especialidades médicas que integram o projeto, foram escolhidos por terem peculiaridades que os diferem de outros, como já foi dito quando dos critérios de escolha para as diretrizes, e não por serem os únicos que necessitam de avaliação na sua condução. O Manual de Diretrizes Médicas não limita a área de atuação do especialista, mas pretende orientá-lo, mostrando-lhe condutas consensuais, baseadas em evidências científicas e recomendadas por sua Sociedade de Especialidade e, ratificando o já exposto: a continuidade do trabalho apresenta a perspectiva de selecionar temas de maior prevalência dentro do sistema público de saúde. É intenção liberar periodicamente novos conjuntos de diretrizes, dando continuidade a este projeto, sempre buscando adequar as orientações com a prática do atendimento médico do nosso meio.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 7/4/2005.

ANESTESIOLOGIA

PARECER 09/01

Assunto: Dúvidas surgidas quando da atuação do auxiliar de enfermagem durante a indução de anestesia.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Anestesia. Impedimento da atuação do auxiliar de enfermagem. Não há dispositivo legal nem ético para que os auxiliares de enfermagem sejam impedidos de auxiliar os anestesiológicos, injetando os agentes por ele solicitados durante uma anestesia.

EXPOSIÇÃO

O consulente encaminha correspondência a este Conselho nos seguintes termos: *“Venho, através desta, solicitar parecer a respeito de questionamento ocorrido num dos hospitais que trabalho, quando foi baixada uma norma por seu diretor-médico desautorizando as auxiliares de enfermagem da possibilidade de, quando o anestesiológico solicitar o seu apoio, no momento da indução anestésica, estas se recusem a injetar drogas, mesmo levando-se em conta a possibilidade de os anestesiológicos estarem sozinhos e por rotina estar com as mãos ocupadas segurando a máscara de ventilação, e o fato também de ser muito corriqueiro este tipo de auxílio em diversos hospitais em que já trabalhei.*

Ressalto ainda que as auxiliares têm o hábito de preparar e injetar, após a concordância do anestesiológico, antibióticos solicitados pelo cirurgião.” (fl. 1).

Instada a manifestar-se a consultoria jurídica recomenda a apreciação de um especialista para elucidar a questão sob o ponto de vista técnico (fl. 2 e 3), que é exatamente o que procuraremos fazê-lo.

PARECER

Em seus artigos 13 e 15, a Lei 7.498/86, que veio disciplinar o exercício da enfermagem em todo o território nacional, prescreve *in verbis*:

Art. 13 - O auxiliar de enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 15 - As atividades referidas nos Arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de enfermeiro.

Por outro lado, a Resolução n° 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina, que normatiza as condições mínimas de segurança em anestesia, é omissa quanto a esta matéria.

Cabe-nos, portanto, tecer comentários quanto à propriedade da participação do auxiliar de enfermagem na indução de uma anestesia, propiciando os meios adequados para a execução de um ato médico perfeito.

Na prática da anestesia, existem momentos de grande apreensão por parte daqueles que atuam nos centros cirúrgicos. Neste rol, podemos citar a indução de anestesia geral, a intubação e extubação traqueal, a realização de um bloqueio, enfim existem momentos que dois ou mais profissionais necessitam estar atentos para a consecução dos atos mais simples aos mais complexos.

Entre os atos mais simples e de significado extraordinário para o anestesiológista estão o de posicionar o paciente e o de injetar os agentes enquanto o anestesiológista cuida dos atos mais complexos, ventilação com máscara e balão, intubação traqueal, realização de bloqueios espinhas etc. Esta contribuição ao anestesiológista pode ser realizada por médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, este mais à disposição e facilmente alcançável para este mister.

É óbvio que o responsável pelo ato é o médico, devendo cercar-se de todos os meios possíveis para que não haja troca de medicações, cuidando detidamente da preparação das soluções nas seringas e rotulando-as para que ocorra tudo na mais perfeita ordem.

CONCLUSÃO

Feitas estas considerações, esclarecemos que *a priori* não há dispositivo legal nem ético para que os auxiliares de enfermagem sejam impedidos de auxiliar os anestesiológicos, injetando os agentes por ele solicitados durante uma anestesia.

É o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 6/4/2001.

PARECER 27/04

Assunto: Implicações éticas da consulta pré-anestésica realizada por médico anestesiológista que não participará do ato anestésico.

Relatora: Consa. Maria Lúcia Bomfim Arbex.

Ementa: Consulta anestesiológica – Responsabilidade solidária.

Não constitui ilícito ético a realização por profissionais distintos da consulta pré-anestésica e do ato anestésico, sendo necessário que o paciente consinta com o proposto. Na hipótese de dano ao paciente, responderão solidariamente ambos os anestesiológistas, o consultor e aquele que pratica a anestesia.

CONSULTA

A consulente solicita parecer sobre as implicações éticas da realização de consulta pré-anestésica por médico anestesiológista que não participará do ato anestésico em si. A consulente explica ainda que as equipes de anestesiológistas realizam a consulta, emitem relatório e que este é apresentado ao profissional que realizará o procedimento.

PARECER

A consulta pré-anestésica surgiu como consequência natural do desenvolvimento da especialidade, que viu a necessidade de estabelecer uma relação direta entre a equipe e o paciente, esclarecendo-lhe o porquê e como é realizada a anestesia, para que seja diminuído o temor, muitas vezes ilógico, que as pessoas têm do procedimento. Ela prepara o paciente emocionalmente para a realização do ato anestésico-cirúrgico e diminui, em números reais, os riscos de complicações provenientes deste ato, na medida em que otimiza as condições clínicas do paciente para o procedimento proposto, além de diminuir custos, evitando internações precipitadas de pacientes sem o devido preparo pré-operatório que, de outra forma, teriam suas cirurgias adiadas mesmo com o paciente já hospitalizado.

O Código de Ética Médica diz no Artigo 59: “É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”. Para o anestesiológista cumpri-lo em sua plenitude, faz-se necessário um contato mais efetivo com o paciente e, por questões econômicas, para diminuir os custos hospitalares, a prática atual é o internamento do paciente no dia ou imediatamente antes do horário previsto para a cirurgia, não havendo tempo hábil para que, apenas na visita pré-anestésica, ocorra de forma satisfatória a troca de informações, ou, se necessário, a tomada de medidas que previnam complicações, sendo importante que ocorra a consulta antes do internamento, para que se possa estabelecer um vínculo entre a equipe e o paciente.

Ao final da consulta, ele deve receber um relatório, com os dados considerados relevantes para a realização de um procedimento terapêutico mais seguro, contendo anamnese, antecedentes anestésico-cirúrgicos, resultados de exames complementares e o grau do risco anestésico (que é baseado em todas estas informações). Não estando o paciente com condições ideais para se submeter àquele procedimento, é orientado quanto aos cuidados a serem tomados para otimizar sua situação clínica e, em uma segunda oportunidade, ele será liberado para se submeter ao ato anestésico-cirúrgico indicado.

A anestesiologia é uma especialidade com peculiaridades. Entre as formas de trabalho do anestesiológista está aquela na qual os profissionais unem-se em grupo, habitualmente constituindo serviço próprio da instituição hospitalar, para dispor dos seus serviços ininterruptamente às equipes de cirurgiões. O anestesiológista pode estar escalado para diferentes serviços de cirurgia em uma mesma semana ou até em um mesmo dia, não mantendo uma programação fixa; o paciente chega ao anestesiológista por intermédio do cirurgião, que o encaminha para o hospital onde sua equipe atua, e o coordenador do serviço de anestesiologia, através de uma escala prévia, determina qual profissional será o responsável pela sala de cirurgia ou pelo consultório, naquele turno.

CONCLUSÃO

O paciente ao se submeter à consulta pelo anestesiológista tem suas dúvidas esclarecidas quanto ao procedimento e risco que envolve sua realização e nas condutas prévias que poderão diminuí-lo, toma conhecimento das características do trabalho deste especialista e da possibilidade dele não ser o profissional que o acompanhará na sala de cirurgia; sendo orientado a levar o relatório, que lhe foi entregue ao término da consulta, para que o profissional a realizar sua anestesia se informe sobre suas condições clínicas.

Sendo o anestesiológista integrante do quadro de plantonistas de um ou mais hospitais, trabalhando rotineiramente com diferentes equipes das mais diversas especialidades cirúrgicas e que operam em horários e locais os mais variados. E sabendo que, na maioria dos casos, no momento da consulta pré-anestésica, o paciente sequer sabe com exatidão quando ocorrerá sua cirurgia, torna-se impossível conciliar escalas e horários de forma que o profissional que realizou a consulta seja o mesmo a realizar o ato anestésico.

Nos tempos atuais, a Medicina e a assistência à saúde exigem novas condutas, o trabalho em equipe tem sido estimulado na prática médica como alicerce para o acompanhamento contínuo de pacientes, seja em nível ambulatorial, seja após internamento em unidades médico-assistenciais. Esta forma de trabalho não exige os profissionais de suas responsabilidades médico-legais individualmente. Ao contrário, tem, especialmente no caso da anestesiologia, propiciado mais segurança à sociedade.

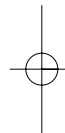
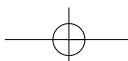
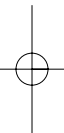
É desejável, no entanto, que, dentro da possibilidade técnica, se priorize aquele paciente que foi assistido previamente, respeitando em primeiro lugar a vontade expressa do paciente. O que não se pode dispensar é o consentimento livre, esclarecido, renovável e revogável do paciente para que seja anestesiado por outro profissional que não o que lhe atendeu no consultório, haja vista que ao médico não é dado o

direito de limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou o seu bem-estar. Código de Ética Médica – Artigos 46 e 48 - É vedado ao médico: “Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo à vida” e “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”. Se houver recusa do paciente, deverão os médicos, cirurgião e anestesiológista, encontrar o *modus operandi* para atender ao seu desejo.

Deve-se relevar ainda que, nestas circunstâncias, havendo algum dano ao paciente, responderão solidariamente ambos os anestesiológicos.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 16/9/04



ATESTADO E BOLETIM MÉDICO

PARECER 03/00**Assunto:** Atestado Médico.**Relator:** Cons. Jecé Freitas Brandão.

Ementa: Conforme normatiza o Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado da Bahia, não está obrigado o servidor público anexar relatório médico ao Atestado Médico.

A presente consulta teve origem em petição dirigida ao Cremeb por consulente que indaga textualmente na íntegra:

1. Pode o médico, na condição de diretor de uma unidade pública, exigir que todo e qualquer atestado médico de funcionário seja acompanhado de relatório médico?
2. Pode o médico, na condição de diretor de uma unidade pública, exigir que o funcionário lhe entregue relatório emitido pelo médico assistente para o médico perito?
3. Pode o chefe de Recursos Humanos de uma instituição pública exigir que todo e qualquer atestado médico de funcionário seja acompanhado de relatório médico?

O Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado da Bahia, em sua Seção IV que trata da licença para tratamento de saúde, assim dispõe:

Art. 145 – Será concedida ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus.

Parágrafo Único – Findo o prazo estipulado no laudo médico, o servidor deverá reassumir imediatamente o exercício, salvo prorrogação pleiteada antes da conclusão da licença.

Art. 146 – Para a licença até 15 (quinze) dias, a inspeção poderá ser feita por médico do Sistema Unificado de Saúde ou do setor de assistência médica estadual e, por prazo superior, por junta médica oficial.

§ 1º – Sempre que necessário, a inspeção médica será realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar onde ele se encontra internado.

§ 2º – Inexistindo médico oficial no local onde se encontrar o servidor, será aceito atestado fornecido por médico particular.

Art. 147 – O servidor não poderá permanecer de licença para tratamento de saúde por mais de 24 (vinte e quatro) meses consecutivos ou interpolados se, entre as licenças, medear um espaço não superior a 60 (sessenta) dias, salvo se a interrupção decorrer apenas de licenças à gestante, à adotante e da licença-paternidade.

Art. 148 – Decorrido o prazo estabelecido no artigo anterior, o servidor será submetido a nova inspeção médica e, se for considerado física ou mentalmente inapto para o exercício das funções do seu cargo, será readaptado ou aposentado, conforme o caso.

Art. 149 – Contar-se-á como de prorrogação o período compreendido entre o dia do término da licença e do conhecimento, pelo interessado, do resultado de nova inspeção a que for submetido, se julgado apto para reassumir o exercício de suas funções ou ser readaptado.

Art. 150 – O servidor será licenciado compulsoriamente quando verificado que é portador de uma das moléstias enumeradas no Art. 124 e que seu estado se tornou incompatível com o exercício das funções do cargo.

Parágrafo Único – Verificada a cura clínica, o servidor voltará à atividade ainda quando, a juízo do médico oficial, deva continuar o tratamento desde que as funções sejam compatíveis com as suas condições orgânicas.

Art. 151 – Para efeito de concessão de licença de ofício, o servidor é obrigado a submeter-se à inspeção médica determinada pela autoridade competente para se licenciar.

Parágrafo Único – No caso de recusa injustificada, sujeitar-se à penalidade prevista em lei, considerando-se de ausência aos serviços os dias que excederem essa penalidade, para fins de processo por abandono de cargo.

Art. 152 – O servidor poderá desistir da licença desde que, mediante inspeção médica a seu pedido, seja julgado apto para o exercício.

Art. 153 – A licença para tratamento de saúde será concedida sem prejuízo da remuneração, sendo vedado ao servidor o exercício de qualquer atividade remunerada, sob pena de cassação da licença, sem prejuízo da apuração da sua responsabilidade funcional.

Como visto na leitura da Seção IV do Estatuto dos Servidores Públicos, em nenhum momento ele especifica a necessidade de ter relatório médico acompanhando o atestado médico. Está claro no Estatuto dos Servidores que: as licenças para tratamento de saúde em prazo inferior a 15 (quinze) dias, a inspeção poderá ser feita pelo SUS ou setor de Assistência Médica Estadual. As licenças que importem em prazo acima de 15 (quinze) dias de afastamento somente serão concedidas após perícia médica por junta pericial. Acrescento ainda que o Artigo 83 do Código de Ética Médica é preciso em dizer que as informações sobre quadro clínico de paciente somente serão prestadas a outro médico mediante autorização expressa do paciente ou seu responsável legal. Até mesmo a colocação do CID no atestado médico deverá ser feita por solicitação expressa do paciente.

Diante do exposto, respondo às três perguntas do consultante:

1. Pode o médico, na condição de diretor de uma unidade pública, exigir que todo e qualquer atestado médico de funcionário seja acompanhado de relatório médico? Respondo que não. O atestado médico é o documento necessário e suficiente.
2. Pode o médico, na condição de diretor de uma unidade pública, exigir que o funcionário lhe entregue relatório emitido pelo médico assistente para o médico perito? Respondo que não. O funcionário tem o dever de entregar o atestado médico, conforme reza o Estatuto do Servidor. O relatório médico, emitido pelo médico assistente para o médico perito, deve ir para o médico perito.
3. Pode o chefe de Recursos Humanos de uma instituição pública exigir que todo e qualquer atestado médico de funcionário seja acompanhado de relatório médico? Respondo que não. Novamente acentuo que o atestado médico é o documento necessário e bastante.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 22/2/2000.

PARECER 06/00

Assunto: Solicita esclarecimentos a respeito de entrega de laudos de exames.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Fornecimento de resultado de exames. Sigilo profissional. O médico deve manter segredo absoluto sobre tudo que sabe de um paciente, dada a confiança que foi depositada no profissional.

O laudo de qualquer exame deve ser entregue ao paciente. A solicitação e o envio de quaisquer documentos que revelem o segredo profissional, com a finalidade de auditoria ou remuneração por ato médico, é procedimento desprovido de respaldo ético.

O médico responsável pela instituição de assistência à saúde tem o compromisso de orientar seus auxiliares para que respeitem o segredo profissional.

EXPOSIÇÃO

Encaminha consulta com duas perguntas. Fulcra-se a consulta em uma única dúvida, o destino de resultado de exame laboratorial, *in verbis*:

- 1) “Entrega de laudo com exame ANTI-HIV 1/2 e/ou WESTERN BLOT positivo ao médico e paciente.
- 2) Legalidade do envio de laudo para os convênios dos pacientes associados quando solicitado.”

PARECER

Desde o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), no início da década 80, o relacionamento com os pacientes portadores do vírus HIV vem suscitando uma série de conflitos éticos, bioéticos e legais na tentativa da manutenção dos direitos do homem, a inviolabilidade da sua vida privada e a sua honra.

Compulsando os pareceres sobre a matéria, procurando embasar a nossa opinião, encontramos diversas posições aprovadas tanto pelo plenário do Conselho Federal, bem como pelos conselhos regionais de Medicina, além da Resolução CFM n° 1.359/92, o que obviamente vem facilitar o trabalho deste conselheiro.

O Parecer Cremeb n° 01/98, exarado pela eminente conselheira Ceuci de Lima Xavier Nunes, em suas conclusões leciona que, *in verbis*:

“2) O laboratório deve utilizar as técnicas e procedimentos recomendados universalmente. No caso de resultado positivo, este deve ser entregue ao paciente, uma vez que este autorizou o exame. O laboratório não deve tecer comentários com o paciente sobre a positividade ou não do teste. A pessoa mais indicada para os esclarecimentos ao paciente é o médico assistente.” (Grifo deste relator).

Noutro passo, tanto o CFM quanto o Cremeb normatizaram as ações da auditoria médica. *In casu* a Resolução CFM n° 1.466/96 e a novel Resolução Cremeb n° 242/99 prescrevem para o médico o respeito absoluto ao sigilo profissional, e que na necessidade de auditoria esta seja realizada *in loco*, donde se pode inferir que fica vedado o encaminhamento de qualquer documento que, porventura, venha a revelar dados pessoais do paciente para além das dependências da instituição na qual fora atendido. *In verbis*:

RESOLUÇÃO CFM N° 1.466/96

Art. 1° – O médico-auditor deve exercer suas atividades com absoluta isenção e autonomia, responsabilizando-se, igualmente, pela manutenção do sigilo profissional.

Art. 2° – O acesso ao prontuário médico, para efeito de auditoria, deve ser feito nas dependências da unidade responsável pelo atendimento.

Art. 3° – O diretor técnico ou o diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

RESOLUÇÃO CREMEB N° 242/99

Art. 2° – O médico-auditor está obrigado a manter o sigilo das informações das quais tomar conhecimento, no exercício das suas funções.

Art. 5° – Deverá o diretor técnico ou clínico da instituição auditada garantir o pleno acesso do médico-auditor às suas instalações, ao prontuário do doente e se necessário ao próprio paciente, para o perfeito desempenho de suas atividades.

§ 1° – Compete ao diretor técnico a guarda do prontuário do paciente. O médico-auditor o analisará nas dependências da instituição, em local próprio, sendo-lhe vedado retirar cópia do mesmo.

§ 3° – É vedado aos médicos, auditor, auditado ou diretor técnico exteriorizar suas impressões, na presença do examinado.

CONCLUSÃO

Relevante lembrar que entre os três pilares de sustentação do Código de Ética Médica está o do compromisso com o SIGILO PROFISSIONAL, tratado no código de conduta dos médicos no capítulo IX, *in verbis*:

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.

§ 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.

Art. 107 – É vedado ao médico – Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 109 – É vedado ao médico – Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Ratifica este entendimento o Código Internacional de Ética Médica, *in verbis*:
O médico deverá manter segredo absoluto sobre tudo que sabe de um paciente, dada a confiança que nele depositou.

Dentro desta linha de pensamento, o Conselho Federal de Medicina regulamentou a matéria, especificamente no que diz respeito aos direitos do paciente HIV positivo.

RESOLUÇÃO CFM N° 1.359/92

Art. 2° – O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com Aids; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente.

§ Único – Será permitida a quebra do sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (ex.: notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito) ou por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado).

Estes dispositivos visam preservar a intimidade do cidadão conforme estatuído na carta magna, no Capítulo I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos:

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

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;

Para ilustrar o nosso parecer, cumpre informar também que, havendo quebra destes princípios, éticos e legais, o responsável poderá sofrer sanção ética e penal, conforme podemos inferir do disposto nos artigos do Código de Ética Médica supracitados, no Código Penal e, nos casos de menores, cominar com o Estatuto da Criança e do Adolescente, *in verbis*:

CÓDIGO PENAL

Dos Crimes contra a Inviolabilidade dos Segredos, Violação do Segredo Profissional

Art. 154 – Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

Pena – Detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.

LEI Nº 8.069/90 (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE)

Do Direito à Liberdade, ao Desporto, ao Respeito e à Dignidade.

Art. 17 - O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Por todo o exposto concluímos por responder aos quesitos da seguinte forma:

Entrega de laudo com exame ANTI-HIV 1/2 e/ou WESTERN BLOT positivo ao médico e paciente.

Resposta – O resultado do exame deve ser entregue ao paciente. A intenção e o interesse de manter a privacidade das informações contidas no documento é do próprio paciente. O médico é apenas e tão-somente o fiel depositário daquelas informações.

Legalidade do envio de laudo para os convênios dos pacientes associados quando solicitado.

Resposta – O envio de quaisquer documentos que revelem o segredo profissional, com a finalidade de auditoria ou remuneração por ato médico, é procedimento desprovido de respaldo ético.

Finalmente, somos de opinião que a diretoria do Cremeb deve encaminhar à consulente, em anexo a este parecer, cópias das Resoluções CFM nºs 1.359/92 e 1.466/96 e Cremeb nº 242/99.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 17/3/2000.

PARECER 15/03**Assunto:** Atestado Médico.**Relator:** Cons. Carlos Antônio Melgaço Valadares.

Ementa: O médico pode fornecer atestado médico afastando o paciente pelo período que julgar necessário, e no caso para fins de afastamento de trabalho, atestados com prazo de mais de 15 dias, a empresa deverá encaminhar o segurado para o INSS ou Junta Médica oficial do município do estado ou da União em caso de servidor público.

Trata-se de consulta se o médico assistente pode dar atestado médico de 30 a 45 dias.

O expediente foi encaminhado à Consultoria Jurídica que deu o parecer, que, depois de lido e discutido, deve ser aprovado e divulgado especialmente para os médicos do trabalho, retirando-se para sua divulgação os dados de identificação.

Parecer da Consultoria Jurídica:

O presente expediente foi encaminhado a esta Consultoria Jurídica para análise dos questionamentos apresentados pelo consulente acerca do número de dias de licença que deve ser concedido no atestado médico.

Inicialmente cabe esclarecer que o atestado médico é um documento através do qual se materializa a constatação de um fato médico e suas possíveis consequências, destinando-se, portanto, a reproduzir, com idoneidade, as conclusões relativas ao ato médico praticado.

O Prof. Genival Veloso França, em Processo Consulta nº 465/87 do Conselho Federal de Medicina, assim entende o atestado médico:

“Como está tradicionalmente conceituado, o atestado médico é uma declaração simples e por escrito dada por um profissional da Medicina, regularmente inscrito no Conselho competente e cuja finalidade é afirmar o estado mórbido ou de higidez e suas consequências. Vale dizer, afirmar o que resultou do exame feito pelo médico em seu paciente, no que diz respeito a sua sanidade e suas implicações mais diretas. Desse modo, é o atestado médico um documento utilizado pelo profissional da Medicina no exercício regular do seu mister, e quando esse 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.”

No que se refere à questão da possibilidade do médico fornecer um atestado de 30 a 45 dias, esta é incontestável, desde que o médico considere necessário e atente para os princípios legais e éticos vigentes, em consonância com o que foi mencionado anteriormente.

Entretanto, deve ressaltar-se que o atestado médico, quando fornecido para fins de justificação de falta do empregado junto a seu empregador, deve seguir os preceitos da legislação trabalhista existente sobre a matéria.

A Lei n° 605, de 5 de janeiro de 1949, dispondo sobre repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos, reza em seu Artigo 6° que: "Não será devida a remuneração quando, sem motivo justificado, o empregado não tiver trabalhado durante toda a semana anterior, cumprindo integralmente o seu horário de trabalho."

§1° – São motivos justificados – letra "f" – a doença do empregado, devidamente comprovada.

§2° – A doença será comprovada mediante atestado de médico da instituição da Previdência Social a que estiver filiado o empregado, e, na falta deste, e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico de empresa ou por ela designado; de médico a serviço de repartição federal, estadual e municipal, incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha".

Logo, quanto aos atestados médicos para empregados em regime celetista as regras são: a) se a empresa dispuser de serviço médico próprio ou conveniado, a este o empregado deverá dirigir-se em eventual necessidade. Se assim não procedeu, e por qualquer razão procurou outro serviço para ser atendido, deverá levar imediatamente o atestado ao serviço médico da empresa ou ao serviço conveniado, que o homologará ou não. b) se a empresa não possuir serviço médico próprio, nem conveniado, o atestado com até 15 dias de licença será aceito, e se o período concedido for maior, a empresa encaminhará seu empregado para a junta médica do INSS, sendo este órgão responsável pelo pagamento a título de benefício previdenciário a partir do 16° dia.

Em relação aos atestados fornecidos a servidor público, serão aceitos pelos setores de pessoal quando o prazo de licença é de até 15 dias e isso implica o pagamento do servidor durante o período de seu afastamento. Após este prazo, os pacientes são enviados para a junta médica oficial do município, do estado ou da União.

Isto posto, entendemos ser possível ao médico fornecer atestado com o prazo que julgar necessário, salientando-se, contudo, que para os fins de justificação de afastamento das atividades laborais, o atestado deve seguir as normas legais mencionadas, consubstanciando, caso ultrapasse o período de 15 dias, o encaminhamento do trabalhador ao órgão previdenciário respectivo para a adoção das medidas cabíveis.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 10/4/03.

PARECER 17/03

Assunto: Fornecimento de Declaração de Óbito.

Parecerista: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Declaração de Óbito. Morte natural.

Em caso incontestado de morte natural com assistência médica, prioritariamente, o médico assistente deve fornecer a declaração de óbito.

Nos casos de pacientes internados, havendo impedimento do médico assistente, a declaração de óbito deverá ser fornecida por médico da instituição hospitalar, in casu, o médico plantonista.

A declaração de óbito de paciente em tratamento ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência ou pelo Serviço de Verificação de Óbitos - SVO, se houver.

Nos casos em que não houver assistência médica, a declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO. Não havendo SVO, a declaração ficará a cargo de médico do serviço público de saúde e no impedimento deste por qualquer médico da localidade.

EXPOSIÇÃO

Por entender ser fiel à doutrina, adoto na íntegra o parecer da Consultoria Jurídica do Cremeb, *in verbis*:

“Da análise do presente expediente, observamos solicitação de parecer a esta Consultoria Jurídica acerca da obrigatoriedade que tem em atestar o óbito de paciente do qual detenha conhecimento da sua patologia e evolução clínica, quando este tinha médico assistente que o acompanhava.

Relata ainda o consulente que prestava assistência médica num posto de saúde de um determinado distrito de Itaparica, sendo substituído há cerca de dois meses por outro profissional pertencente ao Programa de Saúde da Família, atendendo a comunidade local durante toda a semana. Ante a existência de um outro profissional, questiona se continua com a obrigação legal de atestar óbito procedente de causa natural dos doentes cuja patologia e evolução clínica eram do seu conhecimento ou esta obrigação passa a ser do atual médico assistente.

Argúi ainda se estaria impedido ou desobrigado de atestar os referidos óbitos e se as famílias poderiam reclamar tais declarações, uma vez que tinha o mesmo conhecimento da situação clínica do paciente.

O Código de Ética Médica reza em seus artigos 114 e 115 que 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.”

“Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”

Importante assinalar que não é uma faculdade, e sim dever do médico atestar óbito de paciente junto a quem ele vinha prestando assistência, ainda que ocorra fora do ambiente hospitalar, salvo quando se tratar de morte suspeita ou violenta, cabendo ao profissional autorizado emitir o atestado.

A Resolução CFM nº 1.601/00, considerando o quanto disposto no Código de Ética Médica e a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito, resolve em seu Art. 2º acerca das normas que devem ser obedecidas para o preenchimento da declaração de óbito, qual seja:

“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 sua 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.”*

Os ilustres professores Rui Laurenti e Maria Helena P. de Melo Jorge, no Livro “O Atestado de Óbito”, às fls. 76, analisam a quem incumbi o fornecimento do atestado de óbito em caso de morte natural quando o paciente tem médico assistente, estando hospitalizado ou não, corroborando os ditames postos na resolução supra-referida. Vale mencionar:

“Neste aspecto, ficou claro que o próprio Código de Ética Médica estabelece que se o médico vinha prestando assistência a um paciente e este vem a falecer (não havendo qualquer suspeita de que a morte tenha sido violenta), cabe a esse médico a elaboração da declaração de óbito. O Código fala especificamente em ser vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente a quem vinha prestando assistência (Arts. 114 e 115), “exceto quando ignorar a causa morte”. Esta determinação parece cabível somente nas localidades onde existir Serviço de Verificação de Óbitos, cuja criação, objetivos e finalidade serão discutidos mais adiante.”

Cabe ainda observar trecho da mesma obra:

“Se o paciente não tiver médico assistente, mas estiver sob cuidados de instituição hospitalar, qualquer médico do hospital – no caso, o que tiver de plantão – deverá fornecer o atestado...”

À prima face, a declaração de óbito não deve ter sua validade recusada, posto que, estará sempre presente, no procedimento do médico que o forneceu, a presunção de lisura e perícia técnica, exceto se houver indícios de falsidade na sua elaboração. Saliente-se que, no caso específico de morte violenta ou não-natural, entretanto, caberia requisitar a feitura à autoridade competente, porquanto é esta a determinação normativa expressa.

O consulente não pode ser considerado médico assistente dos doentes que se encontram sob cuidados de outro profissional, tão-somente por ter conhecimento da patologia e do quadro clínico que acometiam o paciente ao tempo que o mesmo era o assistente no caso.

Entende-se por médico assistente o profissional que acompanha o paciente, sendo o responsável direto pelo seu tratamento, devendo agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Depreende-se de tudo o quanto exposto que, a priori, ao médico assistente cabe o dever de declarar o óbito de paciente que acompanhou, mesmo que o falecimento se dê fora do ambiente hospitalar. Entretanto, não há impedimento para que o consulente ateste os referidos óbitos, na falta ou inexistência de médico assistente, estando obrigado apenas na hipótese de na localidade não haver Serviço de Verificação de Óbito - SVO, nem médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, porquanto na ausência destes caberá a qualquer médico da localidade.

Por fim, as famílias não poderiam reclamar tais declarações do consulente apenas por ter este conhecimento da situação clínica do paciente ao tempo em que realizou atendimento do mesmo.”

Portanto, o consulente não continua com a obrigação de assinar a declaração de óbito dos pacientes assistidos por outro médico, exceto se na hipótese não existir SVO, ou médicos do serviço público de saúde e se não estiver nenhum outro profissional disponível na localidade para atender a necessidade.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 10/4/2003

PARECER 06/04

Assunto: Emissão de atestado médico.

Relatora: Consa. Maria Theresa de Medeiros Pacheco.

Ementa: Depreende-se do quanto explanado: **1. Da impossibilidade do médico fornecer atestado de óbito cinco meses após o óbito, 2. Razões especificadas no parecer poderão justificar atestado de óbito fora do conteúdo do prontuário e 3. Absolutamente, a assistente social não poderá fornecer atestado médico, nem de óbito, atos médicos específicos do profissional da Medicina.**

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia recebe solicitações do seguinte teor:

- 1) É possível o médico emitir atestado médico cinco meses após o óbito?
- 2) É possível o médico atestar além daquilo que constou no prontuário do paciente?
- 3) É possível uma assistente social emitir atestado médico?

Os questionamentos relacionados pelo consulente serão objetivamente atendidos, buscando observar a ordem como propostas as questões.

De início, importante assinalar que não é uma faculdade, e sim dever do médico atestar o óbito de paciente junto a quem vinha prestando assistência.

O atestado de óbito é um documento que tem por objetivo confirmar a morte, determinar sua causa, quando possível, e fornecer dados estatísticos que possibilitem aos órgãos de saúde pública a elaboração de políticas de saúde.

É, assim, um documento da maior importância para o planejamento, pois traz o perfil de uma determinada comunidade, daí a necessidade precípua do seu correto preenchimento.

A solicitação primeira torna-se ambígua em sua redação, porquanto requer o consulente saber da possibilidade de emissão de atestado médico – cinco meses após o óbito.

Ora, os atestados médicos são a declaração pura e simples, por escrito, de um fato médico e suas conseqüências, na definição do mestre Souza Lima. Devem ter unicamente como fim provar um estado mórbido real, atual ou anterior, para fins de licença, dispensa ou justificativas ou um estado de higidez. Imaginamos, entretanto, que a consulta se refere ao atestado de óbito, uma vez que assim interroga: é possível o médico emitir atestado médico cinco meses após o óbito?

Em resposta à primeira indagação, valho-me da Resolução CFM n° 1.601/2000, que referenda e alude ao Art. 110 do Código de Ética Médica, taxativo, quando exara: “É vedado ao médico fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda a verdade”.

Ainda que o Art. 114 do mesmo ordenamento jurídico, assim se posiciona: “É vedado ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo no último se o fizer como plantonista, médico substituto, ou, em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Desse modo, em que pese a aceitação por alguns de poder o médico fornecer atestado de óbito sempre que exista a certeza da relação fisiopatológica da doença diagnosticada com as circunstâncias da causa da morte, é de se perguntar por que não foi fornecido o documento em questão logo após o óbito? Qual o documento que autorizou a inumação do cadáver, cinco meses antes? Os cemitérios são rigorosos e cuidadosos no particular, pelo menos aqueles das capitais dos estados.

Considerações aqui expostas devem ser bem avaliadas para que a lei possa ser cumprida a rigor. Da maneira como foi solicitado, impossível o fornecimento do atestado, cinco meses após o óbito, uma vez que, de acordo com a Lei n° 6.216, de 30 de junho de 1975, do Congresso Nacional, Art. 77, refere: “Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tenham presenciado a morte.

A segunda solicitação, ou seja: é possível o médico atestar além daquilo que constou no prontuário do paciente?

Devem ser avaliadas as seguintes considerações: a) se o paciente estava internado, portanto, acompanhado de seu prontuário, óbvio que ali esta toda sua história mórbida, e a ela o médico pode seguir com a devida atestação.

Acontece, entretanto, às vezes que ocorre mal súbito fora do diagnóstico exarado no prontuário, o médico é chamado, ocorre o óbito e ele deve acrescentar a verdadeira causa mortis, fortuita, ocorrida, no prontuário do paciente, já após o óbito.

A terceira indagação sobre se é possível uma assistente social emitir atestado médico.

A prerrogativa é aqui peremptória, uma vez que é de todos sabido, já declinado neste mesmo expediente consulta, mas, repetindo: “Atestado médico é uma declaração simples e por escrito, dada por um profissional da Medicina, de um estado mórbido ou de sanidade, e de suas conseqüências”. Impossível, assim, a assistente social fornecer documento que compete exclusivamente ao médico fazê-lo.

Eis o parecer, submetido à avaliação dos eminentes membros deste Plenário de Ética Médica.

APROVADO EM 6/2/2004.

PARECER 10/05

Assunto: Eticidade de atestado médico retroativo.

Relator: Cons. José de Souza Neto.

Ementa: A data do atestado médico deverá coincidir com a do ato médico que o gerou, sendo, entretanto, lícito, especificar o período de afastamento das atividades, mesmo que retroativo, desde que cientificamente embasada a conclusão e registrada em prontuário.

Existindo dúvidas quanto à veracidade do atestado médico, o mesmo poderá ser contestado tanto na esfera ética quanto cível e penal.

O consulente protocolou neste Conselho documento buscando resposta para duas questões: primeira – Quando é lícito ao médico fornecer atestado retroativo; segunda – O atestado fornecido pode ser contestado judicialmente.

Originaram-se as dúvidas quando o consulente forneceu atestado a uma paciente grávida, atendida em 25/9/2002. “Relata que definiu o quadro da paciente como situação de constrangimento social, com eventual risco para o feto e que emitiu atestado retroativo a 21/9/2002, o que causou descontentamento ao empregador.”

O Prof. Genival Veloso França, em Processo Consulta CFM 465/86, assim entende o atestado médico:

“Como está tradicionalmente conceituado, o atestado médico é uma declaração simples e por escrito dada por um profissional da Medicina, regularmente inscrito no conselho competente, e cuja finalidade é afirmar o estado mórbido ou de higidez e suas conseqüências. Vale dizer, afirma 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 da 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. A exigência de sua veracidade é um direito que tem o Estado de proteger o bem jurídico da fé pública”.

Diante desta definição, o atestado médico nasce de uma constatação feita pelo profissional no momento em que executa o ato médico. Não pode, assim, existir o atestado médico sem o ato médico que o originou, devendo este ser datado do dia em que foi executado o ato médico.

Dessa forma, conclui-se que o atestado fornecido com a observância dos preceitos supramencionados não pode, a princípio, ser recusado por quanto estará sempre presente, no procedimento do médico que o forneceu, a presunção de lisura e perícia técnica, salvo na hipótese de reconhecimento ou falsidade na sua elaboração, quando então, além da recusa, convém requisitar a instauração do competente inquérito poli-

cial e também a representação ao Conselho Regional de Medicina para instauração de procedimento administrativo e disciplinar.

Para fins trabalhistas, o Ministério da Previdência e Assistência Social publicou a Portaria 3.291, de 20 de fevereiro de 1984, ainda em vigor, constando do parágrafo 2, inciso 3 textualmente: “O início da dispensa deverá coincidir obrigatoriamente com os registros médicos relativos à doença ou ocorrência que determinou a incapacidade”.

Em nosso entendimento, nada obsta que no corpo do atestado conste observações acerca da data do início da doença, se não coincidente com a data do exame médico, sendo, entretanto, o atestado datado do dia do ato médico que lhe deu origem. No caso em tela, o consultante emitiu atestado que justificaria o afastamento de paciente grávida em decorrência de situações sociais constrangedoras no ambiente de trabalho. Mas mesmo plenamente justificável por ter sido originada a causa do afastamento em fato público e conhecido, não poderia o médico datá-lo de ocasião diferente daquela do dia em que foi procurado pela paciente, uma vez que o atestado prestava-se para afastamento do trabalho e estaria automaticamente sem validade para tal fim por infringir a portaria do MPAS.

Quanto à segunda questão, o atestado médico tratando-se de documento de fé pública, principalmente os atestados médico-judiciais, pode ser contestado juridicamente quanto ao seu conteúdo e à sua veracidade. Além da via ético-administrativa para a contestação do atestado médico junto aos conselhos de Medicina, o atestado é também contemplado no Artigo 302 do Código Penal, que considera crime a emissão de atestado médico falso. Em ambas as vias de contestação, tanto a ético-administrativa quanto a penal, ao emitente deverá ser dada ampla defesa e direito ao contraditório, gerando assim processos em ambas as vias. Destarte, podemos então afirmar que a contestação judicial poderá existir se dúvida houver da veracidade do atestado emitido, onde no bojo do processo poderá o emitente apresentar suas alegações quanto à veracidade do documento emitido.

CONCLUSÃO

- 1) A data do atestado médico deverá coincidir com a do ato médico que o gerou, sendo, entretanto, lícito especificar o período de afastamento das atividades, mesmo que retroativo, desde que cientificamente embasada a conclusão e registrada em prontuário;
- 2) O atestado poderá ser contestado juridicamente se dúvida houver de sua veracidade ou se dano houver causado a pessoas ou instituições, tanto na esfera ética como penal e cível.

Este é o PARECER. SMJ

APROVADO EM 3/12/04.

PARECER 49/05

Assunto: Informação do CID em atestados para fins trabalhistas.

Relator: Cons. José de Souza Neto.

Ementa: Não comete infração ética o profissional médico que a pedido expresso do paciente ou do seu representante legal declare o diagnóstico de forma extensa ou codificada de acordo com o CID em vigor.

PARECER

O consulente faz consulta a este Conselho questionando:

- 1) Qual a obrigatoriedade do CID no atestado médico para efeito de incapacidade de 15 (quinze) dias ou menos, para justificar os dias parados ou para recorrer a benefício previdenciário?
- 2) Existe no INSS alguma resolução para exigir o CID na habilitação do benefício?

Fundamentação Legal

- Lei 605, de 5 de janeiro de 1949, parágrafo 2º, Artigo 6º.
- Lei 8.112 de 11.12.1990
- Decreto 3.048/99 alterado pelo Decreto 3.112/99 e 3.265/99.
- Portaria MPAS 3.291/94 alterada pela Portaria MPAS 3.370/84 (1722/7/79)
- RBPS - Artigo 73 parágrafo 1º, arquivado pelo Decreto 2.172/97
- Código de Ética Médica artigos 38, 44, 45 e 142 do CEM.

O professor Genival Veloso Franca em comentário de Ética Médica:

Discordamos do ilustre professor no que tange à sua opinião exarada no último parágrafo. Da maneira como é colocada a observação, fica o entendimento de que “uma simples portaria externa indo ao arrepio da lei maior”.

O professor Hely Lopes Meirelles, em Direito Administrativo Brasileiro 20: Edição Medeiros 1995, define entre os atos ordinários da administração a portaria como ato administrativo interno pelos quais os chefes de órgãos, repartições ou serviços expedem determinações gerais ou especiais a seus subordinados”.

Depreende-se daí que a citada portaria que trata do CID em atestados visa pôr em prática determinação da administração do antigo INAMPS: desde 1979.

“Todos os atestados médicos a contar desta data para terem sua eficácia plena deverão conter:

- 1) Tempo de dispensa concedida ao segurado por extenso e numericamente.
- 2) Diagnóstico codificado, conforme CID - Classificação Internacional de Doenças.

Esta portaria de PT - 6M 1.722 de 25/7/1979, alterada pela Portaria 3.129/84 e logo em seguida pela Portaria 3.370/84, determinava a colocação do CID para

resguardar o quanto expresso no Decreto 3.048/99 alterado pelo Decreto 3.112/99 e 3.265/99 que aprova o regulamento da Previdência Social.

Neste Decreto 3.048/99, Artigo 75, encontramos:

1º – Durante os 15 primeiros dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, incube a empresa pagar ao segurado empregado seu salário.

3º – Se concedido novo benefício decorrente da mesma doença dentro de 60 dias, contados da concessão do benefício anterior, a empresa fica desobrigada do pagamento relativo aos 15 primeiros dias de afastamento, propondo-se o benefício anterior e descontando-se os dias trabalhados se for o caso.

Nasce daí a questão: Qual a fonte que usará o perito para identificar se a moléstia que atingiu o segurado continua a ser a mesma do benefício anterior?
O atestado codificado do seu médico assistente.

Decorrente deste fato legal amparado pelo Decreto 3.048/99, e não de uma simples portaria que só teria força interna no âmbito do ministério, é que se exige a codificação do atestado médico. Quando alterada a Portaria 3.291/84 pela Portaria 3.370/84, a última que introduzia a observação de que o CID deveria ser colocado com a anuência do paciente com a sua expressa solicitação no documento médico, o atestado por ele solicitado.

Haveria então conflito entre a norma legal (Decreto 3.048/99) e a Resolução CFM 1.658/02, que trata do assunto emissão de atestado médico?

Se atentarmos para a Resolução CFM 1.658/02 nos considerando encontramos citados o Decreto 3.048/99 alterado pelos decretos 3.112/99 e 3.265/99, o que torna conhecido e aceito juridicamente o quanto exarado naqueles decretos pelo CFM.

E vai mais a além a citada resolução quando em um dos considerandos afirma: “Que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segurado profissional. E contemplando estas situações excludentes, dentro do que preconiza o Artigo 102 do CEM (Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão salvo por Justa Causa, dever legal ou autorização expressa do paciente), emite o Artigo 5º da resolução que os médicos somente podem fornecer atestado com a duplicação codificado ou não quando for por Justa Causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou do seu representante legal.

Ora, frente à legislação previdenciária é dever legal (expresso no decreto que regulamente) que o CID seja apostado ao atestado, desde que conste que foi por solicitação e ou anuência do paciente interessado, condição “*sine qua non*” irá de encontro à portaria, e portanto deixará de surtir efeito o atestado, o que certamente aconteceria dano ao paciente que ficará impedido de apresentar o atestado para o julgamento da Perícia Médica por não encontrar as condições legais.

Vê-se desta forma a colocação do CID para fins trabalhistas principalmente da concessão de benefícios da previdência revestido de legalidade uma vez que a Resolução CFM 1.658/02 permite esta exclusão do sigilo médico absoluto.

Em resposta à segunda questão, uma vez dirimida a dúvida quanto à colocação do CID, podemos responder que não. A Portaria 3.291/84, alterada pela Portaria 3.370/84 são documentos internos do INSS (a última ainda em vigor) obriga a colocação do CID para a avaliação da perícia médica e a concessão, sendo omissiva no tangente a habilitação, uma vez que qualquer benefício pode ser habilitado até ser atestado médico, valendo a concessão do benefício concedido para o atestado de 15 dias.

CONCLUSÃO

A Portaria Ministerial do INAMPS 3.291/84 alterada pela Portaria 3.370/84, obriga a colocação do CID no quesito da previdência, quanto à colocação do CID para habilitação, o documento é omissivo uma vez que o diagnóstico será verificado na fase de perícia e concessão e não na fase de habilitação.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 7/10/2005.

PARECER 13/06

Assunto: Consulta sobre a responsabilidade do preenchimento de atestado de óbito de morte sem assistência médica.

Relator: Cons. Domingos Macedo Coutinho.

Ementa: O preenchimento da declaração de óbito é ato médico cuja responsabilidade preferencial é do médico que tenha pleno ou provável conhecimento das causas que produziram a morte. Se o paciente não vinha sendo acompanhado por profissional médico, nos municípios que não dispõem de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), após esclarecimentos com os familiares, exame do cadáver, e não havendo suspeita de morte violenta, qualquer médico da localidade poderá fazê-lo, assinando que o mesmo ocorreu sem assistência médica e a causa é mal definida, a não ser que encontre elementos concretos que permitam assinalar a causa do óbito.

DA CONSULTA

O presente Processo Consulta originou-se de solicitação de um médico desejando esclarecimentos sobre o preenchimento de declaração de óbito como “sem assistência” na causa imediata do óbito. Indaga ainda sobre as implicações para o médico que forneceu a DO, no caso de posterior exumação do cadáver, e constatar-se que a pessoa tenha sido envenenada.

DO PARECER

O preenchimento da declaração de óbito é exclusivamente um ato médico. Em respeito à lei, pode-se dizer que não é de dever absoluto do profissional médico, pois é garantido que na falta completa do médico, em situação especial, pessoas idôneas podem ser nomeadas para que verifiquem a morte de uma pessoa. No entanto, no mais das vezes, o atestado é de obrigação expressa que seja preenchido e assinado por médico.

A declaração de óbito é documento essencial, porque somente através dela 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. Tem, por isso, que ser considerado de maneira definitiva e incontestável como o ato final de um tratamento médico, e não, como muitas vezes ocorre, o instrumento conseguido às pressas em variadas condições, somente visando a mais breve inumação do corpo, sob responsabilidade e interesse único dos familiares em momento de dor, intermediado por empresas funerárias sem nenhum compromisso social.

Todavia, é obrigação ética do médico só atestar com absoluto conhecimento de causa e de consciência perfeita do caso, isto é, se não o tem, não deve atestar.

A redação contida nos artigos 110 e 114 do CEM, de todos conhecida, impõe que é vedado ao médico:

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

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

A Resolução CFM nº 1.601/00, por sua vez, regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de óbito. Em caso de morte natural sem assistência médica, estabelece as seguintes normas:

- 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 sua ausência, qualquer médico da localidade.

Em casos de doentes que venham a falecer nas suas residências sem ter sido atendido pelo médico, é da responsabilidade dos serviços de Verificação de Óbito, que são instituições cuja finalidade é determinar a realidade da morte, bem como a sua causa, desde que natural. É da responsabilidade do Estado a obrigação de implantar o SVO nas cidades de portes médio e grande.

Este serviço em 1916 já existia, com os seus chamados médicos verificadores de óbitos, mas, ao invés de crescer – para que tivéssemos declarações de óbito com diagnósticos de causa morte confiáveis, ajudando a bioestatística, a epidemiologia e planejamento da saúde pública, evitando também o comércio deste documento através das funerárias – aqui na Bahia desapareceu, levando muitas vezes os médicos a situações constrangedoras.

O Cremeb já se manifestou a este respeito, no Parecer Consulta nº 70.941/99, da lavra da relatora Maria Madalena de Santana, aprovado em 2/8/1999, cujos excertos ora transcrevemos, *verbis*:

“O SVO é da competência da Secretaria de Saúde do Estado, porém tenho notícias de que este serviço reaparecerá a cargo dos municípios. No entanto, com aprovação deste parecer, poderemos seguir o exemplo do que acontece em São Paulo: nos locais onde não existem SVO, os médicos do Estado e, na ausência deste, qualquer outro médico, fornecem a declaração de óbito sem diagnóstico de causa morte (item 37 D.O.).

É conveniente que as linhas destinadas a diagnósticos (a, b, c e o item 38), sejam preenchidas com traços horizontais para maior segurança de quem assina o atestado. Importante também é assinalar o item 33.2 (não recebeu assistência médica durante a doença que causou a morte) e o item 34.5 (o médico que assina o atestado não atendeu ao falecido). Saliento que esta conduta não é a ideal, é apenas para permitir que o cartório emita a Certidão de Óbito para que o corpo seja devidamente sepultado; lembro ao médico que ele deve

constatar o óbito pessoalmente, identificar o cadáver e escrever com letras legíveis, colocando além do seu nome o número do seu Cremeb.

Quanto à procura do "Cartório de Registro Civil" aos médicos, para requerer destes declaração de óbito, tenho a informar que: "O cartório" não é autoridade competente para exigir este documento do médico, sendo aconselhável que as famílias entrem em contato direto com os médicos, sem interferências de cartórios ou de funerárias, e os médicos, dentro do que preconizam a resolução, o Código de Ética Médica e Pareceres do CFM e Cremeb, as atenderá." (Grifamos)

Este já era o entendimento do CFM (PC/CFM/Nº 57/1999) antes mesmo normatização específica a este respeito, advinda com a Resolução CFM nº 1.601/00.

Saliente-se, por oportuno, que não é comum a interferência do Poder Judiciário em casos de mortes naturais, geralmente a sua participação está ligada a nomeação de perito Ad Hoc, para obter laudos em mortes violentas ou suspeitas e para exumações. Porém, existe uma lei a ser cumprida "Lei dos Registros Públicos", onde é lícito o empenho do magistrado para que esta seja obedecida, sem, contudo, obrigar os médicos a desrespeitarem os seus princípios éticos, muito menos ameaçá-los, em detrimento dos mesmos princípios.

As mortes de causas naturais compreendem os resultados de fenômenos biológicos quase sempre explicados e comprovados pela Medicina; as mortes de causas violentas imediatas ou tardias (com causas supervenientes) estão bem definidas e ordenadas em lei, e as mortes de causa suspeita ocorrem quando há dúvida quanto ao nexos causal (nesse caso, aquele que protagoniza a suspeição tem a obrigação de comunicar a uma autoridade policial ou ao Ministério Público, que solicitará, pelos procedimentos habituais, a perícia médico-legal).

É importante que todo médico entenda que, quando enganado em sua boa-fé, tendo ele exarado a declaração de óbito e, após, surgir a descoberta de alguma causa violenta, ele, médico, não terá culpa por ter sido enganado. Todavia, é importante ressaltar que a constatação do óbito deverá ser sempre pessoal, qualquer que seja a sua natureza. Caso contrário, o profissional poderá ser penalizado não só pelos conselhos de Ética Médica, mas também responderá penalmente perante o Poder Judiciário.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, esta Câmara Ética entende que na hipótese de que o caso não vinha sendo acompanhado por profissional médico, nos municípios que não dispõem de Serviço de Verificação de Óbito (SVO), após esclarecimentos com os familiares e exame do cadáver, e ainda não havendo suspeita de morte violenta, o médico da localidade pode atestar o óbito, assinalando que o mesmo ocorreu sem assistência médica e a causa é mal definida, a não ser que encontre elementos concretos que permitam assinalar a causa do óbito.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 7/2/2006.

PARECER 14/06

Assunto: Fornecimento de relatório médico e honorários.

Relator: Cons. Marco Aurélio de Miranda Ferreira.

Ementa: O fornecimento de relatório ao paciente que o solicita é uma obrigação ética e não pode estar vinculada ao pagamento de honorários, salvo tratando-se de exame pericial para obtenção de benefícios de seguro.

Médico ortopedista, lidando na prática clínica com pacientes portadores de Dort e síndromes dolorosas crônicas, considerando as freqüentes solicitações de relatórios por parte de seus clientes, solicita do Cremeb esclarecimentos sobre as seguintes questões:

- 1) É possível recusar-se a fornecer os relatórios e simplesmente prestar o acompanhamento clínico aos pacientes?
- 2) Independentemente dos honorários médicos da consulta, podem ser cobrados honorários pelo fornecimento do relatório?
- 3) Caso positivo, existe um valor referência para relatório definido pelos órgãos competentes?
- 4) Estes relatórios para perícias médicas só devem ser fornecidos por médico perito?

Esta matéria tem sido motivo de várias consultas dirigidas ao Cremeb, cujas respostas nos forneceram a maioria dos subsídios na elaboração dos esclarecimentos solicitados:

- 1) Referindo-nos ao Código de Ética Médica, verificamos em seu Art. 83 que é vedado ao médico deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal. Assim sendo fica bem definido que o médico não pode se recusar a fornecê-lo nem mesmo pode interpretar este fato como uma benesse ou um favor ao seu paciente.
- 2) Não. O médico não pode cobrar honorários pelo fornecimento de relatórios rotineiros ao seu paciente, cabendo aqui uma circunstância de exceção. A Resolução CFM nº 1.076, de 1981, estabelece que o médico poderá preencher formulário para concessão dos benefícios do seguro, desde que tal lhe tenha sido solicitado diretamente pelo paciente ou seus responsáveis, ou, em caso de falecimento deste, a pedido da pessoa beneficiária de seguro de vida ou de acidentes pessoais, situação em que pode receber a devida remuneração.
- 3) Apenas no caso da exceção supracitada, os honorários a serem cobrados devem obedecer às normas vigentes, parecendo-nos razoável seja equivalente aos dos honorários de uma consulta, considerando-se o tempo similar que será dispendido.
- 4) Todo médico, a princípio, é considerado perito na sua especialidade, sendo, por isso mesmo, muitas vezes convidado a fornecer subsídios aquéloutros que, embora exerçam exclusivamente o múnus pericial atendo-se aos aspectos

normativos, não se sentem à vontade para interpretar situações específicas de determinadas especialidades. Como exemplo temos o médico perito do INSS necessitando informações do médico assistente do paciente para fundamentar suas decisões perante a legislação, ou ainda o médico do trabalho de uma empresa, que precisa se informar sobre detalhes da patologia do paciente para avaliar seus riscos na exposição aos agentes agressivos presentes no ambiente laboral etc.

Éste é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 2/3/2006.

PARECER 23/06

Assunto: Fornecimento de Atestado de Comparecimento à consulta médica por não-médico.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: O Atestado de Comparecimento a hospital, clínica, laboratório, consultório etc., é de natureza administrativa, não estando subordinado exclusivamente ao atendimento médico.

Os funcionários da administração podem e devem cuidar do preenchimento e assinatura deste documento, de importância para a justificativa de ausência ao trabalho.

EXPOSIÇÃO

O consulente dirige-se ao Cremeb nos seguintes termos:

“A fim de atender as normas estabelecidas pelo Cremeb, solicitamos parecer deste Conselho sobre o fato da recepcionista assinar Atestado de Comparecimento em substituição ao médico. Importante salientar que os atestados de comparecimento aos serviços médicos não podem ser confundidos com atestados médicos por quem quer que seja, uma vez que apenas dizem que o paciente ou seu responsável (no caso das crianças ou outros dependentes) compareceu à consulta naquele dia e horário.

Ainda assim, gostaríamos de ratificar se existe algum impedimento administrativo ou jurídico neste procedimento?”

PARECER

Embora não concorde com a assertiva, “recepcionista assinar Atestado de Comparecimento em substituição ao médico”, a este relator parece que a própria consulta responde a questão. Neste caso, não se trata de substituição, mas de competência, uma vez que a recepcionista não irá atestar saúde ou doença, mas, tão-somente, comprovar o tempo em que o interessado esteve nas dependências do estabelecimento. Ora, a recepcionista é a pessoa mais indicada para assinar o Atestado de Comparecimento, uma vez que ela tem o primeiro e o último contato com as pessoas que procuram uma clínica ou consultório médico e que em tese necessitam da comprovação do tempo despendido para o referido atendimento. Portanto, não resta dúvida de que a recepcionista ou outro funcionário da administração deve ser o responsável pela emissão do Atestado de Comparecimento, preenchendo os dados e o horário de permanência do paciente e ou seus acompanhantes, deixando grafada a situação, se de paciente ou de acompanhante, assinando-o em seguida. Relevante lembrar que a pessoa que comparece ao estabelecimento tem o direito a este documento, que pode ser emitido mesmo no caso de não ter se concretizado o atendimento médico, devendo para tanto também ser descrito este fato, para que não haja prejuízo ao trabalhador que necessite se ausentar, ou não comparecer, ao trabalho visando ao atendimento médico.

CONCLUSÃO

Não deve ser feita confusão entre Atestado Médico, no qual o profissional atesta as condições de saúde do paciente, com o Atestado de Comparecimento, este de caráter administrativo, que pode e deve ser da responsabilidade de funcionário administrativo de hospital, clínica, consultório, laboratório, ambulatório etc.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 27/10/2006.

PARECER 38/06

Assunto: Preenchimento de Declaração de Óbito quando cadáver tem identidade ignorada.

Relator: Consa. Maria Madalena de Santana.

Ementa: No Brasil ainda não está disponível o Registro Único de Identificação (RIC). O Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues não recebe cadáveres apenas para identificação. O Instituto de Identificação Pedro Mello dispõe de peritos técnicos para esta finalidade, podendo atuar nas unidades de Saúde.

DA CONSULTA:

Através de e-mail ao Portal, o consulente pergunta ao Creneb: se, porventura, assistir a um óbito de paciente internado em enfermaria, estando de plantão noturno na emergência, e o mesmo tiver sido internado sem nenhum documento de Registro de Inscrição Civil (RIC), o Atestado de Óbito pode ser liberado, sem preencher o RIC? Não podendo, o paciente deve ser encaminhado ao Instituto Médico-Legal?

DO PARECER:

Respondendo as questões formuladas, temos que inicialmente considerar que a Lei nº 9.454, de 7 de abril de 1997, que instituiu: 1º) “O número único de Registro de Identidade Civil” (RIC), “pelo qual cada cidadão brasileiro, nato ou naturalizado, será identificado em todas as relações com a sociedade e com organismos governamentais e privados”; 2º) O “Cadastro Nacional de Registro destinado a conter o número único de Registro de Identificação Civil...”; 3º) estabeleceu prazos ao Poder Executivo para que em cento e oitenta dias regulamentasse esta lei e trezentos e sessenta dias para sua implementação, e ainda previu o prazo máximo de 5 anos (da data de promulgação) para que todos os documentos de identificação que estivessem em desacordo com a mesma perdessem suas validades e deu outras providências.

Embora datado de 7/4/1997, a sua regulamentação até hoje ainda está sendo discutida em Brasília. Sabe-se que existe um consenso entre os legisladores para marcar um novo prazo para que os documentos de identificação em vigor percam a validade e que o número único de identificação seja fornecido automaticamente pelos cartórios no momento da expedição da Certidão de Nascimento.

O Instituto de Identificação Pedro Mello, em Salvador, será o órgão modelo para a implementação nacional do RIC, para tanto estão sendo realizadas reformas neste instituto para começar o Sistema Integrado de Informática, indispensável para operacionalizar o RIC. Pois está previsto que o Pedro Mello será interligado aos postos de identificação informatizados nos municípios baianos e à Central Nacional de Registros de Identificação em Brasília, assim como ocorrerá em cada órgão de identificação em outros estados da Federação brasileira.

Pelo exposto, ainda não temos como preencher a quadrícula número 9 destinada ao número RIC nas declarações de óbito.

Quanto à identificação do corpo, cujo paciente fora internado sem documentos, esta não é mais realizada com o cadáver no IMLNR, salvo em casos de mortes violentas ou suspeitas. É o Instituto de Identificação Pedro Mello o órgão competente para esta finalidade, e atualmente nesta situação age da seguinte maneira: o diretor da unidade de saúde ou profissionais por ele autorizados fazem contato telefônico com a Coordenação de Pesquisa Dactiloscópica, que orientará as providências necessárias ao solicitante; em seguida, o representante da unidade de saúde deverá remeter ofício à diretora do Instituto Pedro Mello, solicitando oficialmente a identificação, podendo este ofício ser enviado via fax informando neste documento as características ectoscópicas do falecido, tais como: cor, sexo, idade aparente etc. e dados qualitativos se houver: prenome ou filiação; assim como também o dia e hora do óbito.

Se o corpo está sendo conservado em geladeira, faz-se necessário a sua retirada para possibilitar a coleta das impressões digitais, que é realizada com a presença de um perito técnico na unidade de saúde.

No momento, o atendimento a estas solicitações é feito em horário administrativo. Geralmente, é o perito técnico que se dirige ao local onde está o corpo, para colher os dactilogramas (impressões digitais) e fotografar o cadáver. Depois é realizada pesquisa entre os cadastros com as fichas arquivadas no Pedro Mello. Após análise, se encontrada a ficha correspondente, o corpo fica identificado, expedindo-se uma informação onde consta que o corpo pertence à determinada pessoa. Caso contrário, o hospital também é informado oficialmente, e o cadáver é sepultado na condição de I G N O R A D O. Os dados que foram colhidos não são desprezados, ficam arquivados no instituto para futura comparação e possível identificação.

A Coordenação de Pesquisa Dactiloscópica atende atualmente pelos números (71) 3116-8773 e (71) 3116-8477 (FAX).

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 5/9/2006

PARECER 49/06**Assunto:** Emissão de Relatório Médico.**Relator:** Cons. José de Souza Neto.

Ementa: É dever do médico atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal. 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. Faz exceção a norma estabelecida no Art. 112 do CEM o preenchimento de formulários de empresas de seguros para recebimento de indenizações. Trata-se de ato médico independente de tratamento e, como tal, pode ser cobrado honorários médicos pela sua emissão.

DA CONSULTA:

Foi protocolizada neste Conselho consulta acerca de fornecimento de Relatório Médico. O consulente refere ser especialista em ortopedia e cursar extensão em dor crônica, o que motiva reiteradas solicitações de relatórios médicos criando grande demanda de pedidos, o que lhe toma muito tempo em elaborá-los.

Pergunta:

- 1) Posso recusar-me a fornecer o relatório e apenas prestar o acompanhamento clínico deste paciente?
- 2) Posso cobrar honorários médicos pelo relatório independentemente dos honorários médicos da consulta
- 3) Em caso positivo existe um valor referência para o relatório definido pelos órgãos competentes?
- 4) Estes relatórios para perícias médicas só devem ser fornecidos por médico perito?

FUNDAMENTAÇÃO:**Fundamentação Legal**

Código de Ética Médica – Resolução CFM 1.246/88 – Artigos 112, Resolução CFM 1.076/81

Resolução CFM 1.488/98 – Resolução CFM 1.658/02

Definições

Para dirimir quaisquer dúvidas, citamos as definições encontradas no Livro Medicina Legal – Hélio Gomes – 7ª Edição Atualizada 2004:

O atestado, também chamado certificado, é, na definição de SOUZA LIMA, "a afirmação simples e por escrito de um fato médico e de suas consequências".

Os atestados podem ser oficiosos, administrativos e judiciários. Oficiosos são os atestados solicitados por quaisquer pessoas, a cujo interesse atendem. Visam unica-

mente ao interesse privado. Como exemplos destes atestados, temos os atestados médicos para justificar falta de comparecimento ao trabalho, em casas comerciais, em bancos, em escritórios; aos exames escolares.

Administrativos são os exigidos pelas autoridades administrativas. São desta categoria os atestados que são obrigados a apresentar os empregados públicos quando solicitam licença ou requerem aposentadoria, atestados estes que, via de regra, são fornecidos por juntas médicas de inspeção de saúde; atestados de vacinação, atestados de sanidade física e mental, para ingresso em escolas e em repartições públicas.

Judiciários são os atestados requisitados por juiz. O exemplo mais comum são os atestados com que os jurados justificam sua falta ao Tribunal do Júri.

O atestado é ato de grande importância. Deve ser sempre a expressão da verdade. Sob nenhum pretexto deve o médico atestar o que ele, por si mesmo, não tenha verificado. Todo o cuidado deve merecer do médico a identidade da pessoa a quem vai dar o atestado. Deve ter certeza de que se trata da própria e não de outra.

RELATÓRIO – É a descrição minuciosa de um fato médico e de suas conseqüências, requisitada por autoridade ou órgãos competentes (TOURDES).

DAS PERGUNTAS:

- 1 – Posso recusar-me a fornecer o relatório e apenas prestar o acompanhamento clínico deste paciente?**
- 2 – Posso cobrar honorários médicos pelo relatório independentemente dos honorários médicos da consulta?**

Resposta: Não. Esta afirmativa está amparada no Artigo 112 do CEM, que expressa literalmente:

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.

Este também é o entendimento do CFM na Resolução 1.658/02, onde expressa:

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

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

Art. 3º – Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

- a. especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
- b. estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- c. registrar os dados de maneira legível;
- d. identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

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

A RESOLUÇÃO 1.488/98 vai mais além e prescreve:

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

- I – assistir o 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 pôr à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

3 – Em caso positivo existe um valor referência para relatório definido pelos órgãos competentes?

Resposta: PREJUDICADO. É vedada a cobrança de atestado ou relatório referente a consulta ou tratamento do paciente.

4 – Estes relatórios para perícias médicas só devem ser fornecidos por médico perito?

Resposta: A emissão dos atestados ou relatórios não é privativa dos médicos peritos, podendo ser fornecidos pelo médico assistente, pelo médico do trabalho ou por outros profissionais médicos envolvidos no tratamento do paciente. A Resolução CFM 1.658/02 analisa as várias situações de emissão de atestados, relatórios, fixação de nexos causais e define a quem é devida a obrigação de executá-las.

Fugindo a estas situações descritas, existe exceção prevista na Resolução CFM 1.076/81, que trata de preenchimento de formulários de seguradoras, referentes ao paciente tratado pelo profissional emissor do documento:

“CONSIDERANDO que os formulários elaborados pelas companhias de seguros de vida, para serem preenchidos pelos médicos, não têm qualquer vínculo com a atestação médica relativa à assistência ou ao óbito;

CONSIDERANDO que o seu preenchimento além de acréscimo de responsabilidade civil e penal para o médico, exige também gasto de seu tempo e atividade;

RESOLVE: 1 - O médico poderá preencher o formulário para concessão dos benefícios do seguro desde que tal lhe seja solicitado diretamente pelo paciente ou seus responsáveis, ou, em caso de falecimento deste, a pedido da pessoa beneficiária de seguro de vida ou de acidentes pessoais.

2 - O médico pode pela prestação de tal serviço receber a devida remuneração.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 1º/12/2006.

PARECER 50/06

Assunto: Solicitação de exames desnecessários para diagnóstico clínico e avaliação pericial.

Relatora: Consa. Tereza Cristina Santos Maltez.

Ementa: O relatório é parte integrante do ato médico, devendo ser fornecido quando solicitado pelo paciente ou seu representante legal. As solicitações feitas por peritos médicos da Previdência Social deverão ser encaminhadas em formulário próprio e conter autorização expressa do paciente para fornecimento das informações. Se pertinente, o médico assistente poderá complementar as informações com exames, desde que oferecidos pelo SUS.

DA CONSULTA

Cirurgião de mão encaminha ao CremeB, via e-mail, consulta quanto à obrigatoriedade de fornecer, para fins previdenciários, laudos ou relatórios de pacientes que concluíram tratamento e apresentam seqüelas definitivas e ainda quanto à solicitação de exames, no seu entender desnecessários para o diagnóstico e ou tratamento do paciente.

Questiona ainda a solicitação através do paciente sem que seja formalizada por escrito pelo perito e sem especificar qual a ajuda necessária para a decisão pericial.

PARECER

O perito médico da Previdência Social tem como principal atividade a emissão de parecer conclusivo sobre a capacidade laboral para fins previdenciários. Para tal deverá dispor de informações prestadas pelo médico assistente, médico do trabalho da empresa, exames realizados pelo periciado, assim como conhecer a atividade exercida pelo mesmo e as condições em que o trabalho é executado.

A Lei 8.213/91 e o Decreto 3.048/99 dispõem que o direito ao benefício está condicionado ao tratamento, salvo o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são opcionais.

O relatório, além de fornecer informações sobre a doença, sua evolução e prognóstico, que são extremamente relevantes para concessão de um benefício previdenciário, serve para comprovação da continuidade do tratamento.

O atestado e o relatório são partes integrantes do ato médico, cabendo ao profissional fornecê-los, quando solicitado pelo paciente.

A solicitação quando feita por perito da Previdência deverá ser encaminhada em formulário próprio "Solicitação de Informação ao Médico Assistente", no qual consta a expressa autorização do paciente ou do seu representante legal para fornecimento das informações.

Dispõe o Código de Ética Médica:

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

Afirma o Dr. José Henrique Schumann Neto, em seu artigo “Perícia Médica Previdenciária”, publicado no Medicina Gerais, Ano 4, nº 45 de julho de 2006:

“Deve o médico assistente agir de forma sinérgica com o perito, pois essa ação conjunta agiliza a concessão dos benefícios devidos, melhora a relação médico-paciente de ambos, diminui os conflitos e consequentemente os benefícios indevidos.

Trabalhar em conjunto não é ingerência na função do outro, nem é concordância incondicional, é sim troca de experiências e informações, conforme preceitua o Art. 19 do nosso Código de Ética Médica.”

Os órgãos devem trabalhar em regime de cooperação mútua visando à maior eficiência da administração pública. Assim sendo, o perito deve, através de formulário específico (Solicitação de Informação ao Médico Assistente), requerer as informações de que precisa para construir seu juízo de valor, cabendo ao médico assistente, se entender pertinente, acrescentar as informações com exames complementares desde que oferecidas pelo SUS.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 1º/12/2006.

ATO MÉDICO

PARECER 25/02

Assunto: Atuação de enfermeiros em atos médicos.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Responsabilidade profissional. Solicitação de exames complementares. Prescrição de medicamentos. Atestado de saúde. Atestado de óbito.

A solicitação de exames complementares, a análise dos resultados e a prescrição de medicamentos constituem-se em ato médico exclusivo.

O enfermeiro, como integrante de equipe multidisciplinar de saúde, só pode prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Os enfermeiros não podem ser autorizados a solicitar exames complementares e a prescrever medicamentos ao alvedrio da lei.

Atestado de saúde só pode ser emitido por médico ou odontólogo, este no limite de sua área de atuação.

É incumbência exclusiva do médico atestar o óbito, preenchendo e assinando a “Declaração de Óbito”, em impresso fornecido pelo Ministério da Saúde.

EXPOSIÇÃO

A Diretoria do Cremeb tem recebido uma série de documentos solicitando seu posicionamento quanto à atuação de enfermeiros, especialmente no tocante à SOLICITAÇÃO DE EXAMES, PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS e ATESTADOS DE SAÚDE e de ÓBITO.

PARECER

Ab initio os documentos que motivaram o presente expediente apontam para dúvidas surgidas na prática dos enfermeiros dentro do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (Aidpi), instituídos pelo Ministério da Saúde.

O PSF

Visando reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), cuja estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Os profissionais

(médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) prestam o atendimento na unidade básica de saúde ou no próprio domicílio da família assistida. Desta forma cria-se um vínculo de cumplicidade e co-responsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Daí dizer-se que a estratégia do PSF ratifica princípios básicos do Sistema Único de Saúde, universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

O PSF atua a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, não significando que sejam criadas novas unidades de saúde, estando inserido no nível inicial de ações da atenção básica. Havendo necessidade de serviços de maior complexidade devem ser asseguradas a referência e a contra-referência, através de clínicas e serviços contratados, garantindo desta forma a atenção integral aos indivíduos.

Cada equipe multiprofissional do PSF atende entre 600 e 1.000 famílias - 3.475 pessoas em média, e no máximo, 4.500 pessoas. Hoje são 10.788 equipes atuando no País, atendendo 36 milhões de brasileiros. A meta do Ministério da Saúde é ampliar para 20 mil o número de equipes da Saúde da Família, atendendo 69 milhões de pessoas até 2002. Compõem cada equipe, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Opcionalmente podem compor cada equipe: dentistas, psicólogos e assistentes sociais de acordo com as necessidades.

Na equipe de Saúde da Família (ESF), cada profissional tem as suas atribuições bem definidas. O médico atende todos os integrantes de cada família, independentemente de sexo e idade, desenvolvendo com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população. O enfermeiro supervisiona o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária. E o agente comunitário de saúde faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Nos 4.266 municípios onde está implantado, o Programa Saúde da Família tem alcançado resultados positivos, especialmente quando se trata de idosos, crianças, mulheres e gestantes com a redução dos índices de mortalidade infantil; diminuição do número de mortes por doenças de cura simples e conhecida; e diminuição das filas nos hospitais das redes pública e conveniada com o SUS. Diante dos resultados alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil.

De acordo com as informações obtidas no Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica) até fevereiro de 2002, a cobertura das 654 equipes de Saúde da Família (ESF) para a Bahia alcançou 33,81% dos municípios, atendendo 17,07% da população. Enquanto que no mesmo período a cobertura dos 17.779 agentes comunitários de saúde (PACS) alcançou 99,76% dos municípios baianos, com a população acompanhada de 77,36%.

Sem dúvida alguma, são números animadores, posto que é sobejamente conhecida a disposição do Ministério da Saúde para a reestruturação da atenção básica, estando o PSF colocado prioritariamente neste contexto.

Necessário se faz entender a lógica da velocidade de crescimento no quantitativo de equipes do PSF. Para isto, consultemos mais uma vez o site do Ministério da Saúde, para nos situarmos no processo de financiamento do PSF.

O financiamento do PSF deve ser garantido pelo PAB – Piso de Atenção Básica à Saúde, criado pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (publicada no DOU, de 6 de novembro de 1996), conhecida por NOB/96, que surgiu para promover a reestruturação da atenção básica, redefinindo as responsabilidades dos poderes executivos (Federal, estaduais e municipais) e avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Desta forma, o financiamento do PSF é constituído pelo somatório das fontes estaduais e municipais garantidas pelo PAB, com os incentivos diferenciados, que é a parte variável do PAB, de acordo com a faixa de cobertura populacional, distribuída por 9 faixas, que variam de R\$ 28.008,00 (cobertura de 0 a 4,9%) a 54.000,00 (cobertura populacional igual ou superior a 70%) por equipe/ano. Existe também incentivo adicional de R\$ 10.000,00/equipe para a implantação de novas equipes. Além deste incentivo, o município recebe um incentivo fixo por agente comunitário de saúde de R\$ 2.200,00/ACS/ano. Obviamente, sem desprezar as vantagens da sua implantação e o impacto da cobertura populacional, está aí então a lógica do surpreendente crescimento do PSF. A nosso ver exatamente neste ponto surge a distorção trazida ao Cremeb. Havendo necessidade de acelerar a ampliação do número de equipes de PSF, as prefeituras não estão conseguindo contratar médicos em número suficiente para cobrir a demanda. Noticia-se que existem equipes de PSF sem médicos, daí, imagina-se, estarem os enfermeiros solicitando exames e prescrevendo medicamentos.

O AIDPI

O Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (Aidpi) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1997 em quatro estados. Já em 1999, as atividades envolveram 23 estados da Federação. Este programa visa à capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, de forma global e com melhoria da qualidade da assistência prestada, ao invés dos tradicionais treinamentos específicos para cada doença, desta forma promovendo a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento das crianças pertencentes a grupo de risco. O programa tem promovido ações específicas para a população infantil como programas de incentivo ao aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, controle das doenças respiratórias, programa ampliado de imunizações, suplementação alimentar e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, dentre outras.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1997 foram hospitalizadas no Sistema Único de Saúde mais de 1.600.000 crianças menores de 5 anos

com um custo de mais de 400 milhões de reais. Cerca de 60% das causas que levaram estas crianças à hospitalização foram decorrentes de problemas respiratórios e de doenças infecciosas e parasitárias. Internações passíveis de serem reduzidas através de medidas de prevenção e assistência em nível primário, contribuindo para diminuir substancialmente estes gastos e liberando leitos para patologias mais graves.

Esta estratégia é preconizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Unicef e direcionada para o atendimento em nível primário. Dadas as características desta estratégia, sua implantação está sendo priorizada nos municípios com mortalidade acima de 40/1.000 nativos nos estados que aderirem a esta estratégia e municípios com os programas do PACS/PSF implantados. A adaptação do material produzido pela OMS aconteceu em 1996 e obedeceu as normas e diretrizes nacionais, levando em conta toda a diversidade epidemiológica das distintas regiões do País. Contemplou-se ainda a elaboração de um material de nível técnico dirigido aos profissionais de nível superior, uma vez que o Brasil já conta com um trabalho comunitário através do PACS/PSF, que tem resultado na melhoria da qualidade de vida das crianças brasileiras.

Aqueles que defendem a atuação dos enfermeiros, além do preconizado na legislação brasileira, baseiam-se na Resolução Cofen 195/97 e no Programa de Aidpi do Ministério da Saúde.

DA NORMA DO COFEN

RESOLUÇÃO Nº 195, DE 18 DE FEVEREIRO DE 1997

Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros
(...)

Considerando que para a prescrição de medicamentos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;

Considerando os programas do Ministério da Saúde: “DST/Aids/ COAS”; “Viva Mulher”, “Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (Paismc)”; “Controle de Doenças Transmissíveis”, dentre outros;

Considerando manuais de normas técnicas publicados pelo Ministério da Saúde: “Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS - Controle de Doenças Transmissíveis”; “Pré-natal de Baixo Risco”-1986; “Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de Controle da Hanseníase”-1988; “Procedimento para a atividade e controle da Tuberculose”-1989; “Normas Técnicas e Procedimentos para a utilização dos esquemas de Poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase”- 1990. “Guia de Controle da Hanseníase”-1994; “Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente”-1995;

Considerando o Manual de Treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar-Abepf;

Considerando que a não-solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente);

Resolve:

Art. 1º – O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais. (Grifo do relator)

DA NORMA DO CFM

RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/2001

Dispõe sobre o Ato Médico

(...)

Resolve:

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

45046. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

45047. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

45048. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 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 terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

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

DA LEGISLAÇÃO

Fazendo uma percuente pesquisa na legislação que regulamenta a profissão de enfermeiro encontramos, *in verbis*:

Lei nº 7.498/87

(...)

Art. 11 - O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:

I - Privativamente:

(...)

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

(...)

j) prescrição da assistência de enfermagem;

(...)

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- (...)
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;

Decreto nº 94.406/87

Artigo 8º - Ao enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

- (...)
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de enfermagem;
- (...)

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação 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;
- (...)
- g) participação na prevenção e controle de doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- (...)
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde. (Grifos do relator).

Compulsando documentos que demonstrem o posicionamento do Conselho Federal de Medicina sobre a matéria, encontramos os pareceres 30/96, 29/98, 53/99 e 14/2001, cujas ementas nos remetem a firmarmos nossa posição, *in verbis*:

Atos que visem a diagnóstico, prognóstico ou terapêutica só podem ser praticados por médicos, ou executados por outros profissionais quando prescritos e ou supervisionados por médico.

Toda equipe de saúde deve ser chefiada por médico.

Parecer CFM Nº 30/96

Somente o médico pode prescrever medicamentos e solicitar exames complementares.

Em equipes de saúde, sob supervisão médica, o enfermeiro pode encaminhar pedidos e orientar o uso de medicamentos previamente definidos em normas de procedimentos da equipe.

Parecer CFM Nº 29/98

Responsabilidade profissional. Solicitação de exames complementares.

A solicitação de exames de rotina e complementares constitui-se em ato médico.

Ao enfermeiro compete tão-somente transcrever as prescrições médicas e solicitações de exames complementares contidos nos programas de saúde pública do Ministério da Saúde e nas rotinas aprovadas pela instituição de saúde. A análise destes exames é de exclusiva competência do médico.

Parecer CFM Nº 53/99

Programas de saúde não podem delegar a profissionais de saúde em geral atos de diagnóstico e tratamento, por serem estes de competência exclusiva do médico.

Parecer CFM Nº 14/2001

Apesar destes argumentos, encontramos no site do Conselho Federal de Enfermagem (<http://www.portalcofen.gov.br>) Portaria nº 01/2001 da Prefeitura Municipal de Esperantina (PI), autorizando aos enfermeiros lotados na Secretaria Municipal de Saúde a prescreverem medicamentos em tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial, programa de saúde da mulher, programa de saúde da criança e tratamento das DSTs. Um outro documento diz respeito a ações semelhantes autorizadas pela Secretaria de Saúde do Município de Divinópolis (MG).

DOS ATESTADOS DE SAÚDE

Considerando que a legislação prevê exceção quanto à emissão do atestado de saúde, apenas para os odontólogos, estes nos limites de sua área de atuação, não havendo, portanto, previsão legal para que outros profissionais atestem a saúde dos pacientes, é que o Conselho Federal de Medicina baixou a Resolução nº 1.548/99 determinando aos médicos só aceitarem atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no CRM ou de odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão.

DOS ATESTADOS DE ÓBITO

A Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica. Decorre deste fato a incumbência do médico atestar o óbito, preenchendo e assinando o impresso próprio, fornecido pelo Ministério da Saúde, de acordo com o Artigo 77 da Lei nº 6.015/73, *in verbis*:

Nenhum enterramento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a 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.

CONCLUSÃO

Em equipe multidisciplinar, cada profissional assume seu papel, limitado pela habilitação acadêmica e pelo que for estabelecido em lei. A solicitação de exames complementares, a análise dos resultados e a prescrição de medicamentos constituem-se em ato médico exclusivo, não podendo ser atribuição dos profissionais de enfermagem. O mesmo entendimento está consolidado quanto ao atestado de saúde e atestado de óbito.

O impacto da cobertura populacional, implementado pelo Programa de Saúde da Família, e a estratégia de priorização ao atendimento das crianças pertencentes a grupo de risco, preconizada pelo Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, devem ser relevados pela sociedade brasileira. Entretanto, as vantagens da implantação de ambos os programas não podem induzir os profissionais a exercer seus atos ao arrepio da lei. Desta forma, devem ser alertados os senhores gestores do Sistema Único de Saúde sobre este desvio na prática de ambos os programas, com a finalidade de preservar a saúde da população brasileira.

APROVADO EM 5/7/2002.

PARECER 34/02

Assunto: Realização de punção arterial para coleta de sangue para exames de gases arteriais por bioquímico ou técnico de laboratório.

Relatora: Consa. Ceuci de Lima Xavier Nunes

Ementa: A punção arterial para coleta de sangue para exames de gases arteriais não é ato privativo do médico, podendo ser realizado por bioquímicos e técnicos de laboratório, em ambiente hospitalar e sob a supervisão do médico.

EXPOSIÇÃO

O consulente solicita a este Conselho informar se a punção arterial para coleta de sangue para exame de gases arteriais pode ser realizada por bioquímico ou técnico de laboratório. Informa que muitas vezes os médicos de UTIs se recusam a realizar o procedimento, que, a seu ver, por ser invasivo e não-isento de complicações, deveria ser realizado por médicos. Questiona ainda de quem seria a responsabilidade em caso de complicações.

Avaliando a literatura conselhal sobre o tema, encontramos apenas uma consulta que resultou na Resolução CFM nº 1.582/99, que trata de cateterização arterial e venosa profunda.

A consulta, cujo interessado é o próprio CFM, é redigida pelo conselheiro José Abelardo Garcia de Meneses e trata da interface entre a Medicina e a enfermagem, no que se refere a punção de veias centrais. No corpo do parecer, o relator fala das indicações, contra-indicações e complicações do procedimento. A resolução no seu Artigo 1º diz:

O procedimento de introdução de cateter intravascular arterial e venoso profundo é privativo de médico e não pode ser delegado a outros profissionais.

A presente consulta, entretanto, trata de punção para coleta de sangue arterial e que é feita em artérias periféricas, preferencialmente a radial e secundariamente a femural. Diante destas diferenças, consideramos do parecer já referido as contra-indicações para o procedimento, pois algumas são iguais: a presença de infecção no local da cirurgia e o paciente portador de distúrbio de coagulação. As indicações e as complicações são diversas, sendo que as últimas são relacionadas a complicações pulmonares e miocárdicas do procedimento invasivo.

As complicações da punção arterial periférica são principalmente o sangramento local, especialmente o hematoma, não sendo descritas geralmente complicações mais graves.

Cabe, portanto, ao médico que solicitou o exame e, em caso de unidades fechadas, ao médico plantonista a avaliação do risco benefício do exame, considerando as contra-indicações para o mesmo.

Ao bioquímico ou técnico de laboratório cabe a capacitação para realizar o procedimento e a avaliação das condições técnicas para a realização da punção, solicitando o apoio do médico em casos em que o procedimento possa ser mais difícil, caso dos pacientes que já se submeteram a várias punções arteriais periféricas, em que as condições anatômicas possam estar alteradas, até mesmo por hematomas.

Quanto à responsabilidade diante das complicações deverão ser avaliadas caso a caso, pois tanto pode ser do médico, que não avaliou as contra-indicações, como do laboratório, que não treinou adequadamente o seu funcionário, quanto do próprio profissional que executou o ato, caso realize o procedimento num paciente em que as condições técnicas não eram adequadas, caracterizando, assim, uma imprudência.

CONCLUSÃO

A punção arterial para coleta de sangue para estudo de gases arteriais, a hemogasometria, não constitui um procedimento privativo do médico, podendo ser realizado por bioquímicos ou técnicos de laboratório, capacitados, em ambiente hospitalar e preferencialmente sob a supervisão de um médico.

É O PARECER, SMJ.

APROVADO EM 5/9/2000.

PARECER 47/06

Assunto: Prescrição de medicamentos por enfermeiros.

Relator: Cons. Marco Aurélio de Miranda Ferreira.

Ementa: Programas de saúde não podem permitir aos profissionais de enfermagem que prescrevam medicamentos, salvo naquelas condições previstas em lei, nas quais está incluída a supervisão do médico responsável.

DO PARECER:

A consulta é formulada através do responsável técnico de uma farmácia básica de uma prefeitura municipal na qual informa que aquela Secretaria de Saúde implantara a consulta de enfermagem e, em função disto, interrogava se podem os senhores enfermeiros prescrever medicamentos para dispensação naquela farmácia básica.

O assunto vem merecendo análise exaustiva pelos diversos órgãos regulamentadores da assistência à saúde. O Decreto nº 94.406/87, dispondo sobre o exercício da enfermagem, estabelece em seu Art. 8º, alínea II, item C, que cabe ao enfermeiro, dentre outros, prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde desde que seja integrante de uma equipe de saúde. Deduz-se que enfermeiros não podem ser autorizados a prescrever medicamentos sem que se estabeleça sua inserção em equipe dedicada a Programa de Saúde da Família, Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância ou similares que contém com a participação de médicos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, dentre outros profissionais envolvidos.

Em parecer sobre o tema (Parecer Cremeb nº 25/02), o Cons. José Abelardo Garcia de Meneses demonstra que a atuação de tais grupos, a partir de 1994, traduz uma estratégia que, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, tem colaborado significativamente para a obtenção de resultados positivos, especialmente quando se trata de idosos, crianças e gestantes, reduzindo-se os índices de mortalidade infantil e materno-fetal, além da redução da procura dos hospitais das redes pública e conveniada ao SUS, de tal forma que a formação destas equipes de assistência vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Unicef.

No âmbito do Conselho Federal de Medicina, encontramos o Parecer nº 30/96 que orienta: “Atos que visem ao diagnóstico, prognóstico ou terapêutica só podem ser praticados por médicos ou executados por outros profissionais quando prescritos e ou supervisionados por médico. Toda equipe de saúde deve ser chefiada por médico.” Encontramos ainda o Parecer CFM nº 23/99 que prevê: “A solicitação de exames de rotina e complementares constitui-se um ato médico. Ao enfermeiro

competete tão-somente transcrever as prescrições médicas e solicitações de exames complementares contidos nos programas de saúde pública do Ministério da Saúde e nas rotinas aprovadas pela instituição de saúde”

Firmamos, assim, o entendimento de que a enfermagem, embora profissão da área de saúde, deve trabalhar sob a coordenação de médico responsável pelo diagnóstico e tratamento do paciente, não sendo aceitável o exercício de prescrições de enfermagem em condições outras que não aquelas estabelecidas em lei.

É O PARECER.

APROVADO EM 21/11/2006.

PARECER 14/07

Assunto: Competência para realizar punção lombar em adultos, crianças e recém-nascidos.

Relator: Cons. José de Souza Neto.

Ementa: A punção lombar é um ato médico que pode ser realizado por qualquer profissional médico, independentemente de sua especialidade, desde que domine sua técnica, não sendo privativo de nenhuma especialidade médica. É recomendável o domínio de sua técnica principalmente por médicos que trabalhem em serviços de urgência e ou emergência.

DA CONSULTA:

Em agosto de 2005, o consulente encaminha fax ao Cremeb com o seguinte teor: “O hospital onde é diretor tem como plantonista diariamente um cirurgião, um obstetra, e um clínico, ficando o anestesista de sobreaviso. Gostaria de saber a quem de direito compete a realização de punção lombar para diagnóstico de meningite (quer em crianças, em RN e em adultos) dentro do quadro de médicos plantonistas.”

DA PUNÇÃO LOMBAR:

Em maio de 1891, Walter Essex Winter, médico registrado no Middlesex Hospital, em Londres, relatou o caso de quatro crianças que foram submetidas ao exame do líquido. Em duas delas, na pele e na teca foram incisadas entre L1 e L2 e nas outras foram retiradas as lâminas posteriores da vértebra e inserido um tubo de drenagem para remover líquido, por serem elas portadoras de meningite tuberculosa.

Em dezembro de 1890, o Dr Heinrich Quincke realizou a primeira punção transcutânea em uma criança que se achava febril e em coma. A criança recuperou-se completamente.

A punção lombar é um ato médico, podendo ser usada como via de acesso aos espaços peridural e subaracnóideo, com as finalidades de diagnóstico ou terapêutica. Os anestesistas usam esta via para a introdução de fármacos anestésicos. Os neurologistas e infectologistas, assim como médicos que trabalham na análise do líquido, usam esta via para diagnóstico e introdução de fármacos necessários ao tratamento de processos inflamatórios e ou infecciosos do SNC. Embora mais usado pelos médicos das especialidades citadas, tratando-se de um ato médico qualquer profissional treinado pode realizá-lo, por não ser ato privativo de nenhuma especialidade médica. Este procedimento, por ser um ato médico de pouca complexidade, deve ser ensinado durante a formação médica, uma vez que o exame do líquido é de suma importância para aqueles que trabalham em serviços de urgência. Principalmente no interior, onde não se dispõe de serviço de liquorologia, os profissionais devem estar treinados nesta prática simples, mas de grande valor no diagnóstico diferencial das doenças infecciosa e inflamatória do líquido.

Devido a constantes queixas de complicações pós-punção lombar, como cefaléia por baixa pressão do líquido, a Academia Brasileira de Neurologia publicou normas de cuidados para a realização da punção lombar, assim como termo de consentimento esclarecido para o conhecimento dos paciente que a ela se submeterão (em anexo).

DO PARECER:

A punção lombar pode ser realizada por qualquer profissional médico que domine a técnica, não sendo privativa de nenhuma especialidade médica. Assim, todos os médicos que trabalhem em serviços de emergência ou urgência, que não dispõem de serviços de líquido, devem ter intimidade com sua realização, diagnosticando precocemente quadros de meningite e podendo intervir de pronto não deixando que se agravem.

A segunda parte da questão onde é feita a referência a quem deve obrigatoriamente realizar a punção, entendemos que pode ser realizada por qualquer profissional devidamente treinado e que domine a técnica independentemente da sua especialidade.

O fato de existir na equipe do hospital ao qual se refere o consulente um anestesista, isto não o obriga como o único profissional a realizar todas as punções diagnósticas. Recomendamos aos outros profissionais que compõem a equipe de urgência que treinem a técnica para a realização do exame. O anestesista, que faz mais uso da punção lombar como ato inerente a sua especialidade, poderá ajudar nos casos mais difíceis, como a punção em obesos e portadores de desvios acentuados da coluna.

O diretor técnico do hospital deve empenhar-se no treinamento de profissionais para a realização de punção lombar dentre os componentes do Corpo Clínico do hospital.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 16/3/2007.

CARTÃO DE DESCONTO

PARECER 13/07

Assunto: Cartão desconto.

Relator: Cons. José Márcio Villaça Maia Gomes.

Ementa: A intermediação na prestação de serviços médicos que concede, exclusivamente aos membros credenciados, direito ao pagamento dos atendimentos por uma tabela pre-estabelecida, simula na verdade o chamado cartão desconto, vedado pela Resolução CFM nº 1.649/02.

PARECER

O presente expediente consulta visa receber informações acerca da eticidade do sistema adotado por grupo de empresas tomadoras de serviços médicos.

O interessado, entidade empresarial de âmbito nacional, traça como objetivos principais da sua atuação:

- a) **Aumentar o número de clientes nos serviços médicos credenciados;**
- b) **Facilitar o acesso da população aos seus serviços médicos;**
- c) **Facilitar o desenvolvimento empresarial do setor, permitindo firmar presença e participação mais ativa dentro da sociedade, visando valorizar a saúde e a qualidade de vida através da prevenção, da cura pelo Sistema de Autoprograma de Saúde;**
- d) **Participar e representar ativamente seus associados junto à sociedade, aos órgãos governamentais e políticos, nacionais ou internacionais, seguradoras de saúde, classe médica, visando defender, divulgar e aperfeiçoar os interesses do setor;**
- e) **Permitir a adoção de conceitos, normas e comportamentos para o desenvolvimento de um trabalho adequado na área de saúde preventiva;**
- f) **Orientar as empresas associadas de acordo com as suas especificações, respeitando suas práticas, tradição e credibilidade comprovadas perante seus usuários;**
- g) **Atuar judicial e extrajudicialmente em todo território nacional em ações coletivas dos membros ativos da associação, bem como defendê-las nas contrárias;**
- h) **Fixar princípios éticos para a categoria; criar normas de auto-regulamentação e promover e estimular intercâmbios e convênios com entidades congêneres do País e do exterior.**

Conclui ser a referida associação “um grupo de empresas sediadas em 12 estados no Brasil, **atuantes como empresas tomadoras de serviços médicos**, aumenta a oferta de clientes nos consultórios, clínicas, laboratórios, hospitais e **oferece aos consumidores um sistema alternativo de atendimento à saúde**” e indaga:

“Utilizando o princípio básico deste sistema, sendo que o pagamento é efetuado direto do usuário ao prestador de serviços, em valores referenciados na tabela CBHPM e AMB,

conforme exposto acima, estas empresas ferem o Código de Ética Médica?”

Cabe analisar detidamente os objetivos postos. No item “a”, o consulente coloca como objetivo **aumentar o número de clientes nos serviços médicos credenciados.**

Este objetivo revela, ainda que não-explicitamente, a mercantilização da Medicina, conduta reprovável do ponto de vista ético, por contrariar o princípio do Art. 9º do CEM, que prevê: ***“A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio”.***

Adotar mecanismos exclusivamente para aumentar a clientela demonstra preocupação direta com lucro e não a prestação de serviço de saúde de qualidade. Dentre os meios propostos, esta a prática do chamado “cartão desconto”, tendo a associação em tela como intermediadora para a implantação de um sistema no qual ***“o pagamento é efetuado direto do usuário ao prestador de serviços, em valores referenciados na tabela CBHPM e AMB”.***

Os sistemas de descontos não são planos de assistência à saúde e são vendidos por empresas que não se responsabilizam pelos serviços oferecidos, tampouco pelo pagamento de despesas ou pelo valor que será efetivamente cobrado ao consumidor.

A Resolução CFM nº 1.649/02 considera antiética a participação de médicos como proprietários, sócios, dirigentes ou consultores dos chamados cartões descontos, ***ficando proibida a inscrição destes cartões de descontos no cadastro de pessoa jurídica dos conselhos regionais de Medicina***, sendo considerada ainda infração ética a comprovada associação ou referenciamento de médicos a qualquer empresa que ***faça publicidade de descontos sobre honorários médicos.***

Este Regional tem entendimento pacífico no sentido de que a Medicina não se rege pelas leis do comércio, nas quais a competição exige que o comerciante venda seu produto pelo menor preço como forma de conquistar o mercado. Enquanto as leis de mercado são regidas pela busca de lucro, o exercício da Medicina deve-se basear, acima de tudo, na proteção da vida e saúde dos pacientes, respeitando a integridade e dignidade da pessoa humana.

Importante salientar que o médico, ao contrário do comerciante, não pode, eticamente, oferecer seu trabalho com base no preço. O máximo que se admite ao médico, como divulgação, é que publique ***sua qualificação profissional, devendo sempre oferecer seu serviço baseado nesta qualificação e jamais pelo menor preço. Logo, pode se entender que a oferta pública de descontos sobre honorários médicos é considerada falta ética.***

Outro ponto que merece atenção é o item “h”, que afirma ser objetivo da associação ***“fixar princípios éticos para a categoria”.***

A fixação de princípios éticos no exercício das profissões cabe aos seus respectivos conselhos de Fiscalização, e no caso da Medicina é função institucional os conselhos federais e Regional de Medicina, que são órgãos supervisores da ética profissional e, ao

mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Logo, **conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem** é atribuição dos conselhos, não sendo da competência da associação a fixação de princípios éticos para a categoria.

Assim sendo, são os conselhos de Medicina os únicos legitimados a fixar princípios éticos, cabendo aos médicos e às instituições de saúde o bom cumprimento das determinações deles emanadas, seguindo aos princípios estabelecidos no Código de Ética Médica e em outras resoluções complementares, que vistas conjuntamente formam um verdadeiro sistema de normas e princípios ético-médicos.

Indiscutivelmente, pode-se concluir que a intermediação na prestação de serviços médicos que concede, exclusivamente aos membros credenciados, direito ao pagamento dos atendimentos por uma tabela preestabelecida, simula na verdade o chamado, cartão desconto, vedado pela Resolução CFM nº 1.649/02.

É O PARECER.

APROVADO EM 30/1/2007.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

PARECER 46/06

Assunto: Responsabilidade do Estado e central de regulação em transferência de pacientes para maternidade de referência.

Relator: Cons. Antonio Luiz Penna Costa.

Ementa: É de responsabilidade da Central Estadual de Regulação a viabilização de leitos e transferências inter-hospitalares no sistema único de saúde.

Ao médico assistente cabe dedicar todos os esforços em benefício do paciente sob seus cuidados, sem jamais abandoná-lo.

PARECER:

Trata este expediente sobre consulta de uma médica a respeito da responsabilidade do Estado e da Central de Regulação na transferência de pacientes.

Na verdade, numa mesma missiva são feitas várias perguntas e, por isso, didaticamente serão respondidas separadamente.

PERGUNTA Nº 1 – “Qual a responsabilidade do Estado e da Central de Regulação na transferência de paciente grave de maternidade de atendimento básico para maternidade de referência?”

RESPOSTA – A responsabilidade do Estado é disponibilizar todos os meios para que o atendimento médico seja realizado. À Central Estadual de Regulação cabe gerenciar as vagas disponíveis na rede SUS, responsabilizando-se pelas transferências inter-hospitalares e direcionamento para os leitos disponíveis na supracitada rede. Assim tem tentado funcionar este sistema desde 2003, ano da criação da Central Estadual de Regulação. Entretanto, é inegável que, na Bahia, a carência de leitos é extrema e que, não raro, deparamo-nos com situação de súbita inviabilização de transferências de pacientes entre as unidades de saúde em seus vários níveis de complexidade.

PERGUNTA Nº 2 – “Quando a resposta é dada via telefone que não tem vaga e que permaneça na unidade, sem a infra-estrutura adequada, sem a devida atenção no que possa vir a acontecer com a paciente? O que deve ser feito pelo plantonista da unidade básica? De quem é a responsabilidade maior? Como proceder?”

RESPOSTA – Indubitavelmente, a responsabilidade de providenciar um leito em unidade adequada, no modelo adotado em nosso estado é da Central Estadual de Regulação, como definido nas portarias 814/01-MS, 2.048/02 e 365/SAS-MS específicas sobre regulação estadual nas urgências e emergências e regulação obstétrica respectivamente. Porém, sob hipótese alguma poderá o médico afastar-se de suas obrigações para com o paciente, devendo lançar mão de todos os recursos disponíveis ao seu alcance em benefício de quem precise de seus cuidados, devendo registrar em prontuário todas as ocorrências importantes que impliquem no não-cumprimento das normas relacionadas ao caso, inclusive quando as informações forem fornecidas por telefone.

Atitudes intempestivas e desesperadas, como transferências em condições fora do padrão de segurança, sem o devido acompanhamento, sem que a unidade de referência esteja devidamente notificada, ciente e apta para receber o paciente, são inadequadas, como determinam as Resoluções CFM nº 1.671/03 e nº 1.672/03.

Resolução CFM nº 1.671/03

Art. 1º - Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com conseqüente terapêutica.

Art. 2º - Que todo serviço de atendimento pré-hospitalar deverá ter um responsável técnico médico, com registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

Resolução CFM nº 1.672/03

Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

(...)

- II- Pacientes com risco à 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 necessária 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.

Art. 2º - Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas.

Qualquer outra medida que exponha o paciente a um risco maior do que a assistência no local onde estava ou condená-lo ao abandono, mesmo em unidade primária sem condições ideais, como forma de rendição do profissional médico diante de um sistema muitas vezes perverso, constitui gravíssima e inadmissível falha ética.

Concluindo, em que pese a sensação de impotência, angústia e indignação que situações como estas nos trazem, infelizmente mais comuns do que desejamos em nosso cotidiano, devemos sempre manter-nos solidários aos nossos pacientes e fiéis aos princípios éticos que norteiam a nossa profissão.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 10/11/2006.

CLÍNICA CIRÚRGICA

PARECER 45/05

Assunto: Divulgação e realização de procedimentos de cirurgia plástica por otorrino.

Relator: Cons. Marco Aurélio Miranda Ferreira.

Ementa: A cirurgia crânio-maxilo-facial é área de atuação compartilhada pelos cirurgiões plásticos, otorrinolaringologistas e cirurgiões de cabeça e pescoço o que permite às três especialidades aí atuarem profissionalmente.

PARECER:

Médicos, cirurgiões plásticos encaminham consulta a este Creneb sobre a possibilidade ética de especialistas em otorrinolaringologia promoverem procedimentos de cirurgia plástica em cidade próxima a Salvador, divulgando cursos com técnicas clássicas desta especialidade.

Anexam à consulta cópias de documentos sobre o assunto onde se pode verificar em um deles matéria sobre cirurgia ortognática. Assinada por um odontólogo e por um otorrinolaringologista, não deixa claro qual foi o veículo utilizado para sua divulgação, tece considerações sobre as indicações cirúrgicas e não demonstra qualquer espécie de sensacionalismo. O outro documento traduz-se em um folder emitido por uma clínica de otorrinolaringologia divulgando um curso de blefaroplastia e otoplastia dirigido a médicos residentes, sócios e não-sócios da Sociedade de Otorrinolaringologia, contendo as informações rotineiramente divulgadas nestes casos.

O mérito desta consulta nos remete à Resolução CFM N° 1.634/02, onde se estabelece o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica. Em seu Anexo II, estão elencadas as especialidades reconhecidas nacionalmente, bem como suas respectivas áreas de atuação.

Encontramos ali a cirurgia crânio-maxilo-facial compartilhada como área de atuação de três especialidades, a saber: Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica e Otorrinolaringologia.

Considerando que a citada resolução encontra-se em plena vigência, entendemos que não incidem em infração ética os otorrinolaringologistas citados no teor desta consulta, desde que tenham suas especialidades registradas neste Conselho, exigência fundamental para o anúncio verificado nas publicações supracitadas.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 4/8/2005.

PARECER 48/05

Assunto: Inclusão de sorologias para hepatite B, hepatite C, HIV e HTLV em exames pré-operatórios.

Relatora: Consa. Ceuci de Lima Xavier Nunes

Ementa: A utilização das normas de PRECAUÇÕES UNIVERSAIS constitui-se a melhor forma de proteção dos profissionais de saúde e não o conhecimento prévio de ser o paciente portador ou não de infecções. A inclusão de sorologias para hepatite B, hepatite C, HIV e HTLV em exames pré-operatórios não pode ser compulsória, podendo ser solicitada pelo médico assistente, caso haja respaldo clínico, com o consentimento do paciente.

PARTE EXPOSITIVA:

Diretor técnico de instituição de saúde socialista ao Cremeb informar se a inclusão de sorologia para hepatite B, hepatite C, HIV e HTLV, nos exames pré-operatórios de pacientes traumatológico-ortopédicos é um ato antiético.

Esta discussão há mais de uma década é travada no âmbito dos conselhos regionais de Medicina, especialmente referentes a testagem compulsória para HIV (Resolução CFM 1.665/03, Parecer Cremeb 06/99). Não existe nenhum documento referente à testagem para HTLV, VHC e VHB, ainda que entendemos que a discussão inclui estas e outras doenças infecto-contagiosas.

A inclusão de testagem sorológica para as doenças infecto-contagiosas citadas deve ter algum objetivo que não foi explicitado na consulta.

Certamente não envolve um objetivo de pesquisa, e se assim o fosse haveria a necessidade de aprovação prévia do projeto por uma Comissão de Ética em Pesquisa.

O benefício do paciente também não parece o objetivo, já que se trata de pacientes em pré-operatório de cirurgia ortopédica. Caso o médico assistente tivesse uma base clínica para solicitação dos exames, no caso do HIV, haveria necessidade de consentimento prévio do paciente, uma vez que é vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, conforme preceitua a Resolução CFM 1.665/03.

Não fica claro também na consulta qual a atitude que seria tomada com os pacientes que, porventura, tivessem algumas destas sorologias positivas. Caso estes resultados viessem a servir para o não-internamento hospitalar ou suspensão do procedimento cirúrgico, estaria o médico responsável infringindo o Artigo 47 do Código de Ética Médica (CEM), que veda ao médico discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto, além da já citada Resolução CFM 1.665/2003.

Por outro lado, se o intuito do diretor técnico da instituição for o de não expor o seu corpo de cirurgiões a riscos para aquisição dos vírus B e C da hepatite, HIV e HTLV, lembramos que, em todas as instituições de saúde, o diretor técnico é o responsável por fornecer condições adequadas para o exercício ético da Medicina, incluindo aí o acesso a meios de proteção individual e coletiva, assim como a exigência a sua utilização, de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Estas normas visam proteger o médico, a equipe de saúde e o paciente de possível aquisição de infecções dentro do ambiente hospitalar e estão relacionadas ao tipo de procedimento a ser realizado e os seus respectivos riscos, e não a determinados pacientes, portadores de doenças infecciosas, sendo por isso conhecidas como PRECAUÇÕES UNIVERSAIS.

Dentre medidas de biossegurança, a vacinação para hepatite B deve ser, se não fornecida, pelo menos incentivada a sua utilização pelos médicos e demais profissionais de saúde da instituição.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, sejam quais forem os objetivos para incluir exames sorológicos para hepatite B, hepatite C, HIV e HTLV em pré-operatórios, este procedimento não encontra respaldo técnico ou ético, uma vez que não beneficia ao paciente, ao contrário pode servir para discriminá-lo, e não beneficia o médico e a equipe de saúde, pois o que beneficia estes profissionais é a adoção de medidas para precauções universais, cujo material necessário deve ser provido e exigido o seu uso, pela instituição de saúde.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 8/7/2005.

PARECER 77/05

Assunto: Responsabilidade para assistência de paciente em pós-operatório, mantido na sala de cirurgia.

Relator: Cons. Álvaro Nonato de Souza.

Ementa: Conforme explicitado pela Resolução 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina (CFM), é o anestesista o médico responsável pela assistência ao paciente cirúrgico enquanto durar sua dependência dos cuidados inerentes a esse especialista.

Por meio do ofício 479/04 chegou a este Conselho, encaminhado por hospital público, solicitação de parecer, reproduzido como se segue:

“Considerando que o hospital possui 32 leitos de UTI;

- Considerando que possui sete salas de cirurgias;*
- Considerando que são realizadas uma média de 23 cirurgias por plantão de 24h;*
- Considerando que os plantões médicos são de 12h;*
- Considerando que algumas vezes ao término de uma cirurgia de um paciente grave não se dispõe de vagas, imediatamente em UTI;*
- Considerando que muitas vezes estes pacientes não são entubados após a cirurgia e permanecem na sala em uso de sedação venosa. Sendo a respiração mantida pelo próprio carro de anestesia;*

Considerando-se o acima exposto pergunta-se:

Qual o médico responsável pela assistência a este paciente enquanto o mesmo estiver entubado dentro da sala de cirurgia? ”

PARECER:

A permanência de pacientes entubados e conectados a equipamento de ventilação mecânica nas salas de cirurgia após término de procedimentos cirúrgicos, independentemente da gravidade do caso em questão, representa em última análise o prolongamento do ato desenvolvido pelo médico anestesiológico. Assim sendo, vale mencionar preliminarmente o exposto na Resolução nº 1.363, de 12 de março de 1993, do Conselho Federal de Medicina (CFM), concernente as obrigações deste especialista:

Artigo 2º inciso VI – Todo paciente após a cirurgia deverá ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico.

Artigo 2º inciso VII – Enquanto não estiver disponível a sala de recuperação pós-anestésica, o paciente deverá permanecer na sala de cirurgia até a sua liberação pelo anestesista.

O questionamento do consulente trata de paciente cirúrgico grave e do responsável pela assistência ao final de ato cirúrgico considerando a inexistência de vagas em unidades fechadas. O Artigo 2º inciso VI, conforme mencionado, tem a ver com paciente cirúrgico não necessariamente em condição de gravidade e sua obrigatória transferência para a sala de recuperação pós-anestésica ao final do procedimento. Note-se, entretanto, que o âmago da questão é o mesmo, ou seja, mediante a inexistência de vaga em unidade fechada (CRPA, UTI, Semi-Intensiva, etc.), e necessitando o paciente manter-se conectado ao equipamento de anestesia, a que médico cabe a incumbência de continuar assistindo este paciente? Cuida o consulente, portanto, de cumprir o exposto no inciso VI do Artigo 2º. Contudo, uma vez impedido pela inexistência da vaga apropriada e da conseqüente necessidade de se designar um profissional médico para continuar os cuidados intensivos - indispensáveis ao paciente na situação acima descrita - recorre a este órgão (Creneb) para aconselhamento.

Ocorre que o inciso VII do mesmo artigo claramente define a quem compete esta atribuição: “Enquanto não estiver disponível à sala de recuperação pós-anestésica. ...” (ou unidade de terapia intensiva, ou unidade semi-intensiva) “...o paciente deverá permanecer na sala de cirurgia até sua liberação pelo anestesista”. Parênteses do conselheiro.

Fica claro, portanto, que é o anestesista, o médico a assistir o paciente nas condições apresentadas.

Obviamente, tal decisão poderá gerar a necessidade de mudanças e ou adequação na programação cirúrgica da unidade, bem como reordenamento dos recursos necessários à sua demanda.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO 30/11/2005.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA

PARECER 34/07

Assunto: Dependência química e atendimento em setor de emergência de hospital particular.

Relator: Cons. Domingos Macedo Coutinho.

Ementa: É dever do médico encaminhar os pacientes portadores de dependência química a serviços especializados, não cometendo ilícito ético ao recusar-se a atendê-lo, sobretudo, após esclarecimentos e devidos encaminhamentos aos serviços disponíveis e não tratar-se de casos de emergência.

DA CONSULTA:

O gerente médico de um hospital de Salvador protocolou consulta neste Cremeb solicitando parecer quanto à conduta a ser tomada em relação à determinada paciente, formulando as seguintes considerações, verbis:

“Senhor Presidente,

Estamos enfrentando uma dificuldade no atendimento a uma paciente, F.P.C., 40 anos, em uso crônico de morfina, vindo à Unidade de Emergência deste Hospital por diversas vezes com esta finalidade, somente se satisfazendo com o uso da referida droga, alegando sempre quadro doloroso.

Diante da possível dependência química e da procura equivocada à Unidade de Emergência para tal finalidade, solicitamos orientação de como devemos proceder quanto ao atendimento da mesma, desde que seja para tal finalidade”.

DO PARECER:

Sugerimos que a paciente em questão seja encaminhada ao Caps/AD (instituição composta pela parceria entre Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - Sesab e Ufba), localizado na Av. Tomaz Gonzaga – Pernambués.

O CSPA/AD funciona desde julho de 2004, e procura oferecer assistência tanto ao dependente químico quanto à sua família. O tratamento também é feito ambulatorialmente em nível não-intensivo, e quando acolhido, o paciente passa por uma avaliação baseada em três fatores de análise: o sujeito, a droga e seu contexto.

Uma outra opção seria o Cetad (Centro de Estudos e Tratamento do Abuso de Drogas), que funciona na Rua Pedro Lessa, nº 123, Canela, Telefone: 336-8673/336-3322, e oferece Psicoterapia, Psiquiatria, Atendimento Familiar e Espaço de Convivência – atividades em grupo e atende qualquer pessoa envolvida com uso de drogas, sem restrições de idade.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 14/6/2007.

DIRETOR TÉCNICO E CHEFE DE PLANTÃO

PARECER 22/07

Assunto: Obrigatoriedade do diretor técnico de empresa de gestão se responsabilizar pela direção técnica das instituições de saúde que firmarem contrato com a referida empresa.

Relatora: Consa. Lícia Maria Cavalcanti Silva.

Ementa: Ao profissional médico é permitido assumir a responsabilidade na condição de diretor técnico em no máximo duas instituições prestadoras de serviços médicos, quer sejam públicas ou privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

DA CONSULTA:

Foi protocolada neste Conselho consulta acerca de responsabilidade do diretor técnico. O consultante afirma ser diretor técnico de uma clínica em Salvador e solicita esclarecimentos acerca dos limites da sua responsabilidade, questionando especificamente se a empresa proprietária da clínica, na qual é diretor técnico, fizer contrato de gestão em saúde, estaria ele obrigado a assumir a direção técnica destes serviços.

FUNDAMENTOS:

Inicialmente cabe-nos mencionar a base normativa que regula a obrigatoriedade da existência de diretor técnico em instituições de saúde.

O Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe:

“Artigo 28 – 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 nos termos do regulamento sanitário federal”.

A Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que estabelece o salário mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas, no Art. 15 dispõe que: “Os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei”.

De acordo com a Resolução CFM 1.342/1991, no seu Artigo 1º, “a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil”.

Em seu Artigo 2º aduz:

Art. 2º - São atribuições do diretor técnico:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática

médica, visando ao melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.

A Resolução CFM 1.352/92 afirma:

Art. 1º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

DO PARECER:

Diante de tudo quanto exposto, observamos não ser obrigação do diretor técnico de uma clínica assumir a responsabilidade por outras instituições de saúde, havendo diante da importância das atribuições deste, inclusive, um limite máximo para o exercício da função, que são de dois estabelecimentos de saúde.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 3/5/2007.

PARECER 23/07

Assunto: Requisitos para ocupação dos cargos de Diretor Técnico e Chefe de Plantão.

Relator: Cons. Marco Aurélio de Miranda Ferreira.

Ementa: Os cargos de diretor técnico e chefe de plantão, em qualquer estabelecimento de saúde público ou privado, somente podem ser ocupados por médicos habilitados na forma da lei.

Trata-se de consulta aqui encaminhada por diretores de hospital público buscando esclarecimentos sobre a possibilidade de um odontólogo assumir a chefia de plantão e a Diretoria Médica em instituição hospitalar, uma vez que atualmente já os temos, assim como alguns advogados, ocupando o cargo de diretor geral e considerando que na ausência da Diretoria cabe ao chefe de plantão assumir aqueles encargos.

Inicialmente deve-se esclarecer que Diretoria Médica ou Diretoria Técnica é a designação dada ao cargo daquele profissional que se apresenta como responsável pelo cumprimento das disposições legais e regulamentadoras e está ligado à administração da organização, compondo-a, enquanto que a Diretoria Clínica está dirigida à supervisão da prática médica naqueles estabelecimentos de saúde, cuidando de seu desenvolvimento dentro dos preceitos da ética médica, ficando vinculada à Diretoria Técnica.

Para responder à questão apresentada devemos então apreciar alguns aspectos jurídicos que nos servirão de fundamento.

O Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, vigente, em seu Art. 28 determina:

Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do país, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da Medicina nos termos do regulamento sanitário federal.

Observe-se que neste dispositivo o legislador menciona exclusivamente a figura do Diretor Técnico, determinando-lhe o perfil, exclusivo, de um profissional habilitado ao exercício da Medicina. Nada aqui se refere ao ocupante do cargo de Diretor Geral.

Ratificando aquele decreto, em 15 de dezembro de 1961 foi promulgada a Lei nº 3.999 que, em seu Art. 15 estabelece:

Os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos devidamente habilitados na forma da lei.

Outro aspecto que merece ser citado faz referência ao Decreto 44.045/58 estabelecendo que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a

ação disciplinar e fiscalizadora dos conselhos de Medicina, os quais, através da Resolução CFM 997/80, estabelecem que o Diretor Técnico terá obrigatoriamente sob sua supervisão a coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

O cargo de chefe de plantão guarda íntima relação com aquele de diretor técnico, não apenas por ser seu ocupante o substituto nas ausências eventuais do último como também por estar aos seus cuidados a adoção de medidas técnicas ligadas ao atendimento dos pacientes durante os plantões, fatores estes para os quais o profissional de odontologia não foi preparado durante o período da sua graduação nem após ele.

Outros cargos administrativos, como o de Diretor Geral, não implicam no exercício da Medicina nem se exigem conhecimentos médicos para o profissional que venha a ocupá-lo, o que o torna disponível para outros profissionais conforme venha a ser decidido pela administração da instituição de saúde.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 3/5/2007.

DOENÇA TERMINAL

PARECER 28/04

Assunto: Invalidez por doença. Doença terminal.

Relatora: Consa. Lara de Araújo Torreão.

Ementa: Paciente terminal é aquele que evolui inexoravelmente para a morte, independentemente das medidas terapêuticas empregadas. Neste momento, o tratamento visa buscar o conforto e o bem-estar, evitando a distúrsia, ou seja, o prolongamento artificial da vida. Invalidez por doença é a incapacidade laborativa total, permanente, e via de regra oniprofissional, o que implica na impossibilidade de uma readaptação/reabilitação para outra função ou atividade.

O médico envia correspondência ao CRM solicitando que se conceitue os termos invalidez por doença, doente terminal e se existe codificada na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) o título Doença Terminal.

DOENTE TERMINAL:

O conceito de paciente terminal é relativamente novo na história da humanidade. Surge como consequência do avanço tecnológico e científico. Incontáveis foram os benefícios decorrentes da medicina intensiva com a melhoria das terapias de suporte das insuficiências orgânicas. Em consequência, ante a eficiência das novas modalidades diagnósticas e terapêuticas, houve um aumento inequívoco no tempo médio de vida e diminuição da mortalidade. Paralelamente houve um crescente número de doenças crônicas e de pacientes terminais.

O conceito de paciente terminal na literatura é vago e pouco objetivo.

Piva, intensivista pediátrico, define como paciente terminal, “aquele que se encontra em um estágio de doença que evoluirá inexoravelmente para o óbito, independente dos esforços a serem empregados. Enfim, o paciente não mais pode ser salvo e está em processo de morte inevitável”. (PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R.A.; Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética v.1, n.2, p.129-38, 1993.)

APROVADO EM 16/9/2004.

PARECER 07/07**Assunto:** Assistência a paciente terminal.**Relator:** Cons. Bernardo Fernando Vianna Pereira.

Ementa: A interrupção de um tratamento que já não está sendo benéfico não equivale ao de uma morte propositadamente imposta, mas de uma remoção de obstáculo artificial que impede o processo natural da morte. Quanto à responsabilidade jurídica, uma vez respeitado os direitos do paciente e dos familiares, além dos cuidados básicos indispensáveis, certamente que não ocorrerá demanda jurídica, uma vez que a justiça se faz necessária quando as pessoas não a querem ou não a praticam.

O Parecer Consulta solicitado pelo consulente versa sobre “a responsabilidade ética e jurídica do profissional médico na seguinte situação: na assistência de um paciente terminal, sob cuidados paliativos, não oferecer tratamento para condições reversíveis intervenientes, não diretamente relacionados ao problema de base”.

Entendo que a consulta estaria direcionada concretamente ao questionamento: “Até quando prolongar, com meios extraordinários, a vida do paciente terminal”.

O princípio que fundamenta tal interrogação baseia-se na obrigatoriedade (na Medicina ocidental e curativa) de usar meios ordinários ao alcance dos médicos para promoverem a saúde e a vida dos pacientes. Pio XII já havia explicitado: “Ser lícito em certos casos, mas não obrigatório, apelar para uso de meios extraordinários, principalmente quando esses meios representam um ônus excessivo para as pessoas, seja em termos de sofrimento, seja em termos financeiros”.

No que se refere aos últimos momentos da vida, o progresso da Medicina tem-se mostrado muitas vezes ambivalentes. Quando da aproximação da morte, hoje utilizam-se meios de prolongar a vida. Muitas vezes, não se trata tanto de “acrescentar”, uma verdadeira vida aos dias do paciente, mas antes acrescentar dias dolorosos ao processo de morrer.

O essencial da Medicina é restabelecer a saúde e minimizar o sofrimento, quando se aproxima a niveladora de todos nós. Entretanto, há sempre manifesta divinização da medicina, imbuída de tal ideologia de que seu maior objetivo é o de combater a morte e prolongar a vida tanto quanto tecnicamente possível. A maioria das vezes prolonga-se o sofrimento, não dando ao moribundo o direito a sua própria morte.

Desmitificar esta ideologia dos profissionais médicos talvez seja uma das tarefas mais urgentes da ética médica.

Quando se inicia um tratamento cuja expectativa extrapola a esperança de recuperação, é importante levar em conta o ônus do tratamento não só para o paciente, mas para os parentes, pessoas ou instituições responsáveis pelo bem-estar do paciente,

sendo que o primeiro ônus a ser considerado é o sofrimento. A intervenção proposta traz sofrimento? E, se traz, qual o benefício e a que tempo? Aqui avalia-se também o envolvimento - em relação ao sofrimento - do doente, dos familiares, dos amigos e dos responsáveis pelos cuidados e acompanhamento. É difícil falar de sofrimento de paciente em estado vegetativo pelo grau de inconsciência, porém tem sentido falar dos sofrimentos dos familiares, que estão obrigados a acompanhar o paciente até o último alento. Então levanta-se legitimamente a pergunta: - Qual o benefício para o paciente que é vítima desse sofrimento? Outro questionamento a considerar é o ônus financeiro para a família, para os planos de saúde, para os cofres públicos e para a instituição que o acolhe?

Novamente levanta-se a pergunta sobre a obrigatoriedade de investir financeiramente num ou vários procedimentos se a eficácia ou o benefício não foi atingido; se deve levar em consideração os procedimentos propostos e o que se faz normalmente nestas circunstâncias? Ou se é algo extraordinário, e igualmente se o esforço envolvido para o paciente, a equipe médica e a família é proporcional aos resultados que se possam esperar. É mais fácil a justificativa do atendimento básico dos profissionais, bem como da enfermagem e da nutrição ou da hidratação oral. Difícil é a justificação do ônus que envolve procedimentos invasivos, tais como atos cirúrgicos, quando falta a clareza sobre a eficácia e o benefício trazido ao paciente.

A resposta a esta consulta, de início, não se propõe aclarar diretamente as indagações éticas para o caso, porém deixar aos colegas médicos envolvidos e aos companheiros da comissão de ética a tarefa de aprofundar o tema de uma terapêutica "inútil", no sentido não da eficácia, benefício ou onerosidade, mas procurando situar o uso destes critérios no contexto da discussão sobre o sentido que tem a vida e a morte do ser humano e sobre como integrar a ciência e a técnica no processo de despedida de uma vida que está chegando ao seu fim natural.

O último Código de Ética Médica, 1988, já questiona sobre o autoritarismo do médico diante da dor e do sofrimento do paciente, e propõe um estilo mais participativo, de uma verdade de troca de participação. Cabe ao médico esclarecer ao paciente ou familiares sobre a realidade da situação e sobre as várias opções de terapia disponível, sejam curativas, sejam paliativas, e, à luz destes esclarecimentos, os dois tomarem em comum as decisões terapêuticas necessárias. Assim a autonomia de ambas as partes é respeitada e a dignidade da pessoa ou dos familiares estarão a salvo do processo de despedir-se da vida.

A dificuldade ética que sempre se apresenta com o paciente terminal é que as decisões têm de ser tomadas por pessoas agindo em nome do paciente, e a dificuldade ética é de determinar quais as intervenções que realmente beneficiam os envolvidos nesta situação e quais os procedimentos que podem ser interrompidos e descontinuados. Nos casos difíceis, três critérios devem ser considerados: eficácia, benefício e onerosidade; e os três têm momentos definidos:

- a) quando se toma a decisão de iniciar um procedimento?
- b) quando se deve mantê-lo?
- c) quando se chega à conclusão de que esta na hora de descontinuí-lo ?

A eficácia pressupõe clareza sobre sua finalidade. Precisa saber se funciona ou não; como funciona; como cura e como alivia as dores.

No momento de iniciar um procedimento exige que se saiba com clareza qual a finalidade da intervenção. Se a finalidade for curar, sua eficácia vai depender da possibilidade concreta deste procedimento alcançar tal fim. Todavia, se o quadro clínico demonstra claramente que a pessoa está além de qualquer possibilidade de cura, uma intervenção com finalidade curativa seria ineficaz, e, portanto não seria apropriada ao caso.

Se a finalidade não for curar, o critério de eficácia entra em jogo para determinar se um procedimento específico a ser iniciado será capaz de alcançar esta finalidade.

O mesmo raciocínio deve ser aplicado ao critério da eficácia na decisão de manter ou descontinuar uma terapia. Se for curativo, tem sentido mantê-lo enquanto há esperança de cura. Quando não há perspectiva de cura, não tem sentido manter o procedimento.

Do mesmo modo, a questão do benefício, tanto para o paciente em fase terminal ou em estado vegetativo permanente com múltiplas complicações, como o citado caso. Enquanto há esperança de cura, o bom senso parece indicar que iniciar e manter uma terapia curativa pode ser um benefício para o doente. Quando essa esperança desaparece e apenas os efeitos colaterais permanecem, é difícil argumentar que há benefício em manter o tratamento. Não somente cessa a obrigação de manter tal tratamento, mas também surge a obrigação de interrompê-lo.

Um fator que aumenta no presente caso de múltiplas complicações é o fato de que algumas delas podem ser curadas e outras não. Será que é benefício para um moribundo uma série de procedimentos invasivos ou mesmo ato cirúrgico para corrigir determinados distúrbios sabendo-se que há poucas chances de sobrevivência por causa de outras complicações não-tratáveis?

Por fim, a onerosidade.

O princípio básico aqui é o de que, para cada paciente, há uma obrigação de usar os meios ordinários ao seu alcance para promover a saúde. Embora a onerosidade não seja, nem pode ser, o único critério, mas ela tem um peso importante na decisão do tratamento e dos cuidados do paciente terminal em estado vegetativo permanente.

Devemos lembrar que tem sido bastante comum o abuso freqüente na compreensão do que seja tratamento “útil” e introjetar a avaliação de qualidade de vida do observador nos julgamentos, especialmente com doentes terminais, que não podem expressar sua própria vontade.

Fora da compaixão, insiste-se em que não se deveria tratar, uma vez que não existe perspectiva de uma boa qualidade de vida. Este é um risco que pode estar relacionado com pacientes portadores de desequilíbrio metabólico importante e pacientes em estado vegetativo permanente.

O caso em questão não afasta a tentação deste julgamento, uma vez superadas todas as dificuldades momentâneas. Entretanto, não há de se esquecer que os cuidados e a manutenção básica do paciente devem ser rigorosamente preservados.

A decisão de interromper um tratamento não-benéfico – que apenas prolongaria o processo da morte e causaria um sofrimento desproporcional – não significa, na verdade, que o médico abandonou o paciente. Quem exerce a profissão médica não tem somente o dever de salvar a vida e prolongá-la, tem também o dever de cuidar daqueles cuja vida não pode ser salva.

O mérito deve ser reconhecido ao Movimento dos Tratamentos Paliativos, lembrando que o “doente é uma pessoa e o moribundo um ser vivente”. Portanto, trata-se de aliviar o sofrimento de uma pessoa que está chegando ao fim da vida, ficar atento à escuta de suas necessidades, respeitar o tempo que lhe resta para viver, sem encurtá-lo ou prolongá-lo.

É exatamente nesse específico momento, quando constatamos o nosso sentimento de impotência, que devemos assumir a nossa mais verdadeira humildade, uma vez que não podemos grandes coisas diante do sofrimento do moribundo, principalmente diante da morte que se aproxima. Para isso, não será necessário qualquer atitude miraculosa ou de terapêuticas especiais, mas optar por uma terapêutica de manutenção, com a consciência de estar oferecendo o melhor, numa necessária e última homenagem àqueles que se despedem.

Para satisfazer às exigências da justiça, é necessário esforçar-se para que, respeitando os direitos dos pacientes e familiares e mantendo os cuidados básicos indispensáveis, se eliminem as incompreensões e os contornáveis desentendimentos, sendo de boa prática sempre buscar transmitir-lhes a competência, a preocupação, a atenção pessoal e profissional.

Uma vez respeitados esses direitos, certamente não haverá demanda jurídica a ser travada no futuro, porque a justiça só se faz necessária quando os homens não a querem ou não a praticam.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 17/2/2004.

ESPECIALIDADE MÉDICA

PARECER 27/00

Assunto: Solicita esclarecimentos a respeito de título de especialista.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Especialidade médica. Anúncio de especialidade. Certificado de conclusão de curso.

A especialização médica é uma forma de concentração do conhecimento científico, visando assegurar ao paciente otimização em seu atendimento.

Não há impedimento ético e legal para o exercício da medicina lato sensu, àqueles que não são titulados como especialistas.

O médico só pode anunciar especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e para a qual esteja qualificado perante o Conselho Regional.

EXPOSIÇÃO:

É encaminhada consulta ao Cremeb sobre qualificação de especialista na área de Citopatologia Ginecológica, in verbis: “Com a finalidade de dirimir algumas dúvidas, solicitamos parecer sobre até que ponto o curso, cuja cópia do certificado aqui anexamos, qualifica o seu concluinte como especialista em Citopatologia Ginecológica.”

Anexo à consulta encontra-se Certificado de conclusão do 1º Curso Básico de Citopatologia Ginecológica, emitido pelo Capítulo Baiano da Sociedade Brasileira de Citopatologia. Da cópia do certificado pode-se compreender que o curso, realizado entre janeiro e dezembro de 1999, abrangeu 19 temas, cumpridos em carga horária de 800 horas concluído com avaliação final através de prova.

PARECER**DA LEGISLAÇÃO:**

A Lei n.º 3.268/57, em seu Artigo 18, determina:

Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habilitará ao exercício da Medicina em todo o País.

Há ainda dispositivo anterior que disciplina a matéria, publicidade médica.

Decreto-Lei n.º 4.113/42

Art. 1º - É proibido aos médicos anunciar:

(...)

III – exercício de mais de duas especialidades, sendo facultada a enumeração de doenças, órgãos ou sistemas compreendidos na especialização;

(...)

V – especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas;

Identicamente, a Resolução CFM n.º 788/77 determina aos conselhos regionais de Medicina “que em todos os casos, verificada a existência de publicidade de organização ou pessoa jurídica, sem obedecer às resoluções do Conselho Federal de Medicina e a legislação em vigor, seja instaurado processo ético-profissional contra o respectivo diretor-médico e principal responsável.”

No mesmo esteio, o Código de Ética Médica e a Resolução CFM n.º 1.036/80, regulando especificamente a matéria em tela, adotam o princípio na seguinte ordem:

Código de Ética Médica:

Art. 135 – É vedado ao médico: anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Resolução CFM N.º 1.036/80:

Art. 4º - O médico somente poderá anunciar especialidades quando estiver registrado no Quadro de Especialistas do Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito.

Portanto, a norma brasileira disciplina que o diplomado em Medicina pode exercer a Medicina lato sensu. No entanto, para usufruir do direito de anunciar especialidade, o médico deve registrar no Conselho Regional de Medicina o certificado de conclusão de programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica e reconhecido pelo Ministério da Educação e do Desporto; ou o título de Especialista que obtiver através da Sociedade Brasileira da especialidade pretendida, filiada à Associação Médica Brasileira, seguindo os critérios estabelecidos no acordo CFM/AMB. Aos conselhos regionais de Medicina compete apenas o registro de qualificação na especialidade requerida. A normativa limita tão somente, o médico anunciar-se especialista após cumprir esta última etapa, dentro do que preceitua o Código de Ética Médica em seu Artigo 135.

CONCLUSÃO

Vejamos o que nos ensina o festejado conselheiro Júlio César Meirelles Gomes, no Parecer CFM n.º 06/95, que versa sobre a matéria, in verbis:

“Nas intenções subjacentes à criação dessa Resolução 1.036/80 pode-se sentir um odor de corporativismo, “reserva de mercado”, mas há também um interesse legítimo de preservar o consumidor, permitir que este possa identificar o profissional mais qualificado para atendê-lo e há também um interesse de encaminhar além da lei que autoriza aos egressos das faculdades de Medicina o exercício de qualquer especialidade.

Entretanto, ainda não temos um consumidor tão atuante em exigir os seus direitos, além do que sabemos existir, grandes falhas na formação e titulação do médico, seja nos cursos de graduação, nas residências ou nos outros critérios e maneiras de concessão de títulos de Especialista das Sociedades de Especialidades.

Mas é claro que algo deve ser feito e que deve caminhar-se no sentido de encontrar a melhor norma, entretanto não podemos nos deixar cair no excesso. Proibir de anunciar sim, mas não proibir o exercício.” (Grifos deste relator).

Os cursos de reciclagem e de atualização científica realizados por sociedades médicas constituem-se em formas de aprimoramento técnico na informação médica continuada. No caso em tela, a formação em citopatologia ginecológica visa preparar os médicos interessados na prevenção do câncer ginecológico, mal que acomete inúmeras mulheres anualmente e que tem merecido a atenção do Ministério da Saúde.

Relevante assinalar que o Conselho Federal de Medicina não reconhece, até o presente, a Citopatologia Ginecológica como especialidade médica. Donde podemos inferir que esta área de atuação não pode ser anunciada pelos médicos que a praticam.

Tratando-se de consulta formulada por cooperativa de trabalho médico, fica subentendido que a portadora do certificado de conclusão do curso de Citopatologia Ginecológica deseja cooperar-se nesta área de atuação. A Lei n° 3.268/57 confere-lhe este direito, entretanto a pretendente deve ser cooperada, ou deve cooperar-se, em especialidade afim, Ginecologia ou Patologia, ou Citopatologia, e aí sim realizar os procedimentos inerentes à área de atuação pretendida.

Finalmente, em função de haver identificação explícita de outra médica interessada e para melhor compreensão da matéria, somos de opinião que a Diretoria do Cremeb deva encaminhar cópia deste parecer à médica portadora do documento à fl. 2 deste expediente-consulta.

APROVADO EM 1º/12/2000.

PARECER 16/03

Assunto: Limites de atuação de médico especialista.

Relator: Cons. Antônio Jesuíno dos Santos Netto.

Ementa: O médico deve comprovar a sua especialidade por documento fornecido pela Associação Médica Brasileira ou pela Comissão Nacional de Residência Médica. O limite da atuação do médico é a capacidade do mesmo e a responsabilidade pelo ato médico praticado.

DOS FATOS DA CONSULTA:

- 1. O médico com registro no Conselho Regional de Medicina na especialidade de cirurgia do aparelho digestivo está autorizado a realizar que tipo de procedimento?** Todos os referentes à cirurgia do aparelho digestivo, que estão relacionados nas diversas tabelas e, entre elas, a mais divulgadas e aceita é a Lista de Procedimentos Acadêmicos da AMB, em sua edição de 1999.
- 2. O médico registrado no Creneb para especialidade de cirurgia do aparelho digestivo está automaticamente autorizado a realizar endoscopia digestiva ou terá que comprovar curso ou estágio prático nesta área?** O médico não estará “automaticamente autorizado a realizar a endoscopia digestiva”, mas poderá realizá-la, sem necessidade de comprovar curso ou estágio prático nesta área.
- 3. Quais os critérios para que o médico possa exercer a atividade de endoscopia digestiva?** Estar capacitado e ter a especialidade registrada no Conselho, como o título fornecido pela AMB e Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, até a vigência da Resolução 1.634/02, quando passou à condição de área de atuação em: 1) Cirurgia do aparelho digestivo 2) Gastroenterologia.
- 4. O que é necessário para que o médico obtenha o registro na área de atuação de endoscopia digestiva?** Submeter-se à seleção da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva para obtenção do título na área de atuação e posterior registro no Conselho.

Anexamos a Resolução CFM 1.634/02 que informa as condições para obtenção dos certificados fornecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica e o TÍTULO DE ESPECIALISTA fornecido pela Sociedade de Especialidades, conforme convênio AMB-CFM.

APROVADO EM 10/4/03.

PARECER 37/05**Assunto:** Especialidade Médica.**Relatora:** Consa. Maria Lúcia Bomfim Arbex.

Ementa: O médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina está profissionalmente habilitado e legalmente autorizado a exercer a atividade médica em todo o território nacional, em qualquer dos seus ramos; sendo, entretanto, impedido de anunciar especialidade não registrada nos conselhos de Medicina.

DA CONSULTA:

A consulente questiona se é legal um médico, sem especialidade cadastrada no Cremeb, clinicar em endocrinologia e, se é possível e correto esse médico receitar medicamentos tarja preta aos seus pacientes sem solicitar e analisar exames.

DO PARECER:

De acordo com a Lei nº 3.268/57, ao concluir o curso de Medicina, tendo em mãos o diploma devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, o médico está profissionalmente habilitado e legalmente autorizado a exercer a atividade médica em qualquer dos seus ramos, em todo o País, uma vez que o Estado lhe outorgou a competência desse mandato.

A lei faculta ao egresso dos cursos de Medicina o exercício de qualquer especialidade; é o próprio médico, com sua liberdade e responsabilidade, que decidirá onde termina sua competência. Ele pode escolher atuar em uma determinada área da Medicina e fazê-lo dentro dos preceitos do Código de Ética Médica, mesmo sem possuir um título de especialista nesta atividade.

Não é obrigatório que o médico porte um título de especialista para atuar em qualquer ramo da Medicina, mas é dever legal deste profissional oferecer ao paciente um serviço com a qualidade necessária a se evitar a má prática médica, que possa vir a provocar danos ao seu assistido, seja por imperícia, imprudência ou negligência. Por isto o contínuo estímulo das entidades médicas a que os seus membros tenham um permanente aprendizado.

Antes de se anunciar títulos científicos em receituários, carimbos, placas ou similares, é indispensável registrá-los no quadro de especialistas no Conselho Regional de Medicina. O anúncio de especialidade sem o registro prévio do título constitui infração por divulgação indevida. Isto não quer dizer que o médico não possa exercer atos de especialidades, mas é recomendável que disponha de habilitação específica para justificar as razões de determinados procedimentos.

CONCLUSÃO

A Lei nº 3.268/57 diz que o médico graduado e devidamente registrado no Conselho

Regional de Medicina está habilitado a exercer a Medicina em todo o País, não existindo restrições quanto a sua área de atuação, sendo, entretanto, impedido de anunciar especialidades não devidamente registradas no Conselho Regional de sua jurisdição.

O profissional médico deve ter uma conduta ética e responsável com o paciente, sendo-lhe facultada a adoção de qualquer medida terapêutica que julgar necessária ao caso, inclusive a prescrição das medicações controladas, atuando sempre com cautela, bom senso e consciência dos limites de seus conhecimentos técnico-científicos.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 9/6/2005.

ESTERILIZAÇÃO

PARECER 39/03

Assunto: Laqueadura Tubária em paciente portadora de Retardo Mental Moderado.

Relator: Cons. Antônio Nery A. Filho.

Ementa: É imprescindível a autorização judicial para realização de esterilização em paciente menor, portadora de debilidade mental, independentemente, da autorização dos pais, tutor ou curador, devendo ser avaliado por especialista, sua capacidade de prover os cuidados mínimos necessários ao seu filho e o apoio que dispõe na esfera familiar.

PARECER:

O consultante solicita que seja analisado o caso de paciente, portadora do diagnóstico F71 do CID-10, retardo mental moderado, tendo em vista solicitação da família, para que fosse realizada a laqueadura das trompas.

O processo foi encaminhado à Consultoria Jurídica, tendo o ex-consultor jurídico Dr. Alfred Tuhy Junior emitido pronunciamento, considerando não ter encontrado artigo específico sobre a matéria, citando as normas que subsidiam a emissão do parecer. Do ponto de vista médico, a esterilização feminina consiste na interrupção, através de uma das técnicas conhecida cientificamente, da permeabilidade das Trompas de Falópio, impedindo o acasalamento dos gametas e a formação de um novo ser.

Em nossa legislação inexistente previsão expressa acerca de “esterilização”; a lei penal, entretanto, a enquadra como lesão corporal, o que constitui agressão à integridade física ou a saúde de outrem, resultando perda ou inutilização de membro, sentido ou função.

Contudo, a esterilização pode ser realizada mediante indicação médica expressa, podendo ser considerada como justa causa e conseqüentemente como excludente de criminalidade.

Em ocorrência, o Código de Ética Médica dispõe ser vedado ao médico:

“Art.42 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País”.

“Art.43 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”.

Segundo entendimento consolidado, a laqueadura tubária e a vasectomia são procedimentos cirúrgicos, e, como tais, atos médicos invasivos e mutiladores de funções orgânicas, devendo, portanto, ter sua indicação firmemente fundamentada nos aspectos clínicos. Assim, a esterilização cirúrgica somente é admissível quando todos os outros métodos anticoncepcionais estejam contra-indicados, ou nos casos em que uma gravidez possa trazer danos à hígidez materna ou propiciar e ou agravar doenças preexistentes.

Em resposta às consultas encaminhadas ao CFM sobre a presente matéria, houve por bem aquele egrégio Conselho, deliberar pela inoportunidade da laqueadura de trompas como método anticoncepcional para todas as mulheres e, em particular, para as portadoras de deficiência mental, compreendendo tratar-se de “forma criminosa” de invasão da higidez humana e procedimento, ferindo “os mais elementares preceitos humanitários, afronta a dignidade humana”. “...violentando o exercício profissional da Medicina (Consulta CFM n° 1.042/88, aprovados em Sessão Plenária, de 15/1/1989)”.

CONCLUSÃO

O capítulo da psicologia, que trata da inteligência e suas anormalidades, reconhece a grande dificuldade para conceituar “inteligência” e, conseqüentemente, suas perturbações. Em geral, considera-se o desenvolvimento das competências psíquicas em relação com o amadurecimento biológico (desenvolvimento físico). Neste sentido, quando as possibilidades intelectuais interrompem-se durante o desenvolvimento infantil, estabelece-se defasagem entre o nível mental e a idade cronológica, originando quadros psicopatológicos modernamente nomeados de “retardo mental” e caracterizado em leve, moderado, grave e profundo (CID 10). Tais situações em sua essência comprometem em maior ou menor grau a capacidade de entendimento e de determinação, isto é, as pessoas nestas circunstâncias não apreendem os fatos da vida na dimensão que lhes possibilitem fazer a melhor decisão do que lhes convém ou não.

Compreende este relator o cuidado com que os conselhos de Ética Médica têm, no Brasil, tratado esta questão. Não há de laquear-se qualquer mulher na presença de qualquer grau de comprometimento da inteligência. Há de se considerar aspectos de ordem social e em particular da família, para que se ajuíze dos suportes que podem ser oferecidos à paciente e ao fruto do seu ventre. Do mesmo modo, há de se ter a coragem de evitar o sofrimento de tantos que tenham de garantir a subsistência física e psíquica de uma maternidade fruto de grave incapacidade para decidir sobre o exercício da sexualidade e de seu eventual produto.

In casu, trata-se de uma paciente portadora de retardo mental que, indiscutivelmente, a incapacita para o pleno exercício da maternidade, quer para decidir pela gravidez, quer para oferecer ao(s) seu(s) filho(s) os cuidados indispensáveis, posto que sua idade mental se situa entre seis e nove anos, de modo irreversível, razão pela qual, suplica a responsável pela paciente, que lhe seja autorizado “preservá-la e impedir que (ela) tenha filhos sem nenhuma condição mental e material de lhes fornecer as condições mínimas de sobrevivência”. Entendo que este pedido revela a ausência dos suportes necessários acima mencionados, pelo que, sou favorável ao quanto solicitado.

Por fim, que se recomende à família que obtenha do judiciário, ouvido o Ministério Público, alvará autorizando a realização de tal ato, devendo para tanto se munir de relatórios médicos sobre o real estado da paciente menor, visando subsidiar a decisão judicial.

É O PARECER, SMJ.

APROVADO EM 8/8/2003.

PARECER 28/07

Assunto: Realização de ligadura tubária no curso de cesariana e infalibilidade da laqueadura.

Relatora: Consa. Cremilda Costa de Figueiredo.

Ementa: A realização de laqueadura tubária no curso de parto só deverá ser realizada em caso de risco à vida ou saúde da mulher ou de futuros conceitos e nos casos de cesáreas repetidas. Embora seja considerada como método de esterilização definitiva, poderão ocorrer falhas nos casos de laqueadura, sem que isto se constitua erro médico ou incorreção técnica na sua realização.

CONSULTA:

Por carta o médico faz a seguinte consulta:

“Tendo sido alvo de questionamento, consulto a este Conselho se comete ilícito ético profissional o médico que realiza laqueadura tubária em paciente maior de 25 anos de idade, no curso de cesariana (paciente gesta II, PI, PCI) com a anuência da paciente e do esposo e posteriormente engravida.

Consulto ainda se a laqueadura tubária como um ato cirúrgico pode ser considerada um método contraceptivo infalível e se há método contraceptivo infalível”.

A consulta foi encaminhada pelo então conselheiro, corregedor José Abelardo Meneses, à avaliação da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, que em 28/03/06 aprovou parecer onde são destacados os dois itens questionados com as respostas abaixo:

“Quanto à ligadura tubária no curso da cesariana, a Portaria n.º 48, de 11 de fevereiro de 1999 do Ministério de Saúde, dispõe no Artigo 4º, Parágrafo Único que é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença de base e à exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Consta na Resolução Cremeb nº 258/03, que dispõe sobre esterilização cirúrgica, no Artigo 2º, os seguintes requisitos:

- a) estar na sua capacidade civil plena, ter no mínimo 25 anos de idade ou pelo menos dois filhos vivos;
- b) deverá ser observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

Parágrafo Único: estarão isentas dos requisitos enumerados os casos em que haja risco à vida ou à saúde da mulher ou de futuros conceitos, comprovado em documento lavrado e assinado por, no mínimo, 02 (dois) médicos.

A segunda questão diz respeito à falha na laqueadura tubária como método contraceptivo. Conquanto tal procedimento seja largamente utilizado com fins de esterilização definitiva, i. é eficácia teórica de 100%, na prática é observado em média falha de 0,3 gestações para cada 100 mulheres/ano.

Se o referido método que teoricamente promove esterilização definitiva pode apresentar falhas, estas ocorrem, naturalmente, nos métodos ditos reversíveis.”

Após as avaliações feitas, a consulta nos foi encaminhada para análise e parecer em novembro/2006.

Examinados os dados enviados, a legislação pertinente e Resolução Cremeb 258/03, pautamos nossa resposta à consulta.

PARECER:

A esterilização voluntária, que na mulher é efetuada pela laqueadura tubária, foi legalmente aprovada pelo Art. 10 Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que estabeleceu os critérios para sua realização.

Para sua execução pelas instâncias gestora do SUS foi emitida a Portaria GM/SAS/ MS n.º 48, de 11 de fevereiro de 1999, que estabelece normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução das ações que visam ao planejamento familiar.

O Cremeb, com base nesses instrumentos legais, emitiu Resolução n.º 258/03, dispondo sobre a esterilização cirúrgica para orientação dos médicos deste estado na sua execução, tendo o parecer aprovado pela Câmara Técnica de Ginecologia sido exarado atendendo às normas em vigor.

Assim, respondendo ao consulente em seus dois questionamentos, informamos:

- 1 – A realização de laqueadura tubária só poderá ser feita no curso de parto “nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença de base e à exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde”, conforme preceituam os instrumentos legais enumerados. O caso apresentado de paciente secundigesta, com um parto cesariano, apesar da idade e anuência do casal, não se enquadra na exceção aprovada por esses instrumentos, constituindo ilícito ético conforme o Art. 45 do CEM.
- 2 – Embora a laqueadura seja considerada como método de esterilização definitiva, mesmo sendo realizada dentro da mais correta técnica e não havendo nenhum erro médico na sua realização, não é considerado um método infalível, podendo ocorrer falha com gestação posterior por motivos diversos, não perfeitamente definidos, sendo o mais provável a ocorrência de micro-perfuração do coto tubário por drenagem de secreção.

É o que temos a informar.

APROVADO EM 15/6/2007

EXAMES MÉDICOS PRÉ-ADMISSIONAIS

PARECER 46/05

Assunto: Tempo de validade de exames complementares.

Relatora: Consa. Tatiana Senna Galvão Nonato Alves.

Ementa: Não existe normatização específica estabelecendo prazo de validade para exames pré-admissionais podendo ser considerada razoável a exigência constante em edital para realização de concurso público com o prazo previamente estabelecido no mesmo.

PARECER:

O presente expediente consulta originou-se do questionamento encaminhado pela consulente acerca da existência de norma que discipline o prazo de validade de exames como eletrocardiogramas, raios-X, oftalmológicos, ginecológicos e de exames laboratoriais (hemograma, glicemia, VDRL, machado guerreiro, sumário de urina e parasitológico de fezes).

Tal requerimento, segundo relata, advém da exigência constante de edital para concurso público que visa ao provimento de vagas numa determinada instituição, no qual consta que os mencionados exames devem atender ao prazo máximo de 20 dias na data da entrega.

Inicialmente, cabe-nos observar que realizada pesquisa acerca do tema não foi localizada norma específica a respeito do prazo de validade para exames.

Não existe na literatura médica trabalho científico que determine prazos específicos de validade de exames médicos, não havendo consenso específico sobre a questão. Entretanto, constam em diversos editais de concursos públicos exigência semelhante à do referido edital, que nos leva a refletir acerca da razoabilidade da determinação, levando em consideração o fim a que destinam tais exames.

Em que pese não ter sido anexada à consulta o edital mencionado, sabe-se que normalmente para Admissão ao Curso de Formação de Oficiais Policiais Militares os exames clínicos e laboratoriais são de caráter eliminatório, os quais deverão ser homologados pela Junta Médica Especial de Saúde, logo necessário que tais informações sejam atualizadas para que seja o mais fidedigna possível, não gerando dúvidas.

É sabido que a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica. No entanto, muitas vezes a consulta médica para se completar necessita da realização de exames complementares, a fim de que a consulta seja concluída em todas suas etapas.

Ora, não é diferente a apreciação da junta médica no caso de concurso público, no exame clínico geral realizado constará anamnese e exame físico detalhado, capaz de

identificar qualquer alteração, lesão ou patologia existente, consubstanciando ainda o parecer nos exames apresentados pelos candidatos que deverão estar em condições plenas de saúde para o desempenho das atividades, no caso, de oficial da PMBA.

Isto posto, entendo que apesar de não existir normatização estabelecendo prazo de validade dos exames laboratoriais, oftalmológicos, ginecológicos, eletrocardiogramas e raios-X é razoável a exigência constante em edital para realização de concurso público com o prazo de 20 dias de sua realização na data da entrega, considerando o fim a que se destina.

Por fim, é importante considerar que tal critério deverá estar explicitado no edital.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 4/8/2005.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

PARECER 40/02

Assunto: Solicitação de parecer técnico do Cremeb sobre composição de plantão obstétrico.

Relatora: Consa. Cremilda Costa de Figueiredo.

Ementa: A equipe de plantonistas em hospitais com leitos para assistência obstétrica deverá ser constituída por obstetras em número suficiente a atender a quantidade de leitos e pacientes assistidos, de forma a ser dada às mesmas uma assistência médica adequada. O hospital também deverá disponibilizar médicos para serem acionados para auxiliarem as cirurgias que ocorrerem no curso dos plantões, sempre que necessário, não sendo admissível a existência de apenas um médico para atendimento a 45 leitos.

Em carta, o consulente solicita parecer técnico deste Conselho “em relação ao trabalho excessivo” que os plantonistas de obstetrícia em hospital do interior do estado desempenham nas 24 horas de plantão.

Segundo informa, o plantão tem apenas um obstetra para o atendimento de 34 leitos de puerpério e 12 de pré-parto, sendo realizados por dia aproximadamente oito a 10 partos, duas a três curetagens, 15 atendimentos ambulatoriais e 25 a 30 prescrições de pacientes no puerpério.

Prossegue solicitando deste Conselho “a orientação e reivindicação de outro colega para divisão do trabalho pelo fato de que, inúmeras vezes, nos encontramos em procedimentos cirúrgicos e não conseguimos conduzir o trabalho de parto, vindo algumas vezes a evoluir para o sofrimento ou óbito fetal, caracterizando de alguma forma como falha médica e enquadrando o mesmo no pré-requisito de imperícia, imprudência e negligência, desde quando o trabalho de parto é um processo mecânico e evolutivo que necessita de vigilância contínua.

Para melhor podermos avaliar o quadro exposto pelo consulente solicitamos informações do nosso delegado naquela cidade a respeito das reais condições de trabalho no hospital referido, ao tempo em que consultamos o Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes, membro da nossa Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, que melhor poderia aquilatar o problema pela sua condição de diretor de maternidade.

O delegado do Cremeb informou-nos o número de leitos (11 no pré-parto e 35 pós-parto/35 berços) com duas salas para parto natural, duas para parto cirúrgico e um para curetagem; média mensal de 200 partos (entre normais e cirúrgicos), sendo oito os plantonistas. Em resposta ao nosso questionamento sobre a ocorrência simultânea de partos ou quando os partos forem cirúrgicos, respondeu que, nessas circunstâncias, as pacientes são encaminhadas às clínicas particulares, em número de cinco na cidade.

Em sua avaliação o Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes considera que, embora não havendo normatização estabelecendo proporcionalidade entre o número de plantonistas e o de leitos hospitalares, há sobrecarga de trabalho para apenas um plantonista, o que poderá ocasionar uma má assistência por ele prestada, colocando em risco a vida das pacientes e o expondo a infrações ao CEM.

COMENTÁRIOS:

Freqüentemente temos recebido denúncias sobre a má assistência prestada a pacientes em nossas maternidades, com a ocorrência de problemas dos mais diversos na condução do trabalho de parto, muitas vezes culminando com lesões graves do recém-nascido, ou mesmo sua morte.

Embora se constate, em alguns desses casos, ter havido conduta inadequada do médico, tem-se observado freqüentemente a concomitância ou mesmo predominância de deficientes condições no trabalho hospitalar.

O presente caso se nos afigura como tal: plantão obstétrico com uma média diária de oito a 10 partos, naturais ou cirúrgicos (com seu acompanhamento pré-parto), além de curetagens uterinas, assistência às pacientes internadas e atendimento ambulatorial. Nos é informado que, na ocorrência de partos concomitantes, as pacientes são removidas para as clínicas credenciadas, em número de cinco na cidade: interrogamos então como se dá essa transferência com a paciente em período expulsivo – provavelmente muitas parem no transporte, aí sem nenhuma assistência, talvez apenas com a presença de auxiliar de enfermagem ou mesmo apenas do motorista.

Observamos que com todas as atividades que lhe são atribuídas durante o período do plantão, haverá sempre o sacrifício de algumas delas, com deficiente acompanhamento daquelas que se encontram em trabalho de parto, necessitando monitorização de sua evolução e avaliação das condições fetais, pois sabemos que as distocias podem ocorrer em qualquer momento dessa evolução, bem como o sofrimento fetal, exigindo uma imediata intervenção para sua correção, terapêutica ou cirúrgica.

Por outro lado, temos a considerar que, em caso de realização de cirurgia, há necessidade de auxiliar médico e em condições de substituir o cirurgião quando assim for necessário: sendo um único plantonista, quem o auxiliará?

Respondemos no caso consultado que, em hospital com o número de leitos e atendimentos informado, os plantonistas deverão ser em número de dois para que possam bem acompanhar as pacientes ali atendidas, com o zelo e assistência adequadas.

No que tange à solicitação para que este Cremeb reivindique a colocação de outro colega completando o plantão, opinamos pelo seu atendimento com a manutenção de entendimentos com a direção do hospital, alertando para os problemas decorrentes da atual situação.

Complementando recomendamos a realização de estudos para proposta de normatização das equipes hospitalares. Esse estudo deverá ser realizado ouvindo-se a sociedade de especialidade e a nossa Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia.

É o nosso parecer, que submetemos à apreciação do Cremeb.

APROVADO EM 10/10/2002.

PARECER 03/04

Assunto: Gestação de substituição na inexistência de familiar para mãe – sub-rogada.

Parecerista: Consa. Cremilda Costa de Figueiredo.

Ementa: A gestação de substituição só deverá ser realizada na presença de problemas médicos que impeçam ou contra-indiquem a gestação na doadora genética. A doação temporária do útero por pessoa sem parentesco com o casal deverá ser sujeita à autorização do Cremeb, ao qual deverão ser fornecidas cópias dos documentos pertinentes - principalmente o termo de consentimento informado assinado pelo casal e a doadora do útero.

CONSULTA:

"Fomos procurados em nosso consultório pelo casal X/Y (ela com 45 a e ele com 37 a), que pretende ter um filho.

A senhora. X tem no seu histórico a realização de histerectomia total devido à miomatose uterina, porém permanecem os ovários, o que fez o casal nos solicitar a fertilização in vitro com gestação de substituição por saberem ser esta a única possibilidade de um filho geneticamente em comum. No entanto, o casal foi advertido que as chances de gestação de embriões oriundos de óvulos de ovários de 45 anos são praticamente nulas: não temos nenhum caso para relatar na nossa experiência pessoal, assim como não temos conhecimento de casos semelhantes com fertilização in vitro descritos na literatura médica mundial. Ainda assim o casal insiste no tratamento mesmo considerando serem escassas as chances de gravidez, tendo em vista que a paciente continua menstruando regularmente todos os meses e que as provas de função ovariana não mostram anormalidade."

Prossegue citando a Resolução do CFM relativa às Técnicas de Reprodução Assistida que, em seu Artigo 13, parágrafo primeiro, se referem especificamente ao problema da gestação de substituição, nos casos de problema médico que impeça ou contra-indique a gestação em doadora genética.

Informa que o casal X/Y adequa-se ao citado artigo quanto à indicação do procedimento, porém não dispõe de nenhuma familiar até 2° grau para a sua realização. No entanto apresentaram à clínica senhora que, apesar de não ter com eles qualquer parentesco, é amiga pessoal íntima da doadora e aceita a condição de suportar a gravidez com embrião do casal, por uma atitude altruísta, ou seja, sem receber qualquer remuneração.

ANÁLISE:

Trata-se o presente de mais uma consulta sobre a utilização de gestação de substituição/doação temporária de útero, feita por clínica de Reprodução Humana.

Causou-nos estranheza de início a afirmativa da consulente de que a doadora realizara histerectomia total, informando posteriormente que a paciente continua menstruando normalmente.

Atendendo ao pedido de esclarecimentos, a consultante nos enviou correspondência solicitando anexação de errata substituindo o parágrafo onde se lê: "tendo em vista que a paciente continua menstruando todos os meses" por "tendo em vista que a paciente continua ovulando regularmente todos os meses..." "

Isto posto, somos favoráveis à aprovação da realização do procedimento proposto - gravidez de substituição - com base na Resolução CFM nº 1.368 de 11/11/1992, recomendando-se sejam observados os seguintes dados:

1. Caracterização da impossibilidade de ocorrência de gestação.
2. Não poderá existir nenhuma compensação financeira para a mãe sub-rogada.
3. A mãe sub-rogada deve ser informada, por escrito, de toda a fisiologia gravídica e das intercorrências e complicações passíveis de ocorrer.
4. Deve ela ser informada, por escrito, das possibilidades maiores da ocorrência de anomalias fetais em óvulos oriundos de mulheres com mais de 35 anos, bem como dos riscos da gestação nesta faixa etária, embora ela já tenha um filho. Da informação deverá constar a impossibilidade legal da interrupção da gestação nestas circunstâncias. Essas informações também deverão ser dadas ao casal doador.
5. Os documentos necessários à garantia do registro da criança deverão ser providenciados durante a gestação.
6. À mãe sub-rogada deverá ser garantida toda a assistência médico-hospitalar e psicológica, a ser dada pelos pais biológicos.
7. Com a garantia do sigilo, deve o Creneb ser informado de intercorrências ético-legais e dos documentos fornecidos.

Este é o parecer que submetemos à aprovação deste Creneb. SMJ.

APROVADO EM 20/01/2004.

PARECER 09/04

Assunto: Possibilidade de um hospital maternidade funcionar sem anestesista de plantão 24h e neonatologista.

Relatora: Consa. Teresa Cristina Santos Maltez.

Ementa: Embora não exista resolução normatizando o funcionamento das maternidades é recomendado que a equipe mínima seja composta por: obstetra, anestesiolista e neonatologista.

Nas situações em que o Diretor da Instituição não tenha competência legal para admitir ou demitir profissionais, deve fazer os encaminhamentos administrativos para prevenir e ou solucionar possíveis problemas bem como denunciar as distorções diagnosticadas.

O consultante solicita parecer do Creneb quanto à possibilidade de um hospital maternidade funcionar sem anestesista de plantão 24h e sem neonatologista.

Questiona também a quem cabe a responsabilidade de prover o hospital destes especialistas.

PARECER:

Considerando-se o elevado índice de intercorrências obstétricas e ainda que a maioria das distorcias tem resolução cirúrgica, faz-se necessária a disponibilidade de anestesiolista, que poderá, de acordo com as características da unidade (demanda, localização, nº de profissionais existentes na localidade etc...) estar dentro da maternidade ou à sua disposição.

O mesmo se aplica ao neonatologista, uma vez que as intercorrências demandam pronta intervenção médica.

A Resolução Cremesp n.º 74 de 25.06.1996, define como plantão de disponibilidade “a atividade do médico que permanece à disposição da instituição, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado através de “Pager”, telefone ou outro meio de comunicação, tendo condições de atendimento pronto e pessoal.”

Ao se considerar a modalidade de trabalho de plantão de disponibilidade deve-se ter em conta que nos grandes centros urbanos esta situação poderá constituir-se em grande risco já que, freqüentemente, os deslocamentos são lentos e poderão implicar em danos às pacientes.

Saliente-se que, segundo a mesma resolução: “A responsabilidade pelas eventuais falhas de atendimento em decorrência desta prática será assumida em conjunto pela instituição e pelo médico contratado.”

Assim, embora não exista resolução normatizando o funcionamento das maternidades, é recomendado que a equipe mínima seja composta por obstetra, anestesiolista e neonatologista.

Quanto à responsabilidade de prover os hospitais destes especialistas dispõe o Código de Ética Médica, Art.17: “O médico investido em função de direito tem o dever de assegurar as condições mínimas para o exercício ético profissional da Medicina.”

Há que se considerar entretanto que, principalmente em hospitais públicos, onde as contratações se dão através de concursos ou de licitações, o diretor não tem competência legal para admitir ou demitir profissionais, devendo, nestes casos, fazer os encaminhamentos administrativos para prevenir e ou solucionar possíveis problemas, bem como denunciar as distorções diagnosticadas.

APROVADO EM 5/2/2004.

PARECER 16/05

Assunto: Presença de familiares de pacientes em centro obstétrico ou centro cirúrgico.

Parecerista: Consa. Cremilda Costa de Figueiredo.

Ementa: A autorização da presença de familiares de pacientes em centro obstétrico ou centro cirúrgico caberá ao médico assistente, consideradas a conveniência dessa presença, as condições da cirurgia e o desejo e autorização do paciente, guardando-se respeito às normas da instituição hospitalar. A negativa de autorização, devido a problemas técnicos, deverá ser acatada pela diretoria da instituição, havendo respaldo do CEM à negativa do médico em prosseguir com o atendimento caso haja exigência contrária a essa decisão, à exceção dos casos urgentes e quando não haja outro médico para dar seguimento ao atendimento.

CONSULTA:

Em carta protocolizada neste Cremeb, a diretora do hospital apresenta consulta vazada nestes termos:

“À Comissão de Ética do Hospital

Assunto: Parecer sobre a permissão paterna ou de familiar não-médico em sala de parto ou cirurgia.

Sr. Presidente:

A Diretoria do Hospital tem sido solicitada a autorizar a presença do esposo ou companheiro ou familiar de parturiente na sala de parto ou cirurgia.

De um modo geral temos consultado o médico assistente, cuja opinião é individual e de fórum pessoal. Do ponto de vista administrativo, temos deixado à coordenadora de Enfermagem do setor, quando a resposta é afirmativa do obstetra a responsabilidade de viabilizar a entrada do pai ou familiar à sala.

Consulta:

A quem cabe a decisão de permitir a presença paterna ou familiar à sala de parto ou de cirurgia?

Há respaldo da diretoria a uma negativa por parte do médico obstetra? Existe alguma legislação ou resolução que normatize essa decisão?

Atenciosamente,

Dra. Diretora Médica.”

Embora dirigida à Comissão de Ética do hospital, a carta foi recebida neste Cremeb e deu início a este processo. Por isso, e por ser a consulta pertinente às atribuições deste Conselho, vamos analisá-la, como segue.

Inicialmente, para melhor análise, vamos separar duas vertentes da questão:

- 1 – Presença em sala de parto.
- 2 – Presença em sala de cirurgia.

A participação de familiares no momento do parto é prática registrada em diversas épocas da história e em diversas civilizações. Como exemplo mais marcante o concorrido nascimento dos herdeiros do trono francês assistido por toda a corte.

No passado, os partos eram realizados em residência e tinham a assistência de familiares, notadamente do cônjuge masculino, que participava inclusive do trabalho de parto ajudando nos impulsos do período expulsivo.

A evolução da assistência médica hospitalar e a noção dos perigos da contaminação permitiram que os partos passassem a ser realizados em centros específicos, assistidos quase que exclusivamente pela equipe de saúde. Os familiares ficavam em sala à parte, aguardando notícias.

Esta maneira de ser vem sendo contestada nas últimas décadas, de um lado pela vontade demonstrada por pacientes que desejam a presença de seus companheiros ou familiares neste momento especial de sua vida e, por outro lado, pela avaliação que tem sido feita da importância psicológica dessa participação — linha seguida no plano governamental para a humanização no pré-natal e nascimento, o chamado PHPN, estabelecido pela Portaria nº 569 de 1º/6/2000. No PHPN, prevê-se a presença de familiar acompanhando as gestantes durante todo o seu internamento nos hospitais que atendem ao SUS, sendo recomendada a adequação das maternidades para permitir esta participação familiar.

Por parte do CFM existe o Parecer Consulta de nº 41/99, da lavra do Cons. Júlio Cezar Meirelles Gomes, atendendo a consulta feita sobre a pertinência ética de filmagem de procedimento médico-cirúrgico em sala de parto, solicitada pela paciente e praticada por familiar ou por terceiros, mediante autorização. Na sua ementa consta: “Não há impedimento ético em filmagem de procedimento cirúrgico, desde que a pedido da paciente e autorização dos profissionais envolvidos”. Na conclusão do parecer acrescentou-se: “Ressalvadas as disposições regimentais da instituição”.

Também o Cremerj tem parecer em atendimento a consulta sobre “questões referentes ao acesso de pessoas leigas ao centro cirúrgico e às possíveis condições a que tal acesso se sujeita”, sob nº 77/99, da lavra do Cons. Cantídio Drumond Neto. Ali, consta como ementa: “Afirma que todo o leigo que queira ter acesso à Sala de Cirurgia deve receber autorização prévia do cirurgião. Considera que, na autorização, o cirurgião deve levar em conta a utilidade real da presença do leigo”. E, no corpo do parecer, acrescentou-se que para autorizar “o cirurgião deve levar em conta a utilidade real da presença do leigo (fotógrafo, cinegrafista etc.), a utilidade da presença do mesmo para apoio ao ou à paciente (por exemplo, presença do pai na sala de parto)

e, de um lado, a maior possibilidade de contaminação e, por outro, favorecimento de infecção pré-operatória”.

Agora, quanto ao problema em sala de cirurgia de natureza não obstétrica, devemos avaliar os seguintes aspectos:

- 1 – o porte da cirurgia
- 2 – a validade da presença do familiar
- 3 – a condição psicológica do familiar

Temos a considerar que em uma cirurgia de médio ou grande porte, o familiar que não esteja habituado a assistir a intervenções cirúrgicas dificilmente terá tranquilidade para acompanhar o seu desenrolar sem procurar questionar os atos praticados. Isto traz inquietude à equipe, especialmente ao cirurgião. O problema se agravará ainda mais nos momentos em que ocorram alguns imprevistos ou maior volume de sangramento. Estamos falando, portanto, de algo que pode constituir-se em fator de risco cirúrgico.

Aqui, cabe assinalar que aspectos normais do ato cirúrgico, especialmente a retirada da peça e algumas fases de cirurgia ortopédica, poderão gerar angústia para acompanhantes não afeitos a tais procedimentos, sem falar nas intercorrências imprevistas e complicações já acima citadas. Isso pode levar a conflitos que aumentam o risco cirúrgico.

Os aspectos 2 e 3 da questão, a validade da presença e a condição psicológica do familiar deverão ser adequadamente analisadas, principalmente pelo próprio cirurgião. Ele, pela sua maior proximidade com o paciente, é que tem melhores condições de fazê-lo. Além disso, é o que, mais do que qualquer outro, será responsabilizado por uma decisão que vier a se revelar equivocada.

Muito embora deva ser respeitado o direito do paciente de ter a presença de familiares durante momento importante em sua vida, deve também ser considerada “a autonomia do médico praticante do ato no sentido de evitar uma tomada de imagem” ou o testemunho ocular, “que possa registrar um eventual insucesso” – os grifos referem-se a parecer do Cons. Júlio Cezar Meirelles Gomes, do CFM, em Processo Consulta CFM nº 309/99 – “além da possibilidade de contaminação do ambiente cirúrgico”.

Considerações finais:

Analisada a questão sob o aspecto legal, nas pesquisas que realizamos nada encontramos nos Conselhos que proíba ou autorize a presença de familiares nos centros obstétricos ou cirúrgicos, porém é aconselhável que sejam respeitadas as normas da instituição hospitalar.

Assim, respondendo pontualmente à consulta sobre a quem cabe a decisão de permitir a presença paterna ou familiar à sala de parto ou de cirurgia, informamos que ao médico assistente, desde que essa presença não venha a se constituir em risco de qualquer natureza para o próprio paciente.

“Há respaldo da Diretoria a uma negativa por parte do médico obstetra?”, pergunta-se. A consulta, neste ponto, não é muita clara. Se o que se quer saber é se a Diretoria do Hospital pode contrariar a decisão do obstetra que se opõe à presença de estranhos à equipe cirúrgica, a resposta é negativa em princípio. Se a decisão do obstetra não se revela claramente como uma atitude caprichosa, a Diretoria deve apoiá-lo. Quando cirurgião e a Diretoria divergem, cabe apelar para o bom senso das duas partes para se chegar a um consenso, sempre respeitados os requisitos da boa técnica com a finalidade de encontrar o que seja melhor para o/a paciente. O médico, pressionado pela Diretoria ou por familiares da paciente, pode, baseado em critérios técnicos, recusar a fazer o procedimento, salvo em situação de emergência e não houver outro médico que o possa realizar.

Existe alguma legislação ou resolução que normatize essa decisão? Não existe legislação ou resolução normativa, porém o Código de Ética Médica respalda o médico nos seus Arts. 7º e § 1º do 61.

Este é o parecer que submetemos à apreciação do Conselho.

APROVADO EM 18/3/2005.

PARECER 78/05

Assunto: Proporção entre número de médicos e pacientes internados em maternidade.

Relatora: Consa. Cremilda Costa de Figueiredo.

Ementa: Para a prestação de assistência a maternidade de baixa complexidade e com média de internamento de 20 a 30 pacientes/dia, é recomendável que a equipe médica seja composta de, pelo menos, quatro obstetras, dois anestesistas e dois neonatologistas.

Foi encaminhado a este Conselho de Medicina ofício solicitando parecer nos seguintes termos:

"Visando otimizar o atendimento às nossas gestantes e puérperas, prestando serviço com a qualidade devida e em tempo hábil, solicito parecer técnico orientando a quantidade de pacientes internadas/atendidas sob a responsabilidade do médico plantonista em 24 horas, especificamente na nossa maternidade que conta com 47 leitos, em torno de 60 atendimentos de emergência e 20 internações durante o plantão de 24 horas. Em tempo solicito o mesmo parecer para previsão de ampliação das enfermarias em mais 19 leitos visto que, no momento dispomos de três obstetras, dois neonatologistas e um anestesista para a carga horária referida".

Para bem respondermos à consulta, cujo resultado provavelmente norteará a organização do corpo clínico da maternidade e reivindicações de pessoal à Secretaria de Saúde, solicitamos a realização de pesquisa ao Cedoc e informações ao Prof. Jacob Arkader, secretário executivo da Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

A pesquisa efetuada pelo Cedoc – Centro de Documentação – resultou negativa, uma vez que não foram encontrados dados indicativos do assunto na literatura mundial pesquisada.

O Prof. Jacob Arkader por sua vez enviou-nos resposta informando-nos não ter subsídios técnicos e que nem a Febrasgo dispõe de informações sobre o assunto.

Constatada a inexistência de dados e a necessidade de resposta que subsidie a consulente, levamos o problema à apreciação da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia para análise e parecer.

Em sua reunião ordinária, realizada em 30 de agosto do corrente ano, os membros da Ctgo procederam a cuidadosa avaliação dos dados da consulta e consideraram que nas condições apresentadas (incluindo a possibilidade de ampliação com mais 19 leitos), o número de médicos para a prestação de atendimento com a qualidade devida e em tempo hábil deverá ser de quatro obstetras, dois neonatologistas e dois anestesistas.

Norteará essa avaliação a consideração de que, embora não tenham sido especificadas as intervenções, sendo uma maternidade, trata-se de partos via baixa,

partos cesarianos e curetagens pós-aborto: sendo em média 20 por plantão de 24 horas, ocorrerá menos de uma intervenção por hora – 0,8. Proporcionalmente, o acréscimo de 19 leitos aumentará o número de intervenções para 28 por plantão, ocorrendo então 1,1 intervenções por hora.

Essas intervenções são de diferentes complexidades. A curetagem, como intervenção de pequena duração e baixa complexidade, é realizada por um único obstetra; e o trabalho de parto com duração variável, que exige atenção constante no seu acompanhamento, e término variável do natural (em que é necessário um só obstetra) à operação cesariana (em que são necessários dois obstetras). Por isso recomendamos a presença de quatro obstetras, para a prestação da assistência ao pré-parto, às salas de parto e ao ambulatório.

O PHPN recomenda anestesia na assistência às intervenções durante a gestação. Daí a necessidade de dois anestesistas no plantão, evitando-se a realização concomitante de dois anestésias por um mesmo profissional. O número de dois neonatologistas foi considerado satisfatório para o atendimento aos recém-nascidos, no berçário, na sala de parto e na unidade de RN de risco.

Esta é a informação que entendemos dever ser encaminhada à coordenadora técnica da maternidade.

APROVADO EM 1º/12/2005.

HIV/SIDA

PARECER 32/02

Assunto: Procedimentos quanto à entrega de exames para HIV e a notificação de casos positivos

Relatora: Consa. Ceuci de Lima Xavier Nunes.

Ementa: O exame para HIV deve ser oferecido obrigatoriamente a gestante, que deve também ser aconselhada sobre o vírus, a Aids e seu tratamento e a profilaxia de transmissão ao bebê. As medicações para profilaxia da transmissão vertical devem ser garantidas nas maternidades. O resultado do teste positivo deve ser entregue a própria gestante, que deverá ser orientada e conduzida a procurar atendimento médico especializado.

Os consulentes atuam no interior do estado e solicitam esclarecimentos de ordem legal, em relação as seguintes questões:

- 1) Como um laboratório de análises clínicas, particular, conveniado com o SUS, deve proceder mediante o repasse de resultado de sorologia positiva para HIV de gestante assintomática? É permitido ao laboratório repassar o resultado do referido exame diretamente ao médico solicitante ao invés de entregá-lo à cliente? Ressalta que no município onde atua não existe serviço de referência para acompanhamento de portadores do HIV ou de Aids.
- 2) Os laboratórios particulares conveniados ao SUS devem repassar o quantitativo de resultados positivos para sorologia HIV, para fins estatísticos, para algum órgão? Qual?

Talvez a maior vitória da Medicina em relação a Aids seja a possibilidade de prevenir a transmissão vertical do HIV, ou seja, utilizar medicações na gestação, durante o parto e para o bebê, para evitar a transmissão do vírus da mãe para o filho. Desde 1996 existem protocolos que previnem em até 80% esta transmissão.

No Brasil, isto passou a ser extremamente importante devido ao aumento do número de mulheres portadoras do vírus, verificado especialmente a partir de 1998.

Diante disto, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, onde consta no Anexo I, item 2 – Garantir os seguintes procedimentos, 2.3 – realização dos seguintes exames laboratoriais: a – ABO-Rh, na primeira consulta; b-VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; item 2,4 – Oferta de Testagem Anti HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes.

Em 7 de novembro DE 2001, a Assembléia Legislativa do Estado da Bahia aprovou Lei Nº 7.944, sancionada pelo então governador César Borges, que no seu artigo 1º diz: Ficam obrigados os hospitais e maternidades das redes pública e privada de

saúde do Estado da Bahia a proceder a aplicação, nas parturientes portadoras do vírus HIV, de medicamento inibidor da transmissão do vírus aos nasciturnos. No &4º do mesmo artigo, encontramos: aos prontuários das parturientes atendidas nas unidades médico-hospitalares deverão conter o resultado do teste HIV, e no &5º : os diretores das unidades médico-hospitalares da rede pública estadual que não cumprirem o disposto nesta lei estarão sujeitos às sanções de caráter administrativo previstas na Lei nº 6.677, de 26 de setembro de 1994.

Portanto na legislação brasileira consta como obrigatórios à triagem para sífilis e HIV no pré-natal e a legislação baiana obriga o fornecimento de medicamentos preventivos as gestantes soropositivas..

Entretanto com relação ao HIV, sabemos que a testagem não pode ser compulsória, necessitando da autorização do paciente para que seja feito o exame, e ao solicitar esta autorização é necessário que o médico converse com o paciente sobre o vírus, a Aids, o tratamento. As resolução CFM nº 1.359/92 no seu artigo 4º diz: É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, em especial como condição necessária para o internamento hospitalar, pré-operatório ou periódicos e em estabelecimentos prisionais. O parecer consulta CFM aprovado em 14/12/92 sobre Aids e Ética Médica, da lavra dos Drs. Guido Levi e Gabriel Wolf Oselka, traz no seu bojo as seguintes recomendações:

- 1) o exame deve ser voluntário, após informações completas e adequadas ao paciente quanto à finalidade;
- 2) o paciente que se recusar a ser testado não deve ter prejuízos em sua assistência em decorrência da sua decisão;
- 3) os pacientes positivos deverão ter garantias de sigilo em relação ao resultado e de manutenção de todos os seus direitos em relação à assistência oferecida pela instituição, sem prejuízo.

Isto se estende também a gestante, que para ser testada para o HIV deverá autorizar o exame.

Procedendo o médico, desta maneira, a (o) paciente que se submete ao teste HIV já tem um mínimo de esclarecimento sobre a doença. E a lei a assegura o uso da medicação específica. Assim, respondo a primeira questão:

O resultado do exame HIV deve ser entregue a própria paciente, que deverá entregar ao seu médico obstetra.

Quanto à segunda questão – a notificação do HIV, a recomendação no Brasil e de notificar os casos de doença instalada – Aids, mais recentemente estendeu-se esta obrigatoriedade de notificação às gestantes com sorologia positiva para HIV.

A notificação deve ser feita a Sesab, mais especificamente a Divisão de DST/Aids que atualmente funciona no Cre aids (Centro de Referência e Tratamento de Aids).

Acrescentamos que uma vez oferecido o exame as gestantes, as secretarias municipais da Saúde e a Sesab, através das Dires, necessitam programar-se para o atendimento

da demanda de soropositivos, tanto na disponibilidade de fornecer as medicações para a profilaxia, como no treinamento de profissionais médicos para manejar estas medicações. Quanto ao acompanhamento a longo prazo dos portadores do vírus, existem vários centros especializados na capital e nas grandes cidades do interior, onde o tratamento adequado pode ser realizado.

As prefeituras municipais devem ter estas informações e empreender esforços e recursos para que seus cidadãos de menor poder aquisitivo possam ter acesso a estes serviços, facilitando inclusive o transporte para atendimento médico e aquisição de medicações, que por sua vez são distribuídas gratuitamente.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 20/8/2002.

PARECER 33/03

Assunto: Revelação de sorologia positiva para HIV de mãe biológica de criança adotada.

Relatora: Consa. Ceuci de Lima Xavier Nunes.

Ementa: Não constitui infração ética a revelação de sorologia positiva para HIV de mãe biológica de criança encaminhada para adoção, quando o objetivo da revelação constitui unicamente a proteção à saúde do menor.

O consulente é responsável técnico por instituição que presta atendimento a pacientes com HIV/Aids e tomou conhecimento que uma das pacientes acompanhadas encaminhou RN para adoção. A criança não está fazendo o acompanhamento indicado na referida instituição e esta não é conhecedora dos dados da pessoa que procedeu a adoção, cujos dados são dos arquivos da 1ª Vara da Infância e Juventude de Salvador. Diante dos fatos faz as seguintes indagações:

- 1) Deve-se dar conhecimento ao juiz do estado do HIV positivo da genitora para que providências sejam tomadas em relação à criança?
- 2) Quais implicações de quebra do sigilo nesta situação?

Às folhas 2 a 5 do presente expediente consta Parecer da Consultoria Jurídica deste CremeB, o qual se baseia no juramento de Hipócrates, na Constituição Federal e no Código Civil, além do Código de Ética Médica para elaboração do parecer:

- 1) "O que no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo".
- 2) "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".
- 3) O Art. 406 do Código de Processo Civil prescreve:
"A testemunha não é obrigada a depor de fatos:
II – a cujo respeito, por estado ou profissão, deve guardar sigilo".
- 4) E o Código de Ética Médica expõe:

É vedado ao médico:

"Art. 102 – Revelar o 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.”

Na avaliação destes imperativos legais, assim conclui o citado parecer:

“Isto posto, opinamos no sentido de que o médico deve informar a autoridade judicial a necessidade de acompanhamento médico do menor uma vez que se constitui violência contra o mesmo deixá-lo sem assistência, não se caracterizando tal comunicação quebra do sigilo, posto que a hipótese encontra guarida na justa causa, estabelecida no Art. 102, do Código de Ética Médica”.

Resta, portanto, a esta parecerista a avaliar à luz de dois artigos do Código de Ética Médica, as questões colocadas. O primeiro, Artigo 102, já citado e o segundo:

Artigo 103 – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não-revelação possa acarretar danos ao paciente.

O segredo médico é um dos pilares da Medicina, cuja importância é reconhecida desde Hipócrates, o “pai da medicina”. Entretanto, como escreve o Prof. Genival Veloso de França em seus Comentários ao Código de Ética Médica: *“Consagra-se neste dispositivo o conceito relativista do segredo profissional, fundamentado em razões jurídicas, morais e sociais. Entendendo-se também que a regra é a manutenção do segredo, sendo sua quebra admitida apenas em situações muito especiais do exercício da Medicina, quando um interesse superior exigir e quando justificado pela justa causa, pelo dever legal e pelo consentimento expresso do paciente. Isso não descaracteriza a regra de ser o segredo médico um patrimônio do paciente e de a norma reprimir quem indevidamente o revela”*.

No que se refere a Aids, existem várias resoluções do CFM das quais destacamos a última de número 1.665/2003. Esta resolução, como as anteriores, vêm ao encontro dos anseios da sociedade na garantia do atendimento médico a estes pacientes, de assegurar o direito a testagem sorológica na gravidez e ao sigilo quanto à sorologia. Esta própria resolução no seu Artigo 10 diz: o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes portadores do vírus da Sida (Aids), salvo nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente.

Trata-se o caso em discussão de uma criança que é adotada e cujos pais adotivos desconhecem a possibilidade desta ser portadora do vírus HIV, uma vez que sua mãe biológica é. A possibilidade de transmissão vertical existe mesmo com a queda importante desta com a utilização de esquemas de medicações padronizadas e que devem ser utilizadas na gestação, durante o parto e pelo bebê até seis semanas de vida. Sendo assim deve ser assegurado a esta criança o direito de assistência médica especializada, e para que isto seja feito existe a necessidade do conhecimento pelos pais adotivos do estado sorológico da mãe biológica da criança. Neste caso, o segredo médico precisa ser relativizado, uma vez que o que está em jogo é um menor,

que não tem nenhuma “capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo”.

Diante disto constitui um dever legal da instituição que faz o acompanhamento da mãe biológica portadora do HIV e que deveria fazer também o acompanhamento da criança levar ao conhecimento da 1ª Vara da Infância e Juventude de Salvador esta informação de grande importância para a manutenção da saúde de um menor. Caberia ainda uma conversa com a mãe biológica da criança no sentido de convencê-la da importância de que esta informação seja passada ao juiz, já se antevendo que a recusa, assim como a não-informação anterior, possa ser justificada pela possibilidade de prejudicar o processo de adoção.

Concordamos portanto com a conclusão do parecer da consultoria jurídica.

Este é o PARECER, SMJ,

APROVADO EM 4/7/2003.

PARECER 60/03

Assunto: Teste sorológico para HIV após acidente cirúrgico.

Relatora: Consa. Ceuci de Lima Xavier Nunes.

Ementa: Em caso de acidente com material biológico é recomendável a realização de sorologia para HIV e outras viroses transmitidas por sangue, tanto na fonte como no profissional acidentado.

Em caso de recusa para coleta dos exames por parte do profissional de saúde envolvido, a Diretoria do hospital deve prover meios administrativos para salvaguardar os interesses da própria instituição.

Não constitui direito do paciente o conhecimento do resultado dos exames sorológicos do profissional de saúde, quando o acidente não o coloca sob risco para aquisição da doença.

Parte Expositiva:

O consultante, assessor da diretoria médica de um grande hospital de Salvador, solicita orientação deste Conselho de como proceder diante da recusa de um médico vítima de acidente perfurante com agulha de sutura numa cirurgia, a se submeter a exames sorológicos, inclusive para HIV.

Informa que a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde conforme Portaria GM/MS nº 874/97 de 3/7/1997 e publicado no DOU, de 4/7/1997, que no seu anexo item II (Recomendações para quimioprofilaxia após exposição ocupacional ao HIV) estabelece nas observações que “deve-se solicitar sorologia para HIV, imediatamente após o acidente, para todo indivíduo que sofra exposição ocupacional ao HIV”.

A exposição ocupacional ao HIV é uma das formas de transmissão do vírus e segundo relatos da literatura médica ocorre em média em 0,3% dos casos de acidente com pacientes sabidamente portadores do vírus, variando de acordo com o tipo de acidente e o estágio de doença do paciente, assim como a utilização ou não de tratamento anti-retroviral. Embora não existam relatos na literatura médica de transmissão do HIV em acidentes envolvendo agulha de sutura (por esta não ter luz), o risco teórico existe. No Brasil, os dados sobre transmissão do HIV como risco ocupacional são praticamente inexistentes devido à não-notificação.

A prevenção de acidentes com sangue ou secreções, incluindo os perfurocortantes é um dos principais destaques nas disciplinas de biossegurança e têm sido difundidos nas instituições de saúde do Brasil, especialmente após o advento da Aids na década de 80. Outrossim, a prevenção total dos acidentes é impossível, pela própria condição humana.

Diante disto, existem normas do Ministério da Saúde que estabelecem condutas em casos de acidentes, pois se estima que a profilaxia pós-exposição seja eficiente para prevenção de até 80% dos casos. Para tanto é necessário a realização de testes sorológicos na fonte (paciente com o qual o profissional de saúde se acidentou), assim como no próprio profissional, para assegurar que este não seja portador de algum dos vírus já no momento do acidente investigado.

Do ponto de vista ético, entretanto, o teste para HIV não pode ser compulsório. Resolução do CFM nº 1.665/2003 que dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da Sida/Aids e soropositivos, e revoga a Resolução CFM 1.359/92 expõe claramente sobre o assunto em tela, na responsabilidade da garantia de condições para o atendimento ao portador do HIV/Aids, assim como a não-compulsoriedade para testagem e a garantia do sigilo quanto ao resultado da sorologia para o HIV:

Art. 1º - O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

Parágrafo 2º - O atendimento a qualquer paciente, independentemente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, razão pela qual não se pode alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para a recusa da prestação de assistência.

Art. 4º - É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV.

Art. 9º - O sigilo profissional que liga os médicos entre si e cada médico a seu paciente deve ser absoluto, nos termos da lei, e notadamente resguardado em relação aos empregadores e aos serviços públicos.

Parágrafo Único - O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da Sida/Aids, mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família.

Art. 10 - O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes portadores do vírus da Sida/Aids, salvo nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente.

CONCLUSÃO

Desta forma, o médico tem o direito de não se submeter a qualquer exame sorológico, inclusive para detecção do HIV, assim como não é direito do paciente em questão ter acesso aos resultados de exame do médico, uma vez que o acidente ocorreu com o médico e o coloca em risco e não ao paciente.

Desta forma, a instituição, para se resguardar, deve solicitar que o médico assine um termo de recusa de se submeter a testagem ou faça um documento com testemunhas, caso o médico não concorde em assinar.

É O PARECER, SMJ.

APROVADO EM 6/11/2003.

PARECER 66/05

Assunto: Segredo médico nos casos de HIV/Aids.

Relatora: Consa. Sumaia Boaventura André.

Ementa: Companheira(o) de portador(a) de HIV/Aids tem o direito de saber através do(a) médico (a) o diagnóstico, esgotadas as possibilidades de concordância do paciente.

CONSULTA:

Médica formula a seguinte consulta: “Em relação à ética médica, tem um item que refere ao sigilo e que sua quebra se daria nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente. Em relação a paciente com HIV/Aids que esconde o diagnóstico do(a) companheiro (a). Até onde vai a responsabilidade do profissional e do(a) paciente e a co-responsabilidade do(a) seu (sua) companheiro(a).”

PARECER:

O CEM aborda a questão do segredo médico em dois artigos:

Art. 11 – O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho das 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. 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.

Nos Princípios Fundamentais, encontramos o Art. 2º que enuncia: “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 da sua capacidade profissional.”

A relação médico-paciente constitui-se baseada na confiança e pressupõe um certo equilíbrio entre as partes, ou seja, tanto um como outro são sujeitos de direitos e deveres. O paciente confia no saber que o médico detém, que é validado socialmente pela diplomação, e em atributos morais que julga relevante. O médico presume que o paciente será leal, contando-lhe sua história verdadeira, sem omissões ou inverdades que possam levar a erro de diagnóstico ou de prognóstico. O paciente compromete-se a seguir as orientações do profissional de saúde por ele escolhido não apenas quanto às prescrições relativas às drogas, mas quanto aos cuidados preconizados. Este “comprometimento”, na realidade, constitui-se na aceitação do tratamento proposto pelo médico, após a compreensão das bases da escolha, cotejando-se o tratamento indicado com outros porventura existentes, para que o paciente possa manifestar-se, no processo de consentimento informado.

O direito do paciente à autonomia nasceu no contexto da redação do Código de Nuremberg, em 1947, mas só passou a integrar a relação médico-paciente nas décadas de 60 e 70.

Na bioética principialista, a autonomia, o respeito às pessoas se baseia na filosofia de Kant, formulador do princípio de que o homem é um fim em si mesmo, não um meio. Disto advém o reconhecimento de que toda pessoa tem direito a autodeterminação, isto é, direito de agir de acordo com seus próprios julgamentos e convicções. (Meirelles Gomes, 2005).

O sigilo é um subprincípio vinculado ao princípio da autonomia e também da justiça, pois a informação obtida pelo médico no exercício de sua prática “é para uso exclusivo em favor do paciente como legítimo proprietário e ou em circunstâncias excepcionais, em defesa de terceiros (em nome de um bem maior, sacrifica-se o bem menor)” (Veloso de França, 1975).

O sigilo é oriundo do juramento hipocrático: “O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida eu vir e ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo”. (Apud Fabri dos Anjos, 2005).

Na forma como está colocado no juramento hipocrático, “compreende apenas certos fatos, tendo em vista a sua natureza e suas normas, equiparando-se a uma espécie de contrato entre os mestres de Cós e os neófitos de Asclepiádes”, traduzindo-se em uma obrigação moral. (Fabri dos Anjos, 2005).

Veloso de França enuncia que o sigilo é uma maneira de assegurar a vontade e o interesse, expresso ou tácito, de que sejam mantidos em caráter reservado, certos fatos, que inevitavelmente trariam prejuízo de ordem moral ou material. De acordo com este autor, existem três correntes doutrinárias, ou escolas, que discutem o segredo profissional médico: Escola Absolutista, Abolicionista, e Intermediária.

A Escola Absolutista impõe o sigilo total, em todos os casos, em qualquer situação, mesmo que comprometa os interesses da justiça. Portanto, o segredo médico, defendido em termos absolutos, tem o mesmo status da confissão, expressa nas palavras de Santo Agostinho; “O que sei por confissão, sei-o menos de que aquilo que nunca soube”.

A Escola Abolicionista considera o segredo como uma farsa entre o doente e o médico, estranhando-se que a lei proteja o interesse de uma pessoa em prejuízo dos interesses da coletividade.

A Escola Intermediária aceita o sigilo médico relativo, fundamentando-se em razões jurídicas, éticas, morais e sociais.

Na atualidade, o segredo médico absoluto inexistente; boletins médicos fornecidos à imprensa, obrigatoriedade da notificação de suspeita de doenças para a vigilância epidemiológica são exemplos desta relativização. O caráter de inviolabilidade é contraditório em vários momentos do exercício da Medicina. Todavia, a quebra do sigilo médico só pode acontecer em situações muito especiais da prática médica ou quando a lei define que um interesse superior exige tal medida.

Segundo Veloso de França, existem eventualidades em que o segredo desaparece, Em face das exigências legais e aos interesses coletivos, tais como:

- 1 - quando se tratar de uma declaração de nascimento.
- 2 - quando para evitar um casamento em casos de certas enfermidades que possam por em risco a saúde de um dos cônjuges ou da prole.
- 3 - nos atestados de óbito.
- 4 - na declaração de doenças infecto-contagiosas.
- 5 - quando se tratar de fato delituoso previsto em lei.
- 6 - nas sevícias de menor, e se tratar de lesões ou enfermidades que exijam cuidados por parte da família e que envolvam terceiros.
- 7 - nas perícias médico-legais.
- 8 - nos abortos criminosos.
- 9 - nas cobranças judiciais de honorários médicos.
- 10 - nos registros de livros hospitalares.

Ainda de acordo com o mesmo autor, o segredo deve ser mantido, principalmente, para proteger o interesse do paciente. Todavia, a revelação do segredo médico não pode constituir ilícito quando levado pela necessidade de defender-se um interesse contrário mais importante. No confronto de dois interesses, o direito aprova e consente o sacrifício do menos valioso. O fundamento jurídico do sigilo profissional não é um contrato de direito privado, mas uma disposição de ordem pública. A idéia de inviolabilidade do segredo profissional é incompatível com a realidade social e com a ordem pública, e quando diante de um interesse social, passa ele a ter características de relatividade.

Os direitos do paciente quando compreendidos e exercidos ajudam a ampliar sua consciência de cidadania, e, por conseguinte, o conhecimento dos seus direitos e deveres. A autonomia do paciente, quando confrontada com o direito de outrem, que poderá sofrer conseqüências advindas de suas decisões, estabelece uma tensão entre esta autonomia e o princípio da beneficência, ou não maleficência referida aos demais. Estabelece ainda o confronto entre a sua autonomia e a autonomia do outro. O direito do paciente de não divulgar sua condição de portador de HIV/Aids confronta-se com o direito do outro de saber-se em risco, com o direito do outro ao acesso ao conseqüente cuidado médico.

Giovanni Berlingüer contribui para a discussão da “tensão dialética entre o individual e o coletivo, entre os princípios da autonomia e de justiça”, referindo que a preocupação com o coletivo deva suplantar a do individual. Na sua visão, o princípio da justiça transcende a preocupação referente à redistribuição igual dos recursos existentes, tendo como fundamento ético principal a possibilidade de “permitir e ajudar cada um dos seres humanos a ser verdadeiramente autônomo e, por meio de suas decisões livres, melhorar a si mesmo e multiplicar a riqueza moral e material da sociedade.”

Márcio Fabri dos Anjos desenvolve o conceito de vulnerabilidade relacionado ao princípio da autonomia. Chama a atenção para as bases sociológicas com que as autonomias se sustentam ou são ameaçadas e às vezes anuladas. Refere que “A autonomia sociológica dos sujeitos tem um tecido social mais complexo que não permite que ela seja postulada e compreendida apenas em relação ao médico e seu paciente. A autonomia das pessoas passa hoje, entre outras coisas, pelo saber tecnológico combinado com o poder político e econômico. Quem está despojado de poder se torna vulnerável. E a vulnerabilidade expõe as pessoas a grosseiros e sutis

desrespeitos de sua autonomia. Podemos assim dizer que a vulnerabilidade é um conceito-chave a ser evocado constantemente quando se pensa a autonomia". (Berlinguer, 1993).

O entendimento do conceito de vulnerabilidade amplia a responsabilidade do médico na tomada de decisões que dizem respeito a uma ou mais pessoas. A ética da responsabilidade traduz-se no dever de aproximar-se do entendimento das relações de poder que permeiam as relações sociais e atuar positivamente no sentido de diminuir as assimetrias. Daí a necessidade de posicionamento nas desigualdades de gênero ou de outras naturezas. No caso específico, traduz-se em esclarecer ao (à) paciente as suas responsabilidades relativas à (às) sua (seu) companheira (o), e da responsabilidade do médico perante o outro, companheira (o) do (a) paciente. Também é responsabilidade de ambos a identificação da cadeia epidemiológica da doença visando à interrupção da transmissão do agente etiológico. O desejável seria contar com a concordância do paciente para partilhar seu diagnóstico com a (o) companheira (o). Persistindo a negativa do (a) paciente, esgotadas todas as possibilidades de que entenda e assuma esta tarefa, deve o médico comunicar o diagnóstico de HIV/Aids à (ao) companheira do (a) paciente.

APROVADO EM 6/9/2005.

HOSPITAL-DIA

PARECER 72/03

Assunto: Obrigatoriedade de Banco de Sangue em hospital-dia.

Relatora: Consa. Lícia Maria Cavalcanti Silva.

Ementa: Não existe obrigatoriedade para Hospital-Dia possuir agência transfusional nas suas instalações, considerando que este tipo de unidade não presta assistência de emergência, não atua na área de Obstetrícia e não possui leitos para atendimento a pacientes agudos.

O consultante solicita do Cremeb informações sobre a existência de normas que disponha sobre a exigibilidade da implantação de banco de sangue ou agência transfusional em um hospital e se esta exigibilidade estaria atrelada ao número de leitos do hospital ou da complexidade dos procedimentos realizados nas suas dependências? E se a Vigilância Sanitária tem legitimidade para exigir que um hospital-dia que realiza procedimentos cirúrgicos ambulatoriais disponha de uma agência transfusional?

Analisando portarias, resoluções do Ministério da Saúde e Anvisa, encontramos.

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anvisa, no Anexo I dos Princípios Gerais do Regulamento Técnico dos Serviços de Hemoterapia, define:

A instituição que realize intervenções cirúrgicas de médio ou de grande porte possua serviços de Obstetrícia, conte com serviço de emergência, possua mais de 30(trinta) leitos para pacientes agudos ou efetue mais de 60(sessenta) transfusões/mês, deve contar, pelo menos, com uma agência transfusional-AT dentro das suas instalações.

Concluímos que a Vigilância Sanitária deva ter como normas as resoluções da Anvisa, portanto não nos parece legítimo exigir de hospital-dia a existência de agência transfusional, considerando que este tipo de unidade não possui as características de serviços contidos na Resolução nº 343 de Anvisa.

Este é o NOSSO PARECER,

APROVADO EM 4/12/2003.

MEDICINA DO TRABALHO

PARECER 40/07

Assunto: Atuação de médico do trabalho como “assistente técnico” dos advogados de empresa em reclamação trabalhista.

Relator: Cons. Paulo Sérgio Alves Correia Santos.

Ementa: Ao médico do trabalho dentro dos princípios da imparcialidade e ética é permitido atuar como assistente técnico de empresa onde atua, não se caracterizando esta ação como ato pericial, por ser mero assessor da parte e não do juízo.

DA CONSULTA

Consulente médica do trabalho solicita parecer a este Conselho de eticidade de sua participação como assistente técnico do jurídico da empresa onde exerce suas funções, em reclamação trabalhista movida por funcionário em desfavor desta mesma empresa.

Anexa cópia da solicitação de sua participação como acompanhamento do perito do juízo na perícia a ser realizada nas instalações da empresa.

DO PARECER

A Consultoria Jurídica do Creneb é solicitada a emitir parecer, no que fundamenta a sua análise e conclusão considerando o Artigo 12 da Resolução CFM N° 1.488/98, que estabelece:

“O médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresas e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, nos casos que envolvam a firma contratante e ou seus assistidos (atuais ou passados)”.

Discorre a Consultoria Jurídica lembrando que, quando necessário o ato pericial a que faz mister a perícia técnica, o nomeado deve ser perito, o qual atuará como parte auxiliar da Justiça, sendo que no final apresentará laudo conclusivo.

As partes envolvidas poderão indicar um assistente técnico para acompanhamento do juízo. Estes assistentes serão sempre assessores das partes, não prestam compromisso.

Cita no seu parecer a Consultoria Jurídica a Resolução n° 76/96 do CRM-SP que diz:

“...proíbe ao médico responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional da empresa de ser perito judicial (secundário ou previdenciário) ou assistente técnico da empresa, em casos que envolvam a empresa e ou seus assistidos (atuais ou passados).

A finalidade do dispositivo é evitar que o médico seja obrigado a atuar contra pessoas com as quais tenha estabelecido uma relação médico-paciente”.

Conclui a Consultoria Jurídica:

“Desta forma, sem embargo de que no questionamento sub examine é aventado o fato de ser o médico funcionário da empresa (reclamada), parece-nos que isto não obsta à indicação da mesma como assistente técnico em quaisquer ações judiciais em que tal empresa for parte.

Por fim, que se ouça a Câmara Técnica de Medicina do Trabalho deste Regional ou o médico especialista, visando obter informações acerca da prática hodierna e considerando a especificidade da matéria, haja vista ausência de norma expressa exceto a Resolução CFM nº 1.488, onde não se constata qualquer vedação a nomeação do médico do trabalho como assistente técnico da empresa em reclamações trabalhistas, que seja a matéria discutida e aprovada pelo Pleno, e se for o caso que se consulte o egrégio CFM”.

Solicitada a Câmara Técnica de Medicina do Trabalho do Cremeb emite parecer, que na sua conclusão afirma:

“Concluo afirmando que a colega deva cumprir o disposto no Artigo 12 da Resolução 1.488/98, pois assim estará preservada a relação de confiança entre o médico e o paciente, como está muito bem colocado no parecer da Consultoria Jurídica. A norma ética visa, sempre, preservar a relação médico/paciente. Atribuindo-se ao médico assistente, mesmo que em função do trabalho, a responsabilidade de atuar como perito ou assistente de perito, obviamente este terá que decidir com imparcialidade, o que muitas vezes significa tomar atitudes contrárias ao interesse de ‘seu paciente’, destruindo definitivamente a relação de confiança mútua necessária ao bom desempenho da função do médico”.

Temos então o estabelecimento do contraditório entre a Consultoria Jurídica e a Câmara Técnica.

Entende este parecerista que, pressupondo que, quando nomeado assistente técnico da empresa onde trabalha, o médico do trabalho poderia atuar com imparcialidade, sem a negação de conduta moral e ética, pois não sendo “peritos”, e sim assistentes técnicos, peça necessária no ato da realização de uma perícia, os seus conhecimentos técnicos a respeito dos ambientes de trabalho, funções exercidas na empresa e riscos ambientais, são itens relevantes que analisados com o perito da Justiça irão fundamentar o juízo de razão.

Caberá ao senhor perito do juízo analisá-los e incorporá-los ou não, para elaboração do seu laudo conclusivo.

Assistente técnico não emite laudo na lide, já foi dito, por não atuar como perito.

É um mero assistente, um acompanhante, um observador ou até mesmo um escla-recedor quando solicitado pelo perito do juízo.

Portanto, não vemos impedimento na atuação do médico do trabalho da empresa em questão judicial desta mesma empresa quando solicitado.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 31/7/2007.

MORTE ENCEFÁLICA

PARECER 31/04

Assunto: Seria um ato médico ético e lícito a realização de diagnóstico de morte encefálica por parte de médicos anesthesiologistas e intensivistas de um hospital?

Relator: Cons. Sílvio Porto de Oliveira.

Ementa: O diagnóstico de morte encefálica deve ser realizado por médicos legalmente habilitados e de acordo com a Lei 9.434/97 em conformidade com critérios da Resolução 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, estando impedidos os médicos componentes da equipe de transplante.

Os consulentes questionam e submetem a apreciação técnica do Cremeb se seria um ato médico ético e lícito a realização de diagnóstico de morte encefálica por parte de médicos anesthesiologistas e intensivistas de determinado hospital.

Preliminarmente, informam que o hospital em que trabalham como anesthesiologistas e intensivistas, há alguns anos, vem desenvolvendo um programa de transplantes de órgãos, e eles realizam todas as anestésias e recebem os honorários correspondentes.

Recentemente, eles são solicitados a fazer a primeira avaliação clínica para a constatação de morte encefálica, enquanto plantonistas do CTI.

Tecem considerações sobre a Lei 9.434/97, Capítulo II, Art. 3º que diz: "A retirada post morte de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não-participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por Resolução do Conselho Federal de Medicina".

Informam que os honorários dos integrantes da equipe de anesthesiologia e terapia intensiva são divididos igualmente, respeitando-se a proporcionalidade das horas trabalhadas. Mesmo que um médico não-anesthesiologista, apenas intensivista integrante da equipe não esteja diretamente ligado ao transplante receberá honorários proveniente da cirurgia do transplante.

Decidiram não realizar o exame para diagnóstico de morte encefálica, pois no entendimento deles estariam infringindo a lei.

Comentários: A regulamentação da Lei 9.434/97 que versa sobre transplantes de órgãos foi feita pelo Decreto 2.434, de 30/6/97 e destacamos o seguinte:

O Capítulo II que trata da autorização, na Seção III, que trata das equipes especializadas, no seu Art. 10 diz que a composição das equipes especializadas será determinada em função do procedimento, mediante integração dos profissionais autorizados na forma desta seção.

O &1º Será exigível, no caso de transplante, a definição em número e habilitação de profissionais necessários à realização do procedimento, não podendo a equipe funcionar na falta de alguns deles.

O &2º A autorização será concedida por equipes especializadas, qualquer que seja a sua composição, devendo o pedido no caso do parágrafo anterior ser formalizado em conjunto e só será deferido se todos satisfizerem os requisitos exigidos nesta seção.

No seu Art. 11, que além da necessária habilitação profissional, os médicos deverão instruir o pedido de autorização com:

- I – Certificado de pós-graduação em nível no mínimo de residência médica ou título de especialista reconhecido no País;
- II – Certidão negativa de infração ética, passada pelo órgão de classe em que forem inscritos.

Parágrafo Único: Eventuais condenações, anotadas no documento a que se refere o inciso II deste artigo, não são indutoras de indeferimento do pedido, salvo em casos de omissão ou de erro médico que tenha resultado em morte ou lesão corporal de natureza grave.

O Capítulo IV que trata da retirada de partes, na Seção I, que trata da comprovação da morte, no seu Art. 16 diz que a retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica.

&1º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo critérios clínicos e tecnológicos definidos em Resolução do CFM, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia reconhecido no País.

&2º São dispensáveis os procedimentos previstos no parágrafo anterior quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

&3º Não podem participar do processo de verificação de morte encefálica médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas, na forma deste decreto, a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecido, órgãos ou partes.

O nosso Código de Ética no seu Artigo 72 veda ao médico participar do processo diagnóstico da morte encefálica ou da decisão de suspender os meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente a equipe de transplante. A Resolução CFM 1.480/97 define os critérios de morte encefálica.

Fica bem claro que, legal e eticamente, os médicos componentes de equipe encarregada de transplante estão impedidos de participar do diagnóstico de morte encefálica.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 8/10/2004.

OFTALMOLOGIA

PARECER 24/03

Assunto: Venda de lentes de contato por médicos oftalmologistas e negativa de fornecimento de receita ao paciente.

Relatora: Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves.

Ementa: A venda de lentes de contato por médicos oftalmologistas é antiética. O oftalmologista deve fazer a adaptação de lentes de contato. A receita de lentes corretoras para confecção de óculos é parte da consulta e deve ser entregue ao paciente. A receita de lentes de contato, entretanto, só pode ser fornecida após procedimentos específicos para a adaptação das mesmas.

CONSULTA:

O presente expediente originou-se em correspondência eletrônica enviada por um paciente a este Conselho, arguindo se é legal a venda de lentes de contato por médicos oftalmologistas e se a negativa da receita é eticamente aceitável.

PARECER:

Este tema tem suscitado algumas polêmicas nas sessões plenárias deste douto Conselho pela dimensão do problema, pela emergente autonomia do paciente e pela dificuldade de esclarecimento da técnica de adaptação de lentes de contato. À guisa de elucidar esta última, solicitamos vistas deste expediente para ouvir o colegiado da Câmara Técnica de Oftalmologia e poder contribuir na construção de normas que possam nortear a todos, neste importante ato profissional.

A adaptação médica de lentes de contato não pode ser vista apenas como venda do produto pelo oftalmologista, até porque isto conflitaria frontalmente com os artigos 98 e 99 do Código de Ética Médica. No entanto, esta adaptação representa um ato médico complexo e exclusivo desta categoria profissional por força de lei.

De acordo com o Decreto 20.931/32, ainda vigente, que regula e fiscaliza o exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, determina em seus artigos 38 e 39 que:

“Art. 38 – É terminantemente proibido aos enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedista, a instalação de consultórios para atender clientes, devendo o material aí encontrado ser apreendido e remetido para o depósito público, onde será vendido judicialmente a requerimento da Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública, a quem a autoridade competente oficiará nesse sentido. O produto do leilão judicial será recolhido ao Tesouro, pelo mesmo processo que as multas sanitárias.

Art. 39 – É vedado às casas de óptica confeccionar e vender lentes de grau sem prescrição médica, bem como instalar consultórios médicos nas dependências dos seus estabelecimentos.”

O Decreto 24.492/34 que regulamenta a venda de lentes de grau dispõe que:

“Art. 9º – Ao ótico prático do estabelecimento compete:

- a) a manipulação ou fabrico das lentes de grau;
- b) o aviamento perfeito das fórmulas óticas fornecidas por médico oculista;
- c) substituir por lentes de grau idêntico aquelas que lhe forem apresentadas danificadas;
- d) datar e assinar diariamente o livro de registro do receituário de ótica.

Art. 13 – É expressamente proibido ao proprietário, sócio, gerente, ótico prático e demais empregados do estabelecimento escolher ou permitir escolher, indicar ou aconselhar o uso de lentes de grau, sob pena de processo por exercício ilegal da Medicina, além das outras penalidades previstas em lei.”

“Art. 14 – O estabelecimento de venda de lentes de grau só poderá fornecer lentes de grau mediante apresentação da fórmula ótica de médicos, cujo diploma se ache devidamente registrado na repartição competente.”

Portanto, sua prática por profissionais não-médicos configura exercício ilegal da Medicina.

Depreendemos do parecer da Câmara Técnica de Oftalmologia as seguintes considerações:

“O ato médico de adaptação de lentes de contato se inicia na consulta oftalmológica, que deve ser completa com avaliação criteriosa do paciente, incluindo exame de refração, ceratometria/ceratoscopia, biomicroscopia com avaliação minuciosa do filme lacrimal; continua no momento dos testes para a escolha da lente ideal envolvendo, dentre outros parâmetros, a seleção do material, o desenho das lentes, seu diâmetro e curva base, a dioptria ou ‘grau’ dos óculos prescritos, continua no ato de entrega destas lentes com a avaliação da acuidade visual, conforto, mobilidade, centralização, tolerância; continua com o treinamento e educação do usuário importantíssimo para evitar complicações; continua com os retornos para controle da adaptação. É um ato médico complexo envolto em alterações fisiológicas controláveis através do conhecimento científico com riscos e complicações de amplitude, muitas vezes, pouco previsíveis se forem negligenciados o manejo por pacientes.”

Da revista Brasileira de Oftalmologia pesquisamos alguns artigos que possibilitam descrever as seqüelas, muitas vezes irreversíveis, conseqüentes de lentes de contato mal adaptadas em córneas patológicas ou saudáveis e que embasam nossas preocupações.

A Câmara Técnica de Oftalmologia conclui que a adaptação de lentes de contato:

“Pode ser praticada em córneas saudáveis com a finalidade estética de eliminar os óculos, porém com frequência as adaptações são realizadas em córneas portadoras de ectasias, transplantadas, submetidas previamente a procedimentos cirúrgicos variados, com alterações epiteliais ou endoteliais, com cicatrizes, em pacientes de qualquer idade, incluindo extremos como recém-nascidos e idosos.”

Podemos ainda referendar pareceres do CFM (35 e 37/90; 1345-57/81; 23/94) que se debruçam sobre o assunto trazendo no seu bojo a importância dos conhecimentos científicos médicos para que o procedimento tenha boa aceitação pelo paciente e alcance o sucesso desejado.

Processo Consulta CFM n.º 37/1990:

“...reconhece-se a necessidade de que as lentes de contato sejam aplicadas pelo médico, o qual detém de maneira exclusiva a competência profissional e a responsabilidade pela adaptação e as suas possíveis consequências sobre a saúde do paciente.”

Processo Consulta CFM n.º 35/1990:

“...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.”

Processo Consulta CFM 23/94:

“...o procedimento correto é cobrar-se, de forma claramente, separados os valores de honorários profissionais dos valores dos materiais empregados. Estes deverão ter seus custos repassados aos pacientes, sem acréscimo para que não se constitua em comércio, comprovando-se os valores através do fornecimento de recibo e cópia da nota fiscal emitida pelos fornecedores em nome de quem as adquiriu, no caso, o médico oftalmologista.”

CONCLUSÃO

As questões argüidas pelo consulente podem ser encaminhadas no seguinte formato:

1) *É legal a venda de lentes de contato por médicos oftalmologistas?*

Não é ético. No entanto, após as considerações referidas no parecer, podemos ponderar que o oftalmologista pode e deve fazer a adaptação de lentes de contato para salvaguardar a saúde ocular dos pacientes, permitindo a cobrança de honorários médicos por este ato.

2) *É correto a negativa da receita ao paciente?*

Não. A receita das lentes corretoras é parte da consulta e deve ser entregue ao paciente. Vale ressaltar que a receita de lentes de contato é averiguada a partir das informações obtidas nos testes específicos para tal e este procedimento configura-se na adaptação das lentes de contato não incluídas na consulta.

Concluimos reconhecendo que é imperativo doutrinar as ações que abarcam a adaptação de lentes de contato, referendando o Código de Ética Médica e as leis brasileiras. Entretanto, devemos salvaguardar a saúde da população, orientando para que os usuários de lentes de contato conheçam os riscos e benefícios dos procedimentos centrados neste ato profissional e para tal devam buscar ajuda entre profissionais com competências e habilidades tecnicamente recomendáveis, neste campo do saber, específico da Medicina.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 16/7/2003.

PARECER 12/04**Assunto:** Paquimetria Corneana.**Relatora:** Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves.

Ementa: Do ponto de vista do conhecimento técnico atual, a paquimetria corneana está indicada como propedêutica do glaucoma a nas cirurgias refrativas sua realização é mandatória.

CONSULTA:

Esta consulta foi encaminhada solicitando esclarecimentos a respeito do procedimento oftalmológico da paquimetria corneana, nos casos de pacientes suspeitos sou portadores de glaucoma a nas cirurgias refrativas.

Este parecer foi encaminhado à Câmara Técnica de Oftalmologia a foi exarado pela eminente oftalmologista Dra. Yamna Dahia e aprovado pela Câmara Técnica de Oftalmologia.

PARECER:

O procedimento da paquimetria vem sendo colocado como rotina para investigação do glaucoma, desde que estudos científicos têm revelado relação entre casos de glaucoma de pressão normal a valores de paquimetria abaixo da média, bem como em sentido inverso, casos de hipertensão ocular nos quais não se identificam o surgimento de lesão do nervo óptico e do campo visual, associados a paquimetria elevadas.

Este fato tem sido estudado à luz do conceito de que a tononmetria de aplanção, medida da pressão intra-ocular, realizada através da técnica idealizada por Goldman, estabelecia como padrão córneas com espessura de 520 micra, a que esta medida pode sofrer influência, quando existe uma variação significativa da espessura corneana, para mais ou para menos. Desta forma, do ponto de vista do conhecimento técnico atual, a realização da paquimetria corneana, está indicada a fazer parte da propedêutica do glaucoma.

No caso em tela, a consulente também questiona a utilização da técnica da paquimetria na propedêutica da cirurgia refrativa. Neste caso, o exame é mandatório, visto que a partir dele pode-se determinar a indicação ou a contra-indicação da cirurgia refrativa, baseando-se em critérios de segurança quanto à espessura corneana mínima necessária para o procedimento seguro do LASIK.

APROVADO EM 8/3/2004.

PARECER 73/05

Assunto: Convênio entre serviço de ótica e serviço de oftalmologia, com responsável único pelos dois conveniados.

Relatora: Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves.

Ementa: Constitui infração ética a comercialização pelo médico de qualquer produto de prescrição, como também prestar serviços em instituição que tenham interação com ótica.

DA CONSULTA:

A consulente, assistente social de uma prefeitura do Estado da Bahia, envia correspondência a este CRM nos seguintes termos:

“.....venho solicitar informações e pareceres referentes ao Código de Processo Ético Profissional no que diz respeito a possibilidade de realizar convênio com serviço de ótica e da área médico-oftalmológica, em que o responsável pelos dois serviços é um único dono. Gostaria de obter esclarecimento se este convênio está em conformidade com a ética, com o bom senso e com a legislação vigente.”

PARECER:

No que diz respeito ao profissional médico, o Código de Ética Médica no seu Art. 98, determina que é vedado ao médico: “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”.

No que diz respeito ao comércio de produtos de prescrição médica, o Decreto nº 24.492, de 28 de junho de 1934 diz:

Art.12 – Nenhum médico oculista, na localidade em que exercer a clínica, nem a respectiva esposa, poderá possuir ou ter sociedade para explorar o comércio de lentes de grau.

Art.13 – É expressamente proibido ao proprietário, sócio, gerente, ótico prático e demais empregados do estabelecimento escolher ou permitir escolher, indicar ou aconselhar o uso de lentes de grau, sob pena de processo por exercício ilegal da Medicina, além de outras penalidades previstas em lei.

Art.14 – O estabelecimento de venda de lentes de grau só poderá fornecer lentes de grau devidamente mediante apresentação da fórmula ótica de médico, cujo diploma se ache devidamente registrado na repartição competente.

Art. 16 – O estabelecimento comercial de venda de lentes de grau não pode ter consultório médico, em qualquer de seus compartimentos ou dependências, não sendo permitido ao médico sua instalação em lugar de acesso obrigatório pelo estabelecimento.

§ 1º – É vedado ao estabelecimento comercial manter consultório médico

mesmo fora das suas dependências, indicar médico oculista que dê aos seus recomendados vantagens não concedidas aos demais clientes e distribuir cartões ou vales que dêem direito a consultas gratuitas, remuneradas ou com redução de preço.

§2º – É proibido aos médicos oftalmologistas, seja por que processo for, indicar determinado estabelecimento de venda de lentes de grau para aviamento de suas prescrições.

Para finalizar, respondendo a indagação da consulente, entendemos que diante das normas referidas é vedado ao médico ter qualquer interação com o comércio de ótica, o que implica, obviamente, no impedimento em se ter uma empresa de prestação de serviços médicos e um serviço de ótica com um único dono médico. Também que é vedado à empresa de prestação de serviços médicos, e, portanto, proibido aos médicos prestar serviços em instituição com interação com serviços de ótica.

APROVADO EM 18/11/2005.

PARECER 01/07

Assunto: Tomografia de Coerência Óptica.

Relatora: Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves.

Ementa: A Tomografia de Coerência Óptica (OCT) é o único exame propedêutico que permite estabelecer diferenças entre as diversas camadas retinianas e, desta forma, pode descobrir alterações microscópicas precocemente. A sua utilização se direciona às retinopatias, sobretudo às maculopatias e alterações do disco óptico.

DA CONSULTA

A consulta solicita parecer sobre o exame “TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA”, para ser realizado nos usuários da rede.

DO PARECER

- 1) O tomógrafo de coerência óptica é um aparelho com o qual se realiza corte transversal virtual da retina, gerando imagens tomográficas de alta resolução e com alto grau de reprodutibilidade. A sua utilidade como procedimento diagnóstico oftalmológico resulta do fácil acesso óptico às estruturas do segmento posterior do olho. Como a imagem produzida é um verdadeiro corte transversal do tecido, ocorre uma “biópsia óptica” de excelente resolução;
- 2) O OCT (do inglês Optical Coherence Tomography) é semelhante ao ultra-som no modo B, no entanto ao invés da onda sonora, este utiliza luz como comprimento de onda infravermelho. Trata-se de uma técnica não-invasiva, na qual a luz é refletida ou absorvida pelos tecidos biológicos, propiciando a avaliação das estruturas intra-oculares opticamente acessíveis. É um exame de alta resolução (10 µm), que realiza cortes seccionais da retina e coróide, podendo detectar alterações anatômicas corio-retinianas no plano z (profundidade da retina). As alterações detectadas são observadas como alterações relativas de refletividade na interface óptica obtida pelo uso do método de interferometria de baixa coerência;
- 3) Utiliza-se um comprimento de onda máximo do infravermelho, sendo pequeno, portanto, o desconforto conseqüente ao exame. É um procedimento indolor de duração de 10 a 20 minutos. O aparelho não entra em contato com o olho do paciente e não requer a utilização de contraste;
- 4) A imagem do OCT, na retina humana normal, mostra aspectos anatômicos como a fóvea, o perfil retiniano e o disco óptico, evidenciando as características morfológicas destas estruturas;
- 5) O OCT é o único exame propedêutico que permite estabelecer uma diferença entre as diversas camadas retinianas: caracteriza a estrutura interna e sua relação intercelular;
- 6) A avaliação quantitativa de dimensões de estruturas intra-oculares, através de cortes tomográficos transversais, dá ao exame o potencial de diagnosticar e avaliar os resultados do tratamento e da evolução das lesões. A sua utilização, nos

últimos anos, se direciona, sobretudo, ao estudo de diversas maculopatias: coriorretinopatia serosa central, degeneração macular relacionada à idade, buraco macular, edema macular, membrana epirretiniana, uveítes e tração vítreo-macular, sendo também de grande utilidade no seguimento pós-tratamento cirúrgico, pós-injeção intravítrea de corticóide e pós-terapia fotodinâmica;

- 7) O OCT vem também sendo usado no estudo do disco óptico no sentido de identificar e quantificar uma *diminuição da espessura da camada de fibras nervosas*. Trabalhos recentes mostram que esta diminuição precede, em muitos casos, as alterações de campo visual e da escavação do nervo óptico e que, uma vez detectada, permitiria um diagnóstico e um tratamento mais precoces, diminuindo o risco de progressão da doença;
- 8) O OCT, por ter uma alta resolução, dez vezes maior que a da ressonância magnética nuclear, pode descobrir sinais microscópicos de alterações precoces do tecido estudado.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 4/1/2007.

ONCOLOGIA

PARECER 39/04

Assunto: Compra e fornecimento de medicamentos quimioterápicos por seguradoras.

Relator: Cons. Marco Antonio Cardoso de Almeida.

Ementa: O médico não deve se submeter a acompanhar clinicamente paciente oncológico em uso de medicação quimioterápica escolhida e fornecida por convênio ou seguradora de saúde, obedecidas as normas éticas que vedam a transformação da medicina em comércio.

EXPEDIENTE

Tem a mesma origem em expediente protocolado neste Regional, pela Diretoria Técnica de clínica de tratamento quimioterápico de pacientes oncológicos, dando conta que, em caso concreto não-identificado, seguradora de saúde comunicou verbalmente por preposto à referida clínica que não mais forneceria autorização para uso dos quimioterápicos comprados pela clínica, passando a fornecê-los aos pacientes, assumindo, assim, a compra e distribuição dos mesmos. Questiona a consultante a inexistência de equipe médica especializada nos quadros da seguradora, que possa responsabilizar-se “pela prescrição, administração e acompanhamento do procedimento”.

Questiona ainda que nestas circunstâncias “não concorda em fazer o acompanhamento destes pacientes, incluindo as suas possíveis complicações, com medicamentos fornecidos e ou administrados por pessoas não-qualificadas, esclarecendo que, por estes motivos, tais drogas não são vendidas em farmácias, mesmo sob prescrição médica. Neste sentido, pede orientação de conduta em tal situação e em semelhantes que, porventura, possam ocorrer, para salvaguarda da responsabilidade técnica.

DO PARECER

Reza o CEM no seu Art. 8º: “O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar a sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho”; e no seu Art. 9º que: “A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio”; e no 10: “O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”; e no 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 execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”.

Ora, no nosso entendimento, estão aqui os marcos que delimitam o conteúdo da situação exposta. Impor aos médicos o acompanhamento de paciente em situação de fragilidade física e mental devido a sua doença degenerativa e no curso de penoso tratamento, com prescrição alheia ao seu tirocínio clínico ou orientada por não-médico, seria inaceitável, inclusive por aqueles virem a assumir a responsabilidade por ato por eles não praticados, o que o próprio CEM também veda. Fornecer a medicação prescrita pelo médico assistente, cumpridas as prescrições do médico assistente, respeitadas as formulações farmacêuticas e especificações que contemplem tal

prescrição seria discutível, desde que por trás de tal comportamento de ambas as partes (médico assistente/diretor técnico e fornecedor/seguradora) não haja implícita ou veladamente o interesse do lucro e do valor econômico comercial e eticamente inaceitável. Vale ressaltar que no presente caso não se poderá aceitar posição dúbia (“ser ou não ser eis a questão”, já disse o escritor), aliás como em qualquer questão ética, assim parto do princípio que a existência da própria seguradora, interpondo-se na relação médico-paciente (agora médico-seguradora-paciente), é uma ilicitude que todos nós, no nosso dia-a-dia, cometemos, ferindo os Arts. 8º, 10 e 16 e quiçá o 9º. No tocante ao caso em pauta, não pode a seguradora prescrever, administrar e acompanhar as reações benéficas ou maléficas de um paciente que não é seu, e que não poderia sê-lo, tendo em vista o interesse financeiro do financiamento da saúde praticado pelo intermediário a que muitos, médicos e pacientes, estão submetidos. Questione-se ainda: a medicação a ser fornecida pela seguradora terá as especificações e surtirá os efeitos da droga original? Ou estaremos diante novamente de “similares”, eticamente inconcebíveis, quando reproduz na terapêutica a estratificação social injusta dos que são “beneficiados” pelos “originais” aqueloutros a quem só se permite o uso dos “similares”? Tais questionamentos se prendem ao fato público de denúncias, nas mais diversas mídias, de medicações de diferentes origens que não surtem efeitos ou que foram adulteradas, sempre em “honra e glória do lucro” e em prejuízo do ser humano.

Por outro lado, no nosso entendimento tal situação, se configurada, fere os termos do Art. 30 do CEM que veda ao médico “delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica”, no caso do médico assistente. E ainda no caso de um suposto médico da seguradora, estará sendo ferido o Art. 33 do mesmo CEM, que veda ao médico “assumir a responsabilidade por ato médico do qual não participou efetivamente”. No caso de não sendo médico o autor da prescrição, o médico assistente dando continuidade ao tratamento e o acompanhamento clínico estará ferindo o Art. 38 por “acumplear-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições que pratiquem atos ilícitos”. Ainda restará ferido o Art. 46 por “efetuar procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento do paciente ou de seu responsável legal, salvo em eminente perigo à vida”. Assim vemos que no caso em pauta é “ser ou não ser” e em qualquer das circunstâncias aqui levantadas trata-se da possibilidade de várias ilicitudes sob vários ângulos de observação, respeitadas as circunstâncias e cenários propostos.

Perguntar-se-á também: haverá em tal querela um interesse financeiro e lucrativo por parte de quem deveria zelar pelo bom desempenho da Medicina, sem transformá-la em comércio?

Ressalte-se aqui (sem exageros, pois é do ofício de todos zelar pela ética e pela verdade) a posição da consulente de dirigir-se ao Regional, sob tal situação relatada. Entretanto, ainda no nosso entendimento, se ficarem provadas tais práticas sob ordens do diretor técnico da seguradora, fica a consulente obrigada, por ser conhecedora do caso concretamente, conforme o seu ofício, a denunciar a este Regional o diretor técnico do referido convênio, pelo que reza os Arts. 17 e 19 do CEM, obedecidos os termos da Res. CFM 1.590/99, e em destaque o seu Art. 2º.

Este é o parecer, SMJ.

APROVADO EM 9/11/2004.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PARECER 13/05

Assunto: Jejum em pacientes a serem submetidos à anestesia para tratamento cirúrgico de fraturas expostas.

Relator: Cons. Sílvia Porto de Oliveira

Ementa: Considerando a importância da brevidade para início do tratamento cirúrgico de fraturas expostas, determinante do prognóstico para recuperação funcional, e as implicações éticas inerentes ao assunto, não deve ser aguardado jejum pré-operatório, especialmente em situações em que haja sofrimento de estruturas nervosas ou vasculares ou que exista sangramento importante.

Foi solicitado por diretor médico de um hospital da Bahia parecer consulta sobre a seguinte questão: jejum de ortopedia.

Considerando que a fratura exposta é um procedimento de urgência/emergência; considerando que muitas vezes existe a necessidade de reposição volêmica por perda sangüínea; considerando que o prognóstico do tratamento depende de sua brevidade; considerando que grande parte dessas fraturas se dá em membros inferiores, pergunta: Qual a necessidade de jejum nestes pacientes para submeter-se a anestesia?

O parecer da Câmara Técnica de Anestesiologia esclarece que o objetivo do jejum pré-operatório é reduzir o volume e a acidez do conteúdo gástrico durante a cirurgia, diminuindo o risco e grau de regurgitação, e prevenindo dessa forma a possibilidade de aspiração pulmonar e suas conseqüências. Tal complicação é uma das principais causas de morbidade e mortalidade relacionadas à anestesia, justificando-se a sua prevenção.

A Sociedade Americana de Anestesiologia desenvolveu um guia prático para o jejum pré-operatório e para uso de drogas envolvidas na diminuição do volume e da acidez do conteúdo gástrico.

As recomendações estão resumidas a seguir e aplica-se a qualquer que seja o tipo de anestesia empregada:

Líquidos sem resíduos: jejum de 2h para todas as idades;

Leite materno: jejum de 4h para recém-nascidos e lactentes;

Dieta leve e leite não-materno: jejum de 6h para crianças e adultos;

Fórmula infantil: jejum de 6h para recém-nascidos e lactentes;

Sólidos: jejum de 8h para crianças e adultos.

Revisão recente de literatura (citada nas referências bibliográficas no parecer da Câmara Técnica de Anestesiologia) informa que não se pode estabelecer com precisão o tempo de esvaziamento gástrico, principalmente para sólidos, nem predizer com certeza o volume do seu conteúdo. Isso é de particular importância nos pacientes vítimas de trauma, que apresentam redução do esvaziamento gástrico, em razão da resposta ao estresse. Neste caso, o tempo desde a última refeição até a ocorrência do trauma deve ser considerado como ao longo do qual ocorreu o esvaziamento gástrico. A partir do trauma, o esvaziamento é lento e difícil de predizer. As recomendações de jejum pré-operatório devem ser adotadas, modificadas ou reavaliadas em função das necessidades clínicas individuais, e estão sujeitas as revisões periódicas de acordo com

a evolução do conhecimento sobre o assunto. Os riscos e os benefícios devem ser considerados nos casos de emergência.

O prognóstico das fraturas expostas é determinado primariamente pelo grau de lesão causado pela injúria e pelo nível de contaminação bacteriana. Estes dois fatores são tão importantes para o resultado quanto à própria configuração da lesão. Portanto, um dos principais objetivos do tratamento de fraturas abertas deve ser evitar a infecção, sendo esta um dos determinantes da má consolidação e recuperação funcional. Daí a indicação de abordagem cirúrgica de urgência nesses casos para limpeza, debridamento, redução e reparo da fratura. Situações em que há comprometimento vascular ou de estruturas nervosas ou que existe perda sangüínea significativa são ainda mais graves e requerem intervenção cirúrgica em condição de emergência.

As mesmas diretrizes da Sociedade Americana de Anestesiologia recomendam que no caso de risco aumentado de regurgitação e aspiração, como na situação em questão (pacientes vítimas de trauma, com estômago cheio, em procedimentos de emergência), possam ser empregadas medicações para reduzir volume gástrico (metoclopramida), reduzir a secreção gástrica ácida (antagonistas H^2 e inibidores da bomba de prótons), aumentar o pH gástrico (antiácidos não-particulados). Tais medidas farmacológicas não têm impacto na redução da morbidade/mortalidade no caso da aspiração vir ocorrer.

Na conclusão, a Câmara Técnica de Anestesiologia estabelece:

- 1) Considerando que o tempo para o início do tratamento da fratura exposta tem impacto na possibilidade de infecção e esta é determinante do prognóstico;
- 2) Considerando que a vítima de trauma tem seu tempo de esvaziamento gástrico aumentado, de forma individual e pouco previsível;
- 3) Considerando que as orientações encontradas na literatura quanto ao jejum pré-operatório dizem respeito a procedimentos eletivos em pacientes sem predisposição para aspiração;
- 4) Considerando que medidas farmacológicas podem ser empregadas visando reduzir o volume do conteúdo gástrico e sua acidez;

Conclui que não deve ser aguardado jejum pré-operatório para tratamento de fraturas expostas, especialmente em situações em que haja sofrimento de estruturas nervosas ou vasculares ou que exista sangramento importante.

Concordo plenamente com as considerações da Câmara Técnica de Anestesiologia do Cremeb sobre o questionamento da necessidade de jejum pré-operatório em pacientes submetidos a anestesia para tratamento cirúrgico de fraturas expostas, que pode prevenir conflitos éticos importantes pelos profissionais médicos em serviços de Urgência e Emergência.

É O PARECER, SMJ.

APROVADO EM 18/2/2005.

PARECER 24/05

Assunto: Exigência por parte de plano de saúde para disponibilização de médico fisiatra em clínica com atendimento de Fisioterapia.

Relator: Cons. Eduardo Souza Teixeira da Rocha.

Ementa: A especialidade Fisioterapia foi denominada Medicina Física e Reabilitação nas resoluções nº 1.634/2002 e 1.666/2003 do Conselho Federal de Medicina. A responsabilidade pelo acompanhamento e suporte dos processos de reabilitação é do médico prescritor de qualquer especialidade. A responsabilidade técnica pela metodologia e execução das atividades de fisioterapia é do fisioterapeuta, devidamente registrado em seu conselho profissional e submetido à sua regulamentação.

A presente consulta possui as seguintes solicitações sobre a especialidade “Fisioterapia”:

- 1) Documento atestando não existir mais registro dessa especialidade no novo rol de especialidades médicas;
- 2) Como devo proceder perante os clientes Sul América, ou seja, o que hoje está sendo oferecido na área médica para dar suporte aos tratamentos de fisioterapia. O que substitui o fisiatra?

Em resposta às questões:

- 1) O documento solicitado corresponde às resoluções CFM nº 1.634/2002 e 1.666/2003, que dispõem sobre o reconhecimento das especialidades médicas no convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica. Nestes documentos, a especialidade “Fisioterapia” é denominada “Medicina Física e Reabilitação”, a qual tem período de formação de três anos de curso de residência, com título expedido pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, havendo como área de concentração a Neurofisiologia Clínica.
- 2) A prescrição de fisioterapia é de responsabilidade do médico de qualquer especialidade. A fisioterapia é uma das ferramentas terapêuticas da reabilitação. Esta também engloba outras atividades como a terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, hidroterapia, equoterapia, psicopedagogia e ortopedia técnica. A presença de um especialista em Medicina Física e Reabilitação é recomendável para prescrição, acompanhamento e desenvolvimento dos programas de reabilitação, especialmente tratando-se de grandes incapacidades e de patologias de alta complexidade. Na ausência do fisiatra para suporte, a responsabilidade pelo acompanhamento e suporte será do médico prescritor, o que realizou o diagnóstico e indicou o processo terapêutico. A responsabilidade técnica pela metodologia e execução das atividades de fisioterapia será do fisioterapeuta, devidamente registrado em seu conselho profissional e submetido à sua regulamentação própria.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 17/2/2005.

ÓRTESES E PRÓTESES

PARECER 11/04

Assunto: Indicação de fornecedores de órteses/próteses pelos médicos.

Relator: Cons. Otávio Marambaia dos Santos.

Ementa: A liberdade do médico em prescrever é um direito para benefício do seu paciente, nunca para se obter vantagens econômicas. O médico deve ter comportamento que não enseje a mínima dúvida que o seu interesse em indicar determinada marca de medicamento, órtese ou prótese seja, tão-somente, para melhorar as condições do seu paciente. Não sendo assim, fere o explicitado nos Artigos 98 e 99 do CEM.

DA INTERESSADA:

A consulente, em correspondência enviada a este CRM, solicita esclarecimentos nos seguintes termos: “Solicitamos a este egrégio Conselho esclarecer se cabe ao profissional médico indicar fornecedores de órtese/próteses, e outros materiais cirúrgicos, quando solicita procedimentos em regime de internação hospitalar”.

DA CONSULTA:

Já existe embasamento nas resoluções e consultas abaixo relacionadas e anexadas a este expediente. Citaremos por ordem da importância devida à proximidade com o teor da consulta e não na sequência numérica do prontuário:

Resolução CFM nº 1.595/2000 (Fls 11). Esta, por ter forma de lei, será apresentada *ipsis litteris*.

“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 o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e com conceito da profissão;

CONSIDERANDO que o trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico 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;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência no exercício da profissão;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a propaganda de equipamentos e produtos farmacêuticos junto à categoria médica,

RESOLVE:

Art. 1º - Proibir a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica.

Art. 2º - Determinar que os médicos, ao proferir palestras ou escrever artigos divulgando ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamentos para uso na Medicina, declarem os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas e ou apresentações, cabendo-lhes ainda indicar a metodologia empregada em suas pesquisas – quando for o caso – ou referir à literatura e bibliografia que serviram de base à apresentação, quando essa tiver por natureza a transmissão de conhecimento proveniente de fontes alheias.

Parágrafo Único – Os editores médicos de periódicos, os responsáveis pelos eventos científicos, em que artigos, mensagens e matérias promocionais forem apresentadas são co-responsáveis pelo cumprimento das formalidades prescritas no caput deste artigo”.

Brasília-DF, 18 de maio de 2000.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE.
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário Geral

Cremsp Consulta nº 34.163/93 (Fls 05). Importunável seguir transcrevendo em toda sua extensão, retomaremos o que estiver mais próximo do sujeito em questão. Ou seja, da consulta e daremos nossas opiniões em conformidade com o que já foi elaborado discutido aprovado por nossos colegas e afins.

Assunto: Obtenção de lucro através do exercício da profissão.

Relator: Consa. Adriana C. Turri Joubert – advogada.

Uma Unimed do Estado de São Paulo indaga ao Cremesp o conceito de mercantilização da Medicina à luz dos preceitos éticos.

PARECER:

Diante da solicitação em tela, vale esclarecer que inexistente uma definição específica e determinada de mercantilização da Medicina. Entretanto, a referida prática, proibida pelo Código de Ética Médica, envolve a obtenção de lucro através do exercício da profissão.

Esta é, pois, a conduta antiética vedada àqueles que prestam serviços médicos, nos termos, como anteriormente mencionado, do Código de Ética Médica, senão vejamos:

No Capítulo I do citado código, como princípio irradiador, fundamental, portanto, verifica-se no Art. 9º que “a Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.”

Também o Capítulo VIII, sob a rubrica “Remuneração Profissional”, estabelece claramente nos artigos 98 e 99 a incompatibilidade entre a Medicina e a prática de atos de comércio, a saber:

É vedado ao médico: “Art. 98 - 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.”

“Art. 99 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.”

Fica claro nos três artigos que o que se veda é a prática da Medicina visando ao lucro e à obtenção de vantagens econômicas, a despeito da saúde humana).

Daqui, não iremos mais adiante no original coligido, uma vez que os comentários apontados de Léo Meyer Coutinho, ao comentar os artigos e princípios acima transcritos: 9º, 98 e 99 fogem do nosso propósito mais específico, que é a solicitação por profissionais no exercício da Medicina ao fazerem indicações de fornecedores de órteses/próteses.

Processo Consulta CFM n° 1853/89 (Fls 7)

Este processo consulta diz respeito a atuação dos médicos oftalmologistas em comercializar lentes ou indicar óticas de seu interesse. Não existe nenhum registro digno de nota para o nosso parecer. Vale como consulta sobre o conceito e prática de adaptação de lentes de contatos. Tema pertinente ao seu parecer específico.

Processo Consulta CRM-MS n° 2047/86 (Fls 12)

Origem : CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Assunto: Médico especialista em Cirurgia Cardíaca que tem firma de representação que vende aos hospitais materiais como oxigenadores, marca-passos, válvulas cardíacas etc.

Relator: Cons. Conselheiro Carlos Adolpho de Carvalho Pereira.

PARECER,

Referendado nos artigos 9º, 98 e 99 do CEM. Comentando o tópico requerido pela comercialização, ser prática antiética. Incide sua exposição no que concernem as infrações aos já citados artigos e tece suas correlações com a prática infringente mais antiga: do “médico – farmácia”. Para tanto retroage e traz ao lume a nossa primeira e talvez primacial legislação sobre o tema em foco, cita o importante Decreto nº 20.931/32.

Fomos extrair este decreto do Processo Consulta do CFM Nº 3.225/99. Apenso neste prontuário na **fls 16**. “Art. 16 – É vedado ao médico: alínea g – fazer parte, quando exerça a clínica, de empresa que explore a indústria farmacêutica ou seu comércio. Aos médicos autores de fórmulas de especialidades farmacêuticas serão, porém assegurados os respectivos direitos, embora não as possam explorar comercialmente, desde que exerçam a clínica.”

De volta ao Processo Consulta 2047/86 – Fls 13, deste prontuário – o parecerista Carlos Adolpho, comenta ao tomar como parâmetro o decreto acima e em relação às novas situações, tais quais os fornecimentos de órteses/próteses, diz: “Mas é claro que existe um paralelo entre as duas situações. E, se o médico não pode comercializar produto farmacêutico, nem acumpliciar-se com farmácias, é óbvio que não pode também ter firmas ou representações que comerciam materiais hospitalares, de indicação médica como oxigenadores, marca-passo e válvulas cardíacas”

Na seqüência o autor – dentro do seu parecer – faz referência a outro parecer do notável Genival V. França, aprovado no Pleno do CFM, ao qual, ao final remeteremos com a devida vênia para concluir o nosso.

Ainda, nas mesmas Fls 13, extraímos da Parte Conclusiva do seu Parecer, para reforçar nosso raciocínio, apenas dois concludentes parágrafos. No primeiro, diz: “– De acordo com a legislação vigente, o Decreto Nº 20.931/32 e o Código de Ética Médica, em seus artigos 9º, 98 e 99. A mercantilização da Medicina é condenada”. No segundo, esclarece ainda mais sobre o nosso objeto de consulta: “O comércio de medicamentos, órteses e próteses indicados pelos médicos, em decorrência de sua atividade profissional, com sentido de obter vantagens econômicas, põe em relevo um aspecto atual da mercantilização da Medicina”.

Precisaríamos nós dizer mais alguma coisa sobre a matéria em pauta? Apenas para ilustrá-la vamos tocar um pouquinho e de leve, uma vez que nos foi apresentado, um outro viés desses artigos. Não só o avesso, o negativo e proibitivo da legislação. Podemos nos servir das mesmas leis para auferir o que reza a deontologia kantiana da universalidade afirmativa da lei. Ou seja, sirva ao conjunto gregário de significado social das cooperativas médicas. Então, leiamos parte do que se segue:

PROCESSO CONSULTA CFM Nº 3.225/99
PC/CFM/Nº 03/2000 (Fls 16)

Interessado: CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Assunto: Infração ao Art. 16, alínea "g", do Decreto nº 20.931/32, e aos artigos 98 e 99 do CEM.

DA CONSULTA:

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo solicita parecer desta Casa a respeito do comércio de medicamentos por cooperativas de médicos, particu-

larmente a Unimed e Usimed, tendo em vista tal prática infringir o Art. 16, alínea "g", do Decreto nº 20.931/32 e artigos 98 e 99 do CEM, que preconiza:

"Art. 16 – É vedado ao médico:

Relatora: Cons. Regina Ribeiro Parizi Carvalho.

g – fazer parte, quando exerça a clínica, de empresa que explore a indústria farmacêutica ou seu comércio. Aos médicos autores de fórmulas de especialidades farmacêuticas serão, porém, assegurados os respectivos direitos, embora não as possam explorar comercialmente, desde que exerçam a clínica".

Para não mais nos alongar com este parecer, transcrevemos, tão-somente, sua conclusão, seguida da ementa. Embora saibamos da importância dos comentários, mas eles não se encaixam muito bem, dentro das nossas perspectivas

CONCLUSÃO

"Por todo o exposto, é do entendimento desta parecerista que a constituição de estabelecimentos farmacêuticos pela Unimed e ou Usimed não infringe o Art. 16, alínea "g", do Decreto nº 20.931/32, nem os artigos. 98 e 99 do CEM, uma vez que a relação ocorre entre os usuários e os planos de saúde comercializados pela empresa, e não com o profissional médico pessoa física, além de se constituírem em serviços sem fins lucrativos, o que é consignado na própria queixa do consulente ao registrar que tais farmácias vendem produtos com preços e margens de lucro abaixo dos praticados no mercado."

Ementa: Não caracteriza infração ao art. 16, alínea "g", do Decreto nº 20.931/32, e aos artigos 98 e 99 do CEM a constituição de farmácias por cooperativas médicas, uma vez que não há caracterização de interação ou dependência do médico com o estabelecimento comercial
Aprovado em Sessão Plenária no dia 9/2/2000.

Um parecer que requer ser destacado por fazer parte do conjunto da peça em apreço e rezar sobre o assunto em questão é o da nossa Consultoria Jurídica do Remeb, aos cuidados da Drª Cássia Barreto. Afixado nas fls 14 e 15:

Protocolo nº. 60.907/96. Médico Interessado. Assunto: Indagação referente a incompatibilidade entre o exercício da Medicina e o comércio para revenda de produtos odontológicos e médicos.

Sobre o parecer: Um extenso elenco de produtos para ser revendidos aos médicos e odontólogos. Da nominata acusam, textualmente, excetuarem da lista, órteses, próteses e medicamentos. A doutora evoca o Decreto 20.931/32, no Artigo 16 – alínea g) e o Código de Ética Médica Art. 98. Após comentar os artigos e o que sua legislação veda: o exercício da Medicina com interação com empresas que comercializam produtos sujeitos à prescrição médica e na sua feliz conclusão, desenvolve a leitura seguinte:

“Não pode, pois um médico representando firma especializada, usar de sua influência profissional para a venda de materiais hospitalares e de uso nos pacientes, para benefício próprio, com finalidades lucrativas”.

DO PARECER:

Das referências anteriormente citadas salta aos olhos a explícita condenação às práticas mercantilistas ou que travestidas de situações novas tentam dourar a pílula e criar atalhos para práticas de subordinação da Medicina aos interesses econômicos. Não bastasse o exposto no CEM (Arts. 98 e 99) : É vedado ao médico: “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”(98) e mais: (99) “ Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional”.

A clareza dos artigos citados do CEM revelam, no entanto, um aparente conflito com os artigos 2º :” O alvo de toda **atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo zelo** e o melhor de sua capacidade profissional”; 7º:” **O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia** não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a que ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em caso de urgência ou quando a sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”. 8º “**O médico não pode em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar a sua liberdade profissional devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho**”.

Aí está a tênue fronteira que exige de todo profissional postura judiciosa. Sabemos que as empresas que intermediam o trabalho médico desejam sempre reduzir seus custos impondo muitas vezes aos profissionais marcas e equipamentos sobre os quais pairam dúvidas quanto à sua qualidade e procedência. Deve o médico abster-se de fazer indicações ou prescrições e aceitar a imposição de produtos que poderão causar danos ao seu paciente?

Obviamente que não. A sua responsabilidade não se limita ao ato médico/cirúrgico, mas também sobre tudo que prescreve para o seu assistido. Daí que o profissional não pode abdicar da sua liberdade profissional.

Certamente, no entanto, a consulta não deseja que haja cerceamento de tal liberdade. Por certo, também, a mesma consultante não apresenta fatos específicos. Diante desta ambigüidade podemos responder:

1. É direito do médico prescrever medicamentos, órteses/próteses e outros produtos para os seus pacientes;
2. É direito do médico indicar produtos de cuja procedência e qualidade tenha conhecimento e segurança, visando ao melhor para o seu paciente;

3. Havendo na unidade hospitalar produtos de igual qualidade, deve o profissional médico eximir-se de nomear marcas ou fornecedores;
4. Nas prescrições deve sempre estar em pauta: especificações técnicas e qualidade dos materiais;
5. Evitar nestas prescrições dar nome de fornecedores, a não ser quando se tratar de um único fornecedor de produto específico e por solicitação da organização hospitalar onde esteja atendendo.

CONCLUSÃO

Conta-se que a mulher de César, Calpúrnia, embora reconhecida como senhora de múltiplas e nobres qualidades, era espalhafatosa no vestir-se. Os detratores de César usavam este fato para criticá-lo. Daí a máxima corrente no Senado romano: “Não basta que a mulher de César seja honesta. Ela tem que parecer honesta”.

Desta história romana extraímos o que deve ser a conduta dos profissionais médicos diante destes fatos aqui citados: A liberdade do médico em prescrever é um direito para benefício do seu paciente, nunca para se obter vantagens econômicas. O médico deve ter comportamento que não enseje a mínima dúvida que o seu interesse em indicar determinada marca de medicamento, órtese ou prótese seja, tão-somente, para melhorar as condições do seu paciente.

Este é o PARECER, SMJ

APROVADO EM 5/3/2004.

PEDIATRIA

PARECER 04/03

Assunto: Necessidade de realização e implantação de Triagem Auditiva Neonatal Universal

Relator: Cons. Sílvia Porto de Oliveira

Ementa: Assim como o teste do pezinho, o teste da Triagem Auditiva Neonatal Universal (teste do ouvidinho) é um método preventivo estabelecido na prática médica, sendo a sua indicação recomendável para detecção de deficiência auditiva em recém-nascidos.

PARECER

A consulente solicita um parecer com precisão, claro e positivo com validade oficial do Creneb sobre o assunto pautado na consulta.

Considerando que o CFM e os CRMs são os órgãos supervisores da ética profissional e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, – cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina, conforme determina o Artigo 2º da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, bem como compete também estabelecer interpretações que envolvam o relacionamento do médico com entidades intermediadoras do seu trabalho – responderemos pontualmente as questões técnicas e éticas envolvidas na consulta.

Quanto à necessidade de realizar o exame, ou seja, se deve ser feito, o tema é pacífico. O atendimento ao RN é preferencialmente do médico neonatologista, que deverá estar tecnicamente habilitado para a prática dos atos médicos necessários a um bom atendimento, visto que poderá a vir ser responsabilizado em caso de imperícia, imprudência e negligência, ou mesmo deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance, ou ainda o dever de usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente (Arts. 5º, 8º, 29 e 57 do CEM). Ressalte-se que a neonatologia é uma área de atuação do pediatra, que também deve estar igualmente habilitado tecnicamente para o atendimento.

Ainda em relação à necessidade de implantação de um programa de medicina preventiva, como a Triagem Auditiva Neonatal Universal, temos a informar que já existe no Congresso Nacional um projeto de lei do deputado Inácio Arruda, do Ceará, para tornar o teste do ouvidinho (como é conhecido) obrigatório, assim como é o teste do pezinho. De acordo a OMS, 10% da população mundial apresenta deficiência auditiva e a incidência de problemas auditivos em crianças é de 4 a 6 no grupo de mil. O projeto de lei prevê a obrigatoriedade de realização do exame de Emissões Evocadas Otoacústicas (teste do ouvidinho), gratuitamente, em todas as crianças ao nascer, seja em hospitais públicos ou privados do País.

Só para lembrar o teste do pezinho, obrigatório por lei, que detecta certas doenças metabólicas ou genéticas congênitas, é realizado nas maternidades após 72h de vida do bebê, é também obrigatório pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, para garantir o desenvolvimento saudável do bebê.

Em São Paulo, a realização do teste auditivo em RN já é obrigatório.

Quanto à afirmativa que o procedimento é solicitado com frequência, para a maioria dos recém-nascidos credenciados da sua empresa operadora de planos de saúde, sem seguir uma indicação específica ou abordagem do grupo de risco, temos a comentar, o seguinte: as empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da OMS, não podendo impor restrições de qualquer natureza, e que devem ser obedecidos os princípios da ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente, justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico e ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente. O descumprimento das normas fará com que o diretor técnico da empresa seja enquadrado nos termos do CEM, que a empresa fique sujeita ao cancelamento do seu registro no Conselho e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e a ANS.

Lembro que o CFM e o Cremeb contemplam as empresas operadoras de planos de saúde, através das resoluções de Auditoria Médica, permitindo o controle da qualidade da assistência prestada, a função de manter equilibrada a relação custo/benefício na prática médica, mecanismos de dirimir conflitos de interesses à luz da ética médica, sendo obrigatório quando existir ilícito ético a comunicação ao Conselho pelos Auditores de possíveis infrações aos artigos 42 (realização de atos médicos desnecessários), 60 (exagerar a gravidade do diagnóstico ou exceder-se em procedimentos médicos) e o 79 (conduta antiética do médico).

Quanto ao questionamento da abordagem do grupo de risco para realizar o exame, temos a informar que as academias americanas de Audiologia, Otorrinolaringologia e Pediatria, reunidas no Joint Committee on Infant Hearing, recomendam a triagem auditiva neonatal, por meio de Emissões Otoacústicas desde 1994, de todos os bebês nascidos em maternidade.

Finalmente, teceremos alguns comentários sobre a solicitação técnica de indicações, fatores de risco, duração, período de monitoramento e avaliação de neonatos a serem submetidos a este procedimento.

Tão importante quanto o teste do pezinho, a triagem auditiva neonatal universal deveria fazer parte da rotina de todas as maternidades, pois a detecção precoce da deficiência auditiva é a melhor maneira de se garantir a oportunidade das crianças terem uma linguagem verbal normal, já que uma, em cada mil, nasce com surdez, muitas outras nascem com grau menor de deficiência auditiva e outras mais a adquirem após o nascimento. A diminuição da audição na criança, principalmente nos primeiros anos de vida, interfere no desenvolvimento das habilidades da fala e linguagem. Efeitos adversos também costumam ocorrer no desenvolvimento social, emocional cognitivo e no relacionamento familiar.

Existe um consenso que o período mais importante para o desenvolvimento da fala e linguagem é o dos primeiros três anos de vida.

Nos EUA, o The National Institutes of Health (NIH) estabeleceu que todo recém-nascido admitido na UTI neonatal passe por uma triagem de avaliação antes da alta hospitalar. Outro grupo que deve passar pela triagem são as crianças que nascem com anomalias craniofaciais, história familiar de surdez e diagnóstico de infecção intra-uterina.

Estes dois grupos são considerados de alto risco para surdez neurosensorial bilateral.

Ficou estabelecido também que seja feita triagem universal em todas crianças nos três primeiros meses de vida e que o tratamento seja iniciado aos seis meses.

Segundo o Joint Committee, citado anteriormente, os indicadores de risco para deficiência auditiva são os seguintes:

- 1) Apgar de 0-4 no primeiro minuto ou 0-6 no quinto minuto;
 - 2) História familiar de deficiência auditiva neurosensorial hereditária na infância;
 - 3) Ventilação mecânica por 5 dias ou mais;
 - 4) Infecções congênitas, tais como citomegalovírus, rubéola, sífilis, herpes e toxoplasmose;
 - 5) Peso no nascimento inferior a 1.500g;
 - 6) Meningite bacteriana;
 - 7) Características de síndromes que possam incluir perdas auditivas condutivas ou neurosensoriais;
 - 8) Hiperbilirrubinemia em um nível que indique exsangüíneo transfusão;
 - 9) Anomalias craniofaciais, incluindo aquelas com anormalidades morfológicas do pavilhão auricular e do canal auditivo;
 - 10) Medicções ototóxicas, incluindo mas não se limitando aos aminoglicosídeos, quando utilizados em altas doses ou em combinação com diuréticos.
- Lembramos que segundo o Joint Committee, em aproximadamente 50% dos casos de deficiência auditiva a causa não é conhecida, motivo pelo qual a triagem auditiva deve ser universal (realizada em todos os recém-nascidos).

O Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância Período Neonatal (Cbpai-2000) recomenda as seguintes etapas:

- triagem auditiva na maternidade antes da alta; retestagem em 15 dias nos casos de falha na triagem inicial; os casos que mantiverem a falha na retestagem realizam exames audiológicos completos para diagnóstico da perda auditiva e avaliação otorrinolaringológica; programas de seguimento nos casos de confirmação de perda auditiva com aparelhos auditivos e reabilitação; acompanhamento periódico dos bebês de alto risco para deficiência auditiva.

Os métodos mais utilizados são o Estudo das Emissões Otoacústicas (EOA) e a audiometria de tronco cerebral (Auditory Brainstem Response- ABR).

É consenso estabelecido pelo NIH que a triagem auditiva neonatal seja feita com as EOA e os casos positivos devem passar por uma segunda triagem confirmatória no ABR.

CONCLUSÃO

A ética na prática médica pode ser analisada sob os aspectos da relação médico-paciente, o relacionamento entre os médicos e dos médicos com a sociedade, incluindo a relação de trabalho com as operadoras de saúde. A humanização da Medicina está implícita na sua própria essência, ou seja, seres humanos tratando seres humanos, e o antigo aforisma de que a Medicina existe porque existem homens doentes, dando uma conotação de que a assistência médica é só para cuidar de doenças, já não se aplica aos dias de hoje, quando é muito mais importante evitar a doença, investindo-se na promoção e prevenção, buscando na qualidade de vida o futuro da assistência médica. Este é o caminho que está em pauta, e os planos de saúde estão adotando programas de prevenção, deixando de ser um plano de doença e fazendo jus ao nome de plano de saúde.

A Constituição brasileira estabeleceu que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, de forma a promover o acesso universal e igualitário a toda a população, e considera as instituições privadas, que atuam de forma complementar nos serviços de saúde, também subordinadas à ordem constitucional vigente, observando a universalidade e a igualdade como condições públicas para o atendimento médico.

Na mesma direção caminha o ordenamento ético profissional da boa prática médica, com irrestrita disponibilidade dos meios diagnósticos éticos e comprovados cientificamente, conceituando-se a Medicina como uma profissão a serviço do ser humano e da coletividade.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 7/2/2003.

PARECER 18/03

Assunto: Atendimento a pacientes pediátricos em UTI de adulto.

Relator: Cons. Renê Mariano de Almeida.

Ementa: Em casos de necessidade, o médico intensivista da UTI de adultos deve prestar assistência a crianças, desde que se considere preparado ou tenha treinamento, disponha de equipamento e pessoal auxiliar para assistência a crianças pequenas em estado crítico. Em casos emergenciais, o médico deve utilizar todos os recursos de que disponha em benefício do paciente, contando com o apoio do pediatra assistente. Por outro lado, havendo demanda previsível no próprio hospital e indisponibilidade de uma unidade intensiva pediátrica, a direção técnica tem o dever de viabilizar condições mínimas de recursos materiais e humanos na UTI (“de adultos”) para o atendimento de crianças.

DA CONSULTA

O consulente, plantonista da UTI – Adulto de um hospital especializado, encaminha consulta a este Conselho, solicitando orientação de como proceder, “pois algumas vezes é obrigado a aceitar na UTI pacientes pediátricos com as mais variadas idades (de 5 meses, 2 anos).” Afirma que “fica constrangido, pois não tem conhecimento, e às vezes material para trabalhar com tais pacientes, pois não tem formação em UTI Pediátrica.”

Nesses momentos de decisão crítica, o médico pode encontrar orientação em vários artigos do Código de Ética Médica, que nos traz aspectos filosóficos e orienta o médico a utilizar todo o seu conhecimento e recursos disponíveis em benefício do paciente.

O desenvolvimento da Medicina Intensiva Pediátrica e da Medicina Intensiva Neonatal, cada dia mais especializadas, com instrumental e equipamentos apropriados à anatomia e à fisiologia do pequeno paciente, equipamentos esses que não se resumem a ser de tamanhos menores que os utilizados nos adultos. A própria nomenclatura neonatal e pediátrica pode diferir daquela mais comumente encontrada na terapia intensiva de adultos.

Assim há diferenças marcantes na atuação e no conhecimento técnico-científico entre a Medicina Intensiva do adulto e da criança. Quanto à filosofia do serviço assistencial e à concentração de recursos e prioridades dos pacientes críticos, o intensivista de adulto muito se assemelha ao intensivista pediátrico, assim com a própria UTI. Também há diferenças no manuseio e na abordagem do pequeno paciente pelo pessoal de enfermagem e de fisioterapia, que necessitam, como o médico, de treinamento prático e experiência específica com as crianças.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração para enfrentar o problema é a posição do médico-chefe, coordenador ou diretor da unidade, que deve atuar oferecendo “condições de funcionamento para o exercício ético profissional da Medicina”

pelos médicos plantonistas, especialmente se percebe a demanda e a necessidade de internação de crianças.

A Associação Brasileira de Medicina Intensiva e a Associação Médica Brasileira conferem títulos de atuação na especialidade de Medicina Intensiva Adulto e Medicina Intensiva Pediátrica. O CPM de acordo Res.nº 1.634/ 2002, considera a Medicina Intensiva Pediátrica área de atuação tanto da especialidade de Medicina Intensiva e como da de Pediatria.

De acordo com a orientação da Amib e do MS, num hospital geral, a internação de crianças com doenças graves ou em estado crítico na faixa etária acima de 28 dias até 14 anos, deveria ser feita na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, que deve dispor de um número de leitos correspondente a 5% dos leitos totais pediátricos, além de material, equipamentos e pessoal específicos para o tratamento de crianças.

A Portaria 466 – MS - Sec. Vigilância Sanitária – 4/6/1998, estabelece uma série de critérios para o funcionamento de unidades de terapia intensiva. Por exemplo:

“Toda Unidade de Tratamento Intensivo deve funcionar atendendo a um parâmetro de qualidade que assegure a cada paciente:

- direito à sobrevida, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais;
- direito a uma assistência humanizada;
- uma exposição mínima aos riscos decorrentes dos métodos propedêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos;
- monitoramento permanente da evolução do tratamento, assim como de seus efeitos adversos.”

“Os serviços de Tratamento Intensivo compreendem:

- Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) – que se constitui de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. A UTI pode estar ligada uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo.
- Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (Unidade Semi-Intensiva), que se constitui de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes, preferencialmente oriundos da UTI, que requeiram cuidados de enfermagem intensivos e observação contínua, sob supervisão e acompanhamento médico, este último não necessariamente contínuo, porém linear.
- Serviço de Tratamento Intensivo Móvel, que se constitui de elementos funcionalmente agrupados e uma frota de veículos devidamente projetados e equipados, destinados a garantir suporte avançado de vida durante o transporte de pacientes graves ou de risco, no atendimento de emergência pré-hospitalar e no transporte inter-hospitalar. Este serviço pode ser parte integrante do serviço do hospital ou constituir-se em um prestador autônomo de serviço de Tratamento Intensivo Móvel.”

“Os serviços de Tratamento Intensivo dividem-se de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos, nas seguintes modalidades:

- Neonatal - destinado ao atendimento de pacientes com idade de zero a 28 dias.
- Pediátrico - destinado ao atendimento de pacientes com idade de 29 dias a 18 anos incompletos.
- Adulto - destinado ao atendimento de pacientes com idade acima de 14 anos.

1.6 (i) - Pacientes na faixa etária de 14 a 18 anos incompletos podem ser atendidos nos Serviços de Tratamento Intensivo Adulto ou Pediátrico, de acordo com o manual de rotinas do serviço.”

“Denomina-se UTI Especializada aquela destinada ao atendimento de pacientes em uma especialidade médica ou selecionados por grupos de patologias, podendo compreender: cardiológica, coronariana, neurológica, respiratória, trauma, queimados, dentre outras.”

“O número de leitos de UTI em cada hospital deve corresponder a entre 6% e 10% do total de leitos existentes no hospital, a depender do porte e complexidade deste e levando-se em conta os seguintes parâmetros referenciais:

- 5% de leitos UTI Adulto tratando-se de hospitais gerais;
- 5% de leitos UTI Pediátricos em relação ao total de leitos pediátricos do hospital;
- 5% de leitos de UTI Neonatal em relação ao número de leitos obstétricos do hospital;
- 10% de leitos de UTI Especializada, tratando-se de hospitais gerais que realizem cirurgias complexas como Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e que atendam trauma e queimados.”

“O hospital materno-infantil que atenda gravidez/parto de alto risco deve dispor de UTIs Adulto e Neonatal.”

“Somente é permitida a instalação de Unidade de Tratamento Semi-Intensivo nos hospitais que disponham de UTI e cuja modalidade seja correspondente à da UTI existente no hospital.”

“Todo hospital que possua serviços de Tratamento Intensivo ou atendimento de emergência, mesmo não dispondo de UTI, deve contar com o Serviço de Tratamento Intensivo Móvel, seja próprio, contratado ou conveniado, atendendo aos requisitos previstos no Capítulo 4 deste Regulamento Técnico.”

INDICAÇÕES PARA ADMISSÃO E ALTA

“As indicações para admissão e alta da Unidade de Tratamento Intensivo e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo são atribuições exclusivas do médico intensivista.

Terá indicação para admissão em Unidade de Tratamento Intensivo:

- Paciente grave ou de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação.
- Paciente em morte cerebral por tratar-se de potencial doador de órgãos.”

“Deve ter alta da UTI todo paciente tão logo cessadas as causas que justificaram sua internação, podendo, a critério do intensivista, ser encaminhado para a Unidade de Tratamento Semi-Intensivo.”

“Serão admitidos na Unidade de Tratamento Semi-Intensivo pacientes oriundos da UTI e ou de outras unidades do hospital, a critério do médico intensivista.”

As resoluções e portarias das autoridades sanitárias e do próprio CFM, que estabelecem recursos técnicos e critérios para o funcionamento de unidades especializadas e de terapia intensiva, permitem muitas vezes de forma sensata um certo período para adequação do seu funcionamento, tendo em vista o investimento financeiro para cumprir as exigências legais. Entretanto os preceitos éticos, que orientam a atividade do médico intensivista, assim como da direção ou coordenação médica são o nosso Código de Ética Médica e as resoluções e pareceres do CFM e CRMs.

Tem razão o consultante em preocupar-se, já que o Artigo 29 do nosso Código de Ética Médica veda ao médico:

“Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.”

Por outro lado, é direito do médico:

“Art. 21 – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.”

“Art. 22 – Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.”

“Art. 23 – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.”

O Código de Ética Médica, nos seus Princípios Fundamentais, estabelece critérios e conceitos filosóficos sobre como deve agir o profissional diante destes impasses que o consultante vive.

Os artigos 57 e 58 do CEM veda ao médico, respectivamente:

“Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente.”

“Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.”

Dessa forma, o médico intensivista de adulto, em hospital especializado ou geral, que não disponha de unidade de terapia intensiva de pediatria, assim como a estrutura de funcionamento da unidade, equipamentos e pessoal não-médico, deve estar previamente preparada dentro das melhores condições possíveis para a eventual internação de uma criança com doença grave. Para isso, deve haver um planejamento

prévio quanto à eventual necessidade de internação desse tipo de paciente. Se outra solução, como a transferência para outra unidade hospitalar que disponha de UTI Pediátrica em UTI Móvel, não for possível, o médico intensivista de adulto, juntamente como um pediatra, deve reunir emergencialmente esforços para possibilitar a melhor assistência possível à criança. Essas internações emergenciais devem ser seguidas de atitudes pela coordenação médica e pela direção da unidade para viabilizar a estruturação e treinamento de pessoal, ou melhor, o recrutamento de pessoal e recursos para futuras ocorrências semelhantes.

Há que se dialogar com a equipe médica e de enfermagem da unidade pediátrica de internação ou de pronto-socorro para avaliar se o melhor local de destino deve ser a UTI de Adultos para uma criança que necessite de terapia intensiva.

Por outro lado, o médico deve previamente comunicar à sua coordenação ou direção técnica seu despreparo e falta de experiência para tratar e acompanhar crianças em estado crítico, bem como a inexistência de pessoal auxiliar e recursos para esse tipo de serviço especializado. Não conseguindo resolver, comunicar à Comissão de Ética da instituição para discussão e providências no sentido de solucionar o problema.

É o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 10/4/2003.

PARECER 56/03

Assunto: Assistência de plantonista de UTI neonatal a pacientes externos.

Relatora: Consa. Lara de Araújo Torreão.

Ementa: Não há dispositivo no Código de Ética Médica que obrigue ao plantonista da UTI neonatal ao atendimento de pacientes externos, salvo em risco iminente à vida.

EXPOSIÇÃO DOS FATOS

A consultante, por correspondência, solicita esclarecimento quanto ao atendimento de pacientes externos pelo plantonista da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em um hospital de Salvador.

Os plantonistas da UTI neonatal relatam que o referido hospital não tem pronto-atendimento infantil e que apesar das inúmeras orientações para os familiares não retornarem ao serviço, este fato se repete com frequência. Nestas ocasiões, o plantonista da UTI Neonatal é solicitado pelo plantonista (clínico ou cirurgião) do PA a prestar o atendimento, o que geralmente é feito de forma improvisada (no colo da mãe, na porta da UTI ou no berçário de observação). Refere ainda que tanto a diretoria médica quanto a administrativa já estão cientes dos fatos.

PARECER

O Código de Ética Médica no teor dos artigos 7º, 8º e 23 preconiza:

Art. 7º – O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao 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 do seu trabalho.

Art. 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.

É certo que os plantonistas da UTI neonatal têm deveres com os pacientes nela internados ou na sua extensão (sala de parto, alojamento conjunto ou semi-intensiva). Como visto não há nenhum dispositivo legal ou ético que o obrigue a prestar o atendimento, salvo em risco iminente à vida, a pacientes externos que não estão sob sua responsabilidade. Ressalte-se que nos casos de exceção, qualquer médico poderá fazê-lo. O atendimento de forma improvisada não só põe em risco o paciente como o profissional que o atende, podendo incorrer em erros por negligência, imperícia ou imprudência (Art. 29). Com base no que foi exposto e à luz do Código de Ética Médica,

fica claro que o médico tem ampla autonomia e liberdade profissional para atender apenas os pacientes sob a sua responsabilidade, considerando as exceções expostas. Tendo em vista que tal fato tem-se tornado rotina, a diretoria do hospital deve ponderar uma ampliação do serviço para melhor atender os seus clientes.

CONCLUSÃO

Pelas razões expostas, é conclusivo que não há dispositivo no Código de Ética Médica que obrigue ao plantonista de uma unidade fechada ao atendimento de pacientes externos, salvo em risco iminente à vida.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 7/11/2003.

PARECER 30/05

Assunto: Alta a pedido em pediatria.

Relatora: Consa. Lara de Araújo Torreão.

Ementa: A alta hospitalar é um ato privativo do médico. A alta na pediatria quando solicitada pela família, na hipótese de iminente ou potencial risco à vida, o médico deverá solicitar a guarda provisória através de ação judicial. Inexistindo risco à vida e na impossibilidade de consenso com a família, o médico e a instituição efetuarão o registro das condutas para prevenir responsabilidade.

DA CONSULTA

A consulente, em carta ao Cremeb, solicitou esclarecimentos quanto a “alta a pedido” em pediatria, em especial no período neonatal. Argumenta que o pediatra deve ter autonomia e respaldo legal para negar o pedido de alta, evitando o desgaste da relação médico-paciente e com a própria instituição.

PARECER

A “alta a pedido” representa um conflito de opiniões divergentes entre o médico e o paciente ou o seu responsável legal. Em outras palavras, há um conflito entre a autonomia do paciente e a autonomia do médico.

Do ponto de vista da bioética, é relevante discutir o princípio da autonomia.

Ressalte-se que, em pediatria, a autonomia de decisões no âmbito hospitalar compete aos pais ou tutores da criança ou do adolescente.

Questiona-se a princípio se a autonomia do médico está embasada na beneficência, defendendo o melhor interesse da criança ou no paternalismo, no qual há a destituição da autonomia do paciente.

No primeiro caso, o médico, respaldado no princípio da beneficência, analisará riscos e benefícios na questão solicitada, a alta.

Na relação médico-paciente, quando prevalece o paternalismo, o médico considera o paciente ou seu responsável como sujeito não-autônomo e toma as decisões por ele, em prol do melhor interesse do seu doente; entretanto sem considerar os valores, as crenças e as questões morais do outro. Ou seja, julga-o incompetente para tomar a melhor decisão em seu favor, ignora a possibilidade do exercício da autonomia.

A tendência atual é que haja entendimento entre o médico e os familiares e as decisões sejam compartilhadas.

Além da discussão em bioética, há questões éticas e legais que devem ser consideradas.

À luz do Código de Ética Médica tem-se que:

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

É direito do médico:

Art. 21 – *Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas e respeitando as normas legais vigentes no País.*

É vedado ao médico:

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.*

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. 57 – *Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento seu alcance em favor do paciente.*

A alta hospitalar é um ato privativo do médico. A “alta a pedido” é uma exceção que suscita polêmica. Ao teor do Art. 32 do CEM não é dado ao médico a isenção da responsabilidade, mesmo com o consentimento do paciente. Portanto, na “alta a pedido”, em qualquer faixa etária, deve-se avaliar se há negligência ou imprudência da família que acarretará riscos ao paciente. Pois como dispõe a Constituição Federal no Art. 227. “E dever da família, sociedade e Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde (...) além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Assim, entendemos que o médico com a sua competência profissional deve assegurar o melhor para o seu paciente, respeitando dentro do possível as opiniões familiares.

Em situações de iminente risco à vida, o médico tem todo o respaldo legal e ético, sendo dispensável a autorização judicial, a princípio, para legitimar o ato médico. Na hipótese de potencial risco à vida, o pediatra em discordância com a família, poderá pedir a guarda provisória através de decisão judicial. Ressalte-se que, no período neonatal, a definição de risco à vida deve ser mais criteriosa, uma vez que o recém-nascido, por si só, já apresenta peculiaridades imunológicas e de desenvolvimento, que o deixam mais exposto. Para as definições de risco é imperioso que haja um protocolo do serviço ou regimento interno que possibilite homogeneidade das condutas, deixando as decisões médicas mais respaldadas institucionalmente.

Entretanto, inexistindo risco à vida e sem possibilidade de acordo, a “alta a pedido” pode ser concedida com manifestação explícita e assinada pelos familiares e testemunhas e registrada em prontuário para prevenir responsabilidades éticas e legais.

Em situação de alta, a criança deve ser orientada (por escrito) a procurar o pediatra assistente com brevidade.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 7/4/2005.

PARECER 01/06

Assunto: Obrigatoriedade de pediatra para atendimento ao recém-nascido na sala de parto e enfermarias em maternidade.

Relatora: Consa. Dorileide Loula Novais de Paula.

Ementa: É dever da instituição garantir a presença de neonatologista e/ou pediatra no período imediatamente anterior ao parto até que o recém-nascido seja entregue aos cuidados da equipe profissional do berçário/alojamento conjunto. Orienta-se que haja em maternidade obstetras, anestesistas, neonatologistas e pediatras devidamente capacitados.

Médica ginecologista e obstetra solicita parecer sobre a obrigatoriedade da presença de pediatra em maternidade.

Relata que é plantonista de um hospital/maternidade. Segundo o novo secretário de Saúde do município onde se originou o fato, a citada maternidade pode funcionar sem a presença de um pediatra, sendo um médico generalista suficiente para prestar assistência ao recém-nascido na sala de parto e nas enfermarias e, assim, estuda a transferência dos médicos pediatras para atendimento ambulatorial.

Chama atenção para a necessidade de contratação de um novo obstetra para a maternidade quando da chegada de anestesiológista e provável mudança de perfil dos internamentos. Questiona como tal obstetra poderia comprovar aptidão para realização de cesáreas. Afirma importância do parecer perante risco que representaria um atendimento não-qualificado ao recém-nascido por parte do profissional empregado não-especializado.

PARECER:

Em resposta aos questionamentos da médica, citamos a Portaria nº 31, de 15 de fevereiro de 1993 da Secretaria de Assistência à Saúde, em vigor a partir da data supracitada, que, considerando o que dispõe o Artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente, resolve incluir no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS os grupos de procedimentos: cirurgia obstétrica, parto normal com atendimento ao recém-nascido em sala de parto, cesariana com atendimento ao recém-nascido em sala de parto. O atendimento na sala de parto consiste na assistência ao recém-nascido pelo neonatologista ou pediatra no período imediatamente anterior ao parto até que o recém-nato seja entregue aos cuidados da equipe profissional do berçário/alojamento conjunto.

O Expediente Consulta nº 5.956/94 do Cremesp emite o seguinte parecer: “O recém-nascido em seu período de observação e ou tratamento no berçário exige acompanhamento médico especializado diuturno, não sendo razoável que em suas eventuais emergências tenha que aguardar a vinda de um médico de fora. Tal atendimento exige, por sua vez, sua condigna remuneração, nada obsta, por manifestação da família, o mesmo recém-nascido seja conjuntamente acompanhado por um pediatra de sua confiança”.

Outro Expediente Consulta de nº 33.766/94 apresenta parecer: “Os neonatologistas não-plantonistas podem fazer a recepção do recém-nascido desde que sigam o regimento interno da instituição. Uma vez chamados, nada os impede de exercer sua profissão”. Em contrapartida, eles deverão acompanhar os neonatos durante toda a sua internação no berçário, sendo responsáveis inclusive pela alta.

Segundo o CFM, o médico, para exercer a profissão, deve, tão-somente, ter concluído seu curso médico, que tenha diploma devidamente reconhecido e registrado no Ministério da Educação e esteja registrado no Conselho Regional do estado da área em que irá atuar. Caso lhe seja requerida especialidade de Medicina em determinada área, deverá haver comprovação da mesma através de registro nos seus assentamentos no CRM.

O diretor técnico da instituição responderá por qualquer aspecto antiético que configure a ausência de neonatologista na sala de parto.

Cita-se, ainda, o Código de Ética Médica, em seu Artigo 8º: “O médico não pode, sob qualquer pretexto ou sob qualquer circunstância, renunciar a sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho”.

Assim, o exposto acima deixa claro que a necessidade de um profissional médico neonatologista ou pediatra é imediata para assistência ao recém-nascido no período que o recém-nato seja entregue aos cuidados da equipe profissional do berçário/alojamento conjunto. Tal direito está expresso na Portaria nº 31, de 15 de fevereiro de 1993, da Secretaria de Assistência à Saúde.

Aconselha-se que haja na maternidade, na eventualidade de alguma intercorrência ou indicação, de cesária, a presença de estrutura física, logística e pessoal para a realização de parto cesário, com obstetra, anestesista, neonatologista e pediatra devidamente capacitados.

É o PARECER salvo melhor juízo,

APROVADO EM 12/1/2006.

PARECER 07/06

Assunto: Atribuições de médico pediatra e de cirurgião pediátrico em hospital público.

Relator: Cons. Renê Mariano de Almeida.

Ementa: 1) Nos serviços pediátricos especializados, tanto pediatras como cirurgiões pediátricos devem oferecer sua parcela de experiência e habilidade aos pacientes que reúnam complicações clínicas e cirúrgicas de suas doenças. 2) Os cirurgiões pediátricos devem estar preparados para procedimentos rotineiros e gerais dos pequenos pacientes, podendo requerer suporte técnico do cirurgião especialista, de acordo com a área do problema ou da doença. 3) O intensivista pediátrico deve ter experiência e treinamento nas medidas salvadoras, básicas e avançadas para suporte e manutenção das funções vitais das crianças criticamente acometidas. 4) A organização interna e a lotação dos diversos especialistas, assim como suas atuações junto ao paciente e ao serviço devem ser previstas e orientadas por normas internas da chefia ou direção médica da unidade, visando sempre o melhor para o paciente.

A consulente encaminha várias questões sobre as atribuições e limites de atuação do médico pediatra, do médico intensivista pediátrico e do cirurgião pediátrico em hospital da rede pública.

Vários são os artigos do Código de Ética Médica que orientam o profissional diante das diversas situações que lhe trazem dúvidas ou inquietação, especialmente quanto ao “fazer ou não fazer” e “quem deve fazer” o melhor em benefício do paciente.

Nos 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 da 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. 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.

Art. 22 – Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição.

Art. 29 – Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 57 – Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente.

Também a Res. CFM 1.481/97 estabeleceu diretrizes da organização dos corpos clínicos das instituições médicas, ressaltando nos DIREITOS E DEVERES que nos regimentos “devem ser claramente mencionados os deveres de”, entre outros:

- 1) “Assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração e dentro da melhor técnica em seu benefício.
- 2) Colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitados.
- 3) Participar de atos médicos de sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.
- 4) Cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição.”

O médico, com a crescente especialização, vem questionando suas limitações na realização de procedimentos que demandam habilidade, obtida com intensos treinamento e experiência, não somente nas fases de formação e aperfeiçoamento, mas também durante o próprio exercício profissional.

A designação e atuação dos diversos especialistas devem ser orientadas pelas demandas dos próprios pacientes de um serviço ou do hospital. Aliás, constituem objetivos da organização dos serviços médicos e responsabilidade da direção e da coordenação médica das diversas equipes de especialistas. Lotar e disponibilizar o especialista adequado para realizar os procedimentos necessários e para os quais foi treinado.

Esta organização deve levar em conta que a disponibilidade do especialista dependerá do nível de urgência e emergência e da frequência com que determinado ato médico é necessário. Exemplo: não se pode esperar que somente um determinado especialista deva atender a uma parada cardíaca, estando ele escalado para determinado turno no hospital, como diarista ou mesmo numa situação de sobreaviso ou plantão a distância fora da instituição. Seria uma norma administrativa aética, porque tecnicamente equivocada e dissociada da necessidade do paciente e da realidade. Os procedimentos mais emergentes e salvadores devem ser corretos e habilmente realizados por qualquer médico escalado para um serviço de emergência ou de terapia intensiva. A probabilidade de um paciente necessitar desses procedimentos, seja pela frequência com que ocorre, seja pela rapidez com que requer atuação médica, deve nortear o perfil do profissional necessário ao serviço.

Numa estrutura de serviço pediátrico, que conta com médico pediatra diarista, com cirurgião pediátrico, seja diarista ou em regime de sobreaviso e com um plantonista intensivista, os papéis e limites de atuação devem ser previamente orientados por um coordenador médico, com sensibilidade para entender as necessidades dos pacientes e conhecimento do serviço, sendo capaz de interagir com esses diversos especialistas, organizando e normatizando, de forma a atender às diversas demandas com a disponibilidade dos recursos.

Mesmo na ausência deste coordenador médico, cada especialista deve, dentro da sua carga horária de trabalho, oferecer seu melhor discernimento e “o melhor da sua capacidade profissional em benefício dos pacientes”, como prevê o Art. 4º do CEM.

Deve atender o paciente o médico melhor preparado e qualificado para a realização de determinado procedimento, diagnóstico ou terapêutico, obviamente o especialista, ser estiver disponível. Caso não esteja disponível, o profissional mais preparado e experiente, que deve ter treinamento para tal. Em última hipótese, qualquer médico que mais rápida e seguramente possa beneficiar o paciente.

A consulente, embora apresente preocupação com o aspecto ético dos problemas em face das circunstâncias configuradas, refletem a nosso ver a necessidade de uma coordenação médica efetiva e de normas reguladoras internas, que disciplinem o trabalho de cada especialista lotado no serviço. E, dessa forma, venha a ser fonte de orientação no serviço para os médicos envolvidos, tanto em casos freqüentes como nas situações mais raras e específicas.

Não há como responder a consulta, se considerarmos que existe inação, má vontade ou tentativa de delegação viciosa e indevida de atribuições. Consideraremos que existe interesse, preocupação com o paciente e boa predisposição ao trabalho dos vários profissionais médicos envolvidos.

Considero que devem nortear essa diversidade de atuações entre os cirurgiões vascular, torácico, pediátrico, intensivista pediátrico e pediatria clínico. 1) A freqüência com que ocorre a necessidade do paciente num determinado serviço; 2) A doença de base e tipo de intercorrência apresentada pelo paciente. 3) O nível de especialização e sofisticação do serviço. 4) A disponibilidade de cada especialista, com tipo de escala de trabalho. 5) Adequadas formação e habilitação dos profissionais disponíveis – experiência profissional. 6) Eventual impossibilidade de desenvolver várias tarefas simultâneas em determinadas circunstâncias.

A maioria dessas questões pode ser respondida pela próprias chefia e direção técnica da unidade, pois estão diretamente relacionadas com a organização específica de cada serviço. Tentaremos responder à luz do nosso Código de Ética, as questões levantadas na consulta.

1ª Questão – “Uma criança com processo pneumônico desenvolve empiema e é submetida a drenagem torácica com selo d’água e internada na unidade de pediatria. O médico pediatra se recusa a manter o acompanhamento pediátrico alegando a existência do dreno, afirmando somente passar a assumir o paciente quando estiver sem o dreno, independentemente da doença de base e das intercorrências clínicas associadas.

Pergunta:

- 1) Quem será o médico assistente deste paciente e que deverá fazer o acompanhamento clínico?
- 2) Pode o pediatra recusar-se a manter o acompanhamento clínico em parceria com cirurgião?

RESPOSTAS

- 1) Se o paciente foi admitido na unidade com pneumonia, sem a intercorrência cirúrgica (drenagem torácica em selo d'água), sob acompanhamento do pediatra clínico, este deve ser mantido como médico assistente, e o cirurgião atuará como consultor a partir da necessidade do dreno torácico. Ambos os médicos devem acompanhar e evoluir o paciente, até que o dreno torácico seja removido e torne-se desnecessária a visita diária do cirurgião. Entretanto, quando o paciente já foi internado imediatamente após a intervenção cirúrgica de urgência, deve-se novamente atentar para a organização do serviço: se o médico assistente é o cirurgião pediátrico, este deve estar preparado para visitar diariamente, evoluindo e prescrevendo o paciente. Deve-se valorizar a doença de base, melhor tratada pelo especialista mais experiente na área.
- 2) Não deve um médico adequadamente lotado num serviço recusar-se a atender ou acompanhar paciente, portador de doença ou complicação relacionada com sua área de especialidade. Há que se recorrer à coordenação ou chefia médica para enquadrá-lo dentro de sua posição funcional e administrativa. Se houver indícios de transgressão ética, encaminhá-lo à Comissão de Ética da instituição.

2ª Questão – Uma criança internada em unidade de terapia intensiva composta por médicos especialistas intensivistas que necessite de PAM (pressão arterial média).

Pergunta:

Quem fornece o acesso arterial: o intensivista, o cirurgião pediatra ou o cirurgião vascular?

- 1) Caso o intensivista não consiga dissecar a artéria, pode alegar não saber, tendo em vista sua especialização?
- 2) Caso o intensivista só saiba puncionar e não consiga o acesso, quem deveria realizar a dissecação arterial? O cirurgião vascular, o cirurgião pediátrico ou o próprio intensivista?

RESPOSTAS

- 1) O intensivista, tendo em vista a frequência com que esse procedimento pode ocorrer na UTI. Se o intensivista não tem treinamento para tal, a coordenação médica deve prever a atuação do cirurgião vascular ou pediátrico habilitado para o procedimento e disponibilizar sua realização em horário compatível com essa necessidade.
- 2) **Resposta** – Não obtendo êxito na tentativa de punção arterial, o intensivista pode alegar não saber ou não conseguir dissecar a artéria, sem transgredir nosso código.
- 3) **Resposta** – Deve ser previsto pela coordenação médica, dentro dos recursos da instituição e da unidade, no que se refere à lotação e escala de trabalho, o melhor e mais experiente com o procedimento.

3ª. Questão – Uma criança dentro de unidade de terapia intensiva pediátrica onde existe especialista em terapia intensiva pediátrica desenvolve pneumotórax hipertensivo, pergunta:

- 1) Quem será o especialista responsável pelo tratamento imediato, que deve ser a toracocentese de alívio e drenagem: o intensivista, o cirurgião pediátrico ou o cirurgião de tórax?

- 2) Ainda quanto à possibilidade de ocorrência dessa emergência secundária a uma manobra invasiva para acesso à via aérea pelo intensivista?

Ambas circunstâncias configuradas orientam para que seja o próprio intensivista pediátrico, que para isso deve ter treinamento com o procedimento salvador, porque pode não haver tempo para acionar um cirurgião. Entretanto, havendo, no momento, no hospital ou unidade um cirurgião pediátrico ou torácico, ele pode ser acionado, desde que não ocorra atraso no tratamento do paciente, pois se constitui numa verdadeira emergência médica.

4ª. Questão – Uma criança internada em unidade hospitalar que dispõe de todas as especialidades, com indicação de hemodiálise, não estando numa UTI, pergunta:

- 1) Quem será o especialista responsável em realizar o procedimento de acesso vascular: o cirurgião pediátrico, o cirurgião vascular ou o nefrologista pediátrico?

Novamente, deve-se recorrer às normas internas da instituição e de cada serviço, que devem prever essas situações e necessidades dos pacientes. O acesso vascular eletivo, em que há tempo para programação, deve ser realizado pelo cirurgião especialista, seja vascular ou pediátrico (o que tiver maior experiência). Os procedimentos de confecção de *by-pass*, uso de próteses ou *shunts* vasculares devem ser atribuição do cirurgião vascular. Os procedimentos mais simples, tipo punções e dissecções, podem ser realizados pelo cirurgião pediátrico e, nas emergências, pelo próprio intensivista, se não se dispuser do especialista.

5ª. Questão – Uma criança internada em UTI pediátrica desenvolve insuficiência renal, sem poder realizar diálise peritoneal, sendo indicada uma hemodiálise. A equipe de cirurgia pediátrica se recusa a fornecer o acesso para hemodiálise por considerar que se trata de atribuição do cirurgião vascular, e este pondera ser atribuição do cirurgião pediátrico embora na UTI de adultos assuma esse procedimento quando o intensivista não consegue o acesso. Na UTI pediátrica, o intensivista nem tenta o acesso.

Pergunta:

- 1) De quem é a responsabilidade em termos de capacitação profissional para este procedimento?
- 2) Faz parte da capacitação do intensivista pediátrico esse procedimento, devendo no caso de insucesso acionar outro especialista?
- 3) Será o nefrologista pediátrico que indicou a hemodiálise?
- 4) Qual a responsabilidade de cada uma das especialidades no caso: intensivista pediátrico, nefrologista pediátrico, cirurgião pediátrico e cirurgião vascular?
- 5) Se durante o procedimento ocorre insucesso ou complicação quem será responsável por solucioná-la?
- 6) Pode o cirurgião vascular se recusar alegando ser estrutura pequena – paciente pediátrico?

Novamente, deve ficar claro que não pode haver recusa de realização de procedimento, exceto quando: a) o profissional está envolvido com outro paciente em

situação de maior urgência, ou (b) quando não se considera preparado ou (c) não convicto da necessidade do procedimento.

RESPOSTAS

- 1) Do cirurgião vascular, pela sua melhor formação profissional, em tese. Do mais experiente, se ambos estão escalados para o mesmo serviço. Se não houver disponibilidade, poderá ser tentado pelo cirurgião pediátrico.
- 2) Deve fazer, porém não se sentindo em condições técnicas, o intensivista pode acionar o especialista, se exequível. Deve estar prevista essa hierarquização pela coordenação ou chefia médica da unidade.
- 3) Se o nefrologista tiver formação e treinamento pode realizar o procedimento, mesmo sendo clínico de formação. Entretanto, tem sido atribuição do cirurgião especialista.
- 4) Em tese e observando-se a experiência de cada um dos especialistas: o cirurgião intensivista atua oferecendo procedimentos não-específicos de suporte à vida e controle inclusive invasivo de funções vitais. O nefrologista pediátrico deve oferecer suporte ao intensivista, confirmar e responsabilizar-se pela indicação e realização da hemodiálise, inclusive com sua presença junto à criança, nas fases críticas. O cirurgião pediátrico, se houver uma baixa frequência dessas necessidades e não havendo cirurgião vascular, proceder a tentativa de acesso vascular, especialmente por punção. O cirurgião vascular é, sem dúvida, o especialista adequado para realizar procedimentos cirúrgicos avançados para acesso vascular quando necessários ou houver insucesso pelo cirurgião pediátrico.
- 5) Deve ser o cirurgião vascular. Se este declarar inexperiência, e houver um cirurgião pediátrico experiente no procedimento, deve-se contar com este último.
- 6) Pode alegar falta de experiência com pequenos pacientes e, nesse caso, embora possa ser considerada falha sua formação profissional, pode recorrer à ajuda do cirurgião pediátrico. Não há, entretanto, problema ético, desde que, ao ser contratado para o serviço, informe essa limitação e seja aceito pela chefia médica. Neste caso, deve haver comum acordo com o cirurgião pediátrico, para que as crianças sejam melhor abordadas por este último.

Observando-se os princípios gerais, somente poderemos analisar com precisão e justiça as falhas técnicas ou éticas de algum especialista em determinadas situações, à luz das circunstâncias individuais do paciente, do serviço e do papel de cada um, inclusive da chefia médica da unidade.

APROVADO EM 12/1/2006

PERÍCIA E AUDITORIA MÉDICA

PARECER 02/03

Assunto: Laudo Pericial – Limites.

Relatora: Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves.

Ementa: Todo médico na função de perito, quando designado pelo poder judiciário tem o dever legal de periciar o paciente e emitir laudo médico conclusivo, salvo nos casos de impedimentos previstos em lei. O perito tem a permissão de revelar os dados do paciente, porque estes darão subsídios para elucidar os fatos e instruir os processos jurídicos.

RELATÓRIO:

O (a) solicita esclarecimentos para elaborar laudo pericial.

Serve ao juizado de menores e recebeu ofício do presidente do Tribunal de Justiça para proceder ao exame utilizando ficha de atendimento hospitalar, de um paciente que responde a processo administrativo no Tribunal de Justiça para verificação de invalidez. Informa que o paciente já foi periciado, mas a 1ª perícia será impugnada, porque o profissional baseou-se na informação de que o periciando não tem histórico psiquiátrico.

Questionamentos:

- 1) Tal procedimento é ético?
- 2) Se não, qual a orientação ou recomendação deverá retornar ao Tribunal de Justiça do Estado?
- 3) Se ético, qual o limite para as informações a serem averiguadas?

O laudo pericial é um documento de natureza descritiva, emitido após realização de uma perícia, para constatar ou não determinada patologia. Deve-se descrever anamnese, o exame físico e exames laboratoriais ou outros que tenham sido solicitados para elucidar os fatos.

As perícias médico-legais são quase sempre realizadas a pedido de autoridades judiciárias e tem como objetivo informar os fatos que interessam à Justiça.

O juiz pode solicitar novas perícias até quando se esgotem as possibilidades de esclarecimentos, como diz o Art. 437 do Código de processo civil:

Art. 437 – O juiz poderá determinar, de ofício ou a requerimento da parte, a realização de nova perícia, quando a matéria não lhe parecer suficientemente esclarecida.

O médico, nomeado como perito, tem a obrigação de aceitar o encargo, salvo nos casos de impedimentos previstos em lei, sendo que o seu descumprimento ocasiona infrações legais e éticas.

Respondendo o(a) consulente se a emissão de um novo laudo pericial por outro profissional designado pela autoridade judiciária, após o paciente já ter sido submetido

anteriormente a uma junta médica. Respondemos que sim, é ético e legal, visto quando nos processos administrativos pode-se solicitar quantos laudos forem necessários para esclarecimentos dos fatos e formar um juízo de razão.

Remetendo ao nosso CEM, o Cap. IX relativo ao segredo médico traz no Art.102:

Art. 102 – É vedado ao médico revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Entende-se como dever legal a designação imposta pelo juiz como no caso em tela, portanto o perito tem não só o direito, como o dever de descrever seus achados.

No Capítulo XI, o CEM trata justamente da perícia médica e seus artigos dizem:

Art. 118 – É vedado ao médico 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 – É vedado ao médico assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 – É vedado ao médico 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 – 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.

No caso trazido, nenhum dos artigos esta sendo descumprido, portanto não há impedimento para a realização e fornecimento de laudo.

Não há limites para informar os dados averiguados pelo médico perito, ou seja, o médico deve descrever os achados prendendo-se à veracidade dos fatos, para melhor auxiliar e fundamentar sua posterior análise.

CONCLUSÃO

Todo médico na função de perito, quando designado pelo Poder Judiciário, tem o dever legal de periciar o paciente e emitir laudo médico conclusivo, salvo nos casos de impedimentos previstos em lei. Lembramos que o perito tem a permissão de revelar os dados do paciente, porque estes darão subsídios para elucidar os fatos e instruir os processos jurídicos.

Este é o PARECER.

APROVADO EM 10/1/2003.

PARECER 19/06

Assunto: Glosas de exames e procedimentos médicos pelo médico-auditor.

Conselheira parecerista: Ceuci de Lima Xavier Nunes.

Ementa: Ao médico-auditor não cabe proceder a glosas de exames e procedimentos médicos. Após a elaboração de um parecer conclusivo com base nas auditorias analíticas e operacionais poderão advir glosas como medida administrativa punitiva, a cargo dos órgãos competentes.

PARTE EXPOSITIVA

Em correspondência enviada a este Conselho, os consulentes referem-se às circunstâncias que trazem conflitos para o relacionamento entre médicos e entre estes e seus pacientes por práticas decorrentes de prioridade para interesses financeiros de muitos planos de saúde e fazem os seguintes questionamentos:

- 1) Existe alguma incorreção em médico plantonista de urgência/emergência solicitar exame de cultura de alguma secreção humana, a exemplo da urina? Justifica a sua pergunta em glosas feitas a estes exames devido a demora do resultado e questiona se estas glosas podem caracterizar infração ética por parte dos auditores.
- 2) É lícito operadora de plano de saúde vincular o fornecimento de laudo de exame de paciente ao pagamento de procedimento médico?
- 3) É admissível glosa de honorários de consulta ou acompanhamento especializado (ex. acompanhamento nefrológico) efetivamente realizado a pedido do médico assistente?
- 4) É aceitável a glosa de adicional noturno numa cirurgia de apendicectomia realizada às 20h, devido ao fato do paciente ter sido admitido às 16h19m, sendo que neste intervalo esteve em observação e realizou exames complementares?
- 5) Considerando que alguns planos de saúde exigem um consenso prévio entre seus auditores e aqueles do hospital para, em seguida, quitar as contas, verificamos que a ausência deste acordo implica automaticamente em glosa. Neste caso poderia haver por parte do auditor externo infração ao Artigo 142 do CEM decorrente da inobservância da Resolução CFM n.º 1.614/2001 ou algum outro dispositivo vigente?

Considerando que as questões são distintas e importantes, responderemos cada uma separadamente.

- 1) A solicitação de exames no atendimento de urgência e emergência deve ser baseada no quadro clínico apresentado pelo paciente e na resolutividade que é uma das características deste tipo de atendimento. Os exames de cultura de sangue, urina, lesões cutâneas, escarro, líquido e outros, embora não contribuam para a terapêutica que será instituída naquele momento, pois os resultados são

mais tardios, são fundamentais para o diagnóstico e para uma terapêutica futura em caso de falha na escolha empírica do antibiótico. Por outro lado, a não-solicitação do exame naquele momento impossibilita o diagnóstico etiológico de uma série de infecções, já que após a instituição de terapêutica antibiótica a possibilidade de uma cultura de qualquer material ser positiva é muito menor do que nos casos em que o material foi colhido antes da introdução do antibiótico. Cabe lembrar ainda a importância dos exames de cultura para o conhecimento epidemiológico da etiologia das diversas infecções, em cada hospital.

Os princípios fundamentais do CEM no seu Artigo 16 diz:

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.

Devemos também lembrar ao Artigo 21, que diz ser direito do médico:

Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

2) Os laudos de exames de imagem, anatomopatológico e outros pertencem ao paciente que poderá fornecê-los a quem achar conveniente. Sobre este assunto existe o Parecer Consulta nº 73.512/00 da lavra do saudoso conselheiro Antonio da Silva Silvany, aprovado no pleno do Cremeb em 17/10/2000, com a seguinte ementa, que responde a esta questão:

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

3) Não é admissível glosas de procedimentos realizados. Alguns pacientes com patologias mais complexas ou múltiplas patologias podem e devem ser acompanhados por mais de um especialista, desde que este acompanhamento seja solicitado pelo médico assistente. Tanto a Resolução CFM nº 1.614/2001 quanto a Resolução Cremeb 242/99, embasa este pensamento e destacamos desta última os artigos 8º, 9º e 10, diz:

Artigo 8º: Vedar ao médico investido da função de auditoria atos como indicação de glosas injustificadas e proposta de descontos ou “pacotes” para remuneração do médico, por se tratar de atribuições que fogem à competência da auditoria médica e por caracterizarem como retenção indevida de honorários e conseqüente infração ao Código de Ética Médica.

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

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

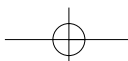
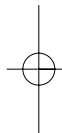
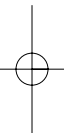
Parágrafo Único – Em caso de contestação quanto à propriedade de procedimento indicado ou executado no paciente, e discordando do relatório do auditado, poderá o médico-auditor encaminhar a questão também ao Conselho Regional de Medicina.

Distorções a esta regra têm ocorrido em alguns casos em que o paciente é acompanhado por múltiplos especialistas, não existe uma definição clara de quem é o médico assistente e em alguns casos, as condutas e até mesmo as informações prestadas serem conflitantes, podendo prejudicar o paciente e confundir a família. Neste caso cabe ao auditor solicitar relatórios dos médicos envolvidos, e caso não satisfeito levar o caso a diretoria médica da instituição ou ao Cremeb, sem jamais aplicar qualquer medida punitiva, cumprindo desta forma o Artigo 3º da Resolução Cremeb 242/99 e 6º da Resolução CFM 1.614/2001.

- 4) O pagamento de adicional noturno é previsto na CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) e não é admissível a glosa do adicional devido ao horário de internamento do paciente. Casos em que possa estar havendo práticas abusivas por parte do médico que realiza a cirurgia no horário noturno, por conveniências e não por necessidade, cabe ao auditor a solicitação de justificativa e elaboração de relatório, além de denúncia ao diretor técnico da unidade, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina.
- 5) A Resolução Cremeb 242/99 prevê a auditoria analítica (verificação através de documentos) e a auditoria operacional (levantamento de dados assistenciais junto ao médico, prontuário ou ao doente), quando identificadas possíveis distorções no atendimento prestado ao paciente. Após estas etapas deverá o auditor elaborar parecer conclusivo, apontando as impropriedades observadas, que será encaminhado ao seu superior hierárquico e demais órgãos competentes para adoção das medidas cabíveis. Daí pode advir, como medida administrativa, glosas.
- 6) O acerto prévio entre equipes de auditoria interna e externa poderá ocorrer, entretanto, a glosa automática por falta de acordo é inadmissível, tendo como base as resoluções citadas.

É o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 23/5/2006.



PLANO OU SEGURO SAÚDE

PARECER 22/06.

Assunto: Negativa de autorização de procedimento médico por plano de saúde.

Parecerista de vistas: Cons. Antônio Carlos Caires Araújo.

Ementa: Os termos cateterismo cardíaco, angioplastia e cirurgia — lato sensu — referem-se a atos ou procedimentos médicos, não podendo, por este motivo, serem desautorizados pelos planos de saúde. As questões contratuais devem ser solucionadas em fórum próprio.

O pedido de vistas deveu-se ao sentido primeiro de se estancar o alúvio de apartes sobre o tema, que nos pareceu claro, objetivo e preciso. Assim, entendemos que as pertinentes arguições e contribuições dos conselheiros seguiriam na mesma direção. Porém, por bem daqueles que ao falarem, evoquem variados sentidos ao que foi dito, nessa direção sairia do texto original. Apenas remontamos no conjunto os pertinentes aportes colhidos dos conselheiros em torno da consulta matriz, e, assim consideramos reordenar e reapresentar o parecer para mais uma vez sopesá-lo para que todos possamos convergir com uma resposta final.

Responde-se ao cônjuge de paciente segurado, com processo em curso contra plano de saúde, que se recusa a cobrir despesas de honorário com cateterismo e angioplastia, por considerá-los cirurgias ao invés de procedimentos médicos. Eis a questão pela qual pede informação ao Conselho de Medicina.

Em princípio esclarecemos que ato médico é por definição todo o procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado. Assim sendo, uma consulta clínica é tanto procedimento médico, quanto um cateterismo cardíaco ou uma angioplastia. Cabe-nos apenas distinguir, tão-somente, que a primeira é procedimento não-invasivo, enquanto os segundos o são e recomendadas suas realizações exclusivamente em ambiente hospitalar.

Poderíamos ainda definir procedimento médico como qualquer ato de profissional médico, que, uma vez jurisdicionado ao Conselho de Medicina, tenha por princípio ético o objetivo de prestar assistência médica ou investigar enfermidades, sempre com o objetivo de favorecer o paciente, dentro dos limites estabelecidos pelo Código de Ética Médica.

Todavia, como a interpretação de uma demanda, abre-se para mais de um sentido, e, neste caso, por suposição circunstancial, se há de fato, como foi relatado no pedido do parecer, um equívoco para se solucionar por parte da demandante. Deve a requerente perquirir, inicialmente, se a celebração do seu contrato com a referida operadora de saúde deu-se antes da regulamentação prevista na Lei 9.656/98, o que caracterizaria um contrato de plano de saúde não-regulamentado e que, eventualmente, como ocorria àquela época, conteria especificações que não contemplam o tipo de ato médico pleiteado e realizado no seu esposo.

De qualquer forma, é recomendável que a consulente avalie seu termo contratual quanto às medidas judiciais adequadas à defesa dos seus direitos conforme e de acordo com o que ali estiver pactuado, já foram tomadas, segundo suas informações.

Nada a destacar do ponto de vista ético profissional por parte do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia.

Este é o nosso parecer. Salvo melhor juízo.

APROVADO EM 7/5/2004.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PARECER 35/02

Assunto: Tempo de validade de prescrição médica.

Relatora: Consa. Ceuci de Lima Xavier Nunes.

Ementa: A prescrição médica, excetuando-se os casos de instituições para pacientes crônicos de longa permanência, tem a validade de 24 horas. Normas administrativas, consonantes com o corpo clínico de cada unidade médico-hospitalar, devem estabelecer os horários mais adequados para a prescrição médica diária. É inadmissível a suspensão de medicações motivada apenas pela chamada “data vencida”.

EXPOSIÇÃO

O consultante solicita a este Conselho informar se existe definição quanto ao tempo de validade de prescrição médica, tendo em vista a Resolução nº 225/2000 do Cofen e Decisão do Coren-Ba nº 010/00 (anexos).

A Resolução Cofen nº 225/2000 dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentos/Terapêutica a distância. Resolve:

Artigo 1º – *É vedado ao profissional de enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer profissional da área de saúde, através de rádio, telefonia ou meios telefônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos.*

Artigo 2º – *Não se aplica ao artigo anterior as situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco à vida do cliente.*

Já a decisão Coren-BA Nº 010/00 no seu Artigo 1º diz:

É vedado ao enfermeiro repetir como rotina, prescrições médicas, com data vencida, bem como aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêutica, oriundas de qualquer profissional da área de saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não consta assinatura dos mesmos.

Esta consulta deve ser vista nos seus mais diversos aspectos, uma vez que a prescrição médica é ato fundamental da prática médica e é executado em várias instituições de saúde que atendem pacientes agudos, crônicos e de internação prolongada, cabendo, portanto, definições que podem ser variadas.

Avaliando a literatura conselhal sobre o tema, encontramos no Cremesp duas consultas, a de nº 67.859/97, sobre validade de prescrição médica, que é usada em clínica de repouso mês a mês e a segunda de nº 27.618/18, sobre a validade de utilizar formulário de prescrição com validade para três dias e assinada diariamente

pelo médico assistente. Os dois pareceres tiveram a mesma ementa:

É aceitável que as ordens médicas sejam prescritas mensalmente num “Formulário de Prescrição Médica”, assim como poderia ser em qualquer outra folha, desde que datado e assinado pelo médico. Tal prescrição fica valendo até que seja feita uma nova igual ou diferente da anterior.

É bom ressaltar que, nos corpos dos pareceres, os relatores se referem a prescrição para pacientes estáveis e crônicos internados em Hospital Central do Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário e em Casa de Repouso.

Diante disto, concluímos que em determinados casos de instituições, nas quais pacientes crônicos e estáveis permanecem por muito tempo, a prescrição pode ser feita até mensalmente.

Entretanto, nos parece que a presente consulta refere-se a pacientes internados em hospitais de cuidados secundários e terciários, onde os pacientes têm na sua maioria patologias agudas ou crônicas agudizadas. Referente a este assunto não encontramos nenhuma normatização do âmbito dos conselhos. Cabe, portanto, fazermos uma análise da prática médica diária praticada pela maioria dos médicos à luz do Código de Ética Médica. Dois artigos do CEM referem-se à prescrição:

É vedado ao médico:

Artigo 62 – Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto ao paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, neste caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Artigo 134 – Dar consulta, diagnóstico ou prescrição, por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Portanto, no que diz respeito à prescrição a distância, nada temos a discordar dos documentos citados dos conselhos de Enfermagem.

Quanto à validade da prescrição, percebemos que a decisão do Coren-BA é vaga quando se refere a “data vencida”. O que é data vencida, é simplesmente a virada do dia? Caso uma prescrição médica seja feita às 23 horas de um determinado dia, às 8 horas do dia seguinte, estaria a data vencida? Tomamos como exemplo um procedimento cirúrgico ou mesmo um internamento feito pelo médico assistente, realizado à noite, na manhã seguinte, teria o médico que obrigatoriamente comparecer ao hospital para fazer nova prescrição? Entendemos que o que vai ditar a necessidade de nova prescrição, num curto espaço de tempo, é o quadro clínico do paciente, e não normas baseadas em “data vencida”, conceito meramente teórico, que nos exemplos citados não trarão nenhum benefício para o paciente.

Sabemos que na prática clínica as prescrições têm validade de 24 horas, pois normalmente são feitas diariamente. Normas administrativas podem ser estabelecidas em cada estabelecimento de saúde, em consonância com o corpo clínico, recomendando um espaço de tempo para que as prescrições sejam feitas. Esta norma, entretanto, não pode ser rígida, levando em consideração as particularidades da profissão médica.

Cabe ao médico, que por qualquer motivo não consiga cumprir as normas estabelecidas para o horário da prescrição, entrar em contato com o serviço comunicando o imprevisto e providenciando a confecção da prescrição ele próprio ou um substituto, assim que possível.

É inadmissível, tanto do ponto de vista ético como técnico, que um paciente fique sem prescrição médica diária, considerando as exceções já colocadas. Da mesma forma, é intolerável que uma medicação seja suspensa, devido apenas a chamada “data vencida”, ato este que pode trazer prejuízos ao paciente e penalidades administrativas, éticas ou penais ao(s) responsável(is).

É o PARECER. SMJ.

APROVADO EM 5/9/2002.

PARECER 37/02

Assunto: Solicita parecer junto ao Cremeb referente ao atendimento e fornecimento de receitas com medicamentos psicotrópicos, atestado para perícias médicas e relatórios a familiares de pacientes, sem que eles estejam presentes às consultas médicas.

Relatores: Cons. Antonio Nery Filho e Domingos Macedo Coutinho.

Ementa: Não incorre em infração o médico que autoriza fornecimento de medicamentos ou prescreve psicofármacos para paciente em acompanhamento ambulatorial, sem o exame atual dos mesmos, desde que já os tenha examinado anteriormente, cabendo-lhe a inteira responsabilidade decorrente destes atos.

DA CONSULTA:

Consulta endereçada ao CRM, a propósito de:

- 1) Fornecimento aos familiares de medicamentos para pacientes paraplégicos, tetraplégicos, deficientes visuais ou psicóticos que se recusam a comparecer às consultas agendadas;
- 2) Fornecimento de receitas de psicotrópicos, atestados e relatórios a familiares de pacientes, sem que os pacientes tenham sido examinados;
- 3) Possibilidade do Conselho reunir-se com os profissionais de hospital especializado para esclarecimentos de condutas médicas.

CONSIDERAÇÕES:

- 1) É admissível a prescrição nos moldes descritos na consulta e nas situações colocadas, pois, não evidenciamos falta ética no fornecimento aos familiares de medicamentos psicotrópicos para pacientes que não compareçam à consulta. Contudo, consideramos indispensável que o paciente tem sido examinado anteriormente pelo médicos e as observações registradas em prontuário. Por outro lado, cabe ao médico solicitado a autorizar o fornecimento de medicamentos, analisar o prontuário e decidir pela conveniência da demanda dos produtos, tudo registrando no respectivo prontuário. Indiscutivelmente a responsabilidade pelo resultado advindo deste ato recai sobre o médico.
- 2) Cabe ao médico decidir pela conveniência do fornecimento de receita(s) para aquisição de medicamentos psicotrópicos, sem exame atual do paciente (à semelhança do descrito no item 1). Quanto aos atestados e relatórios, visto seus aspectos jurídico-legais, devem exigir o exame objetivo do paciente.
- 3) Finalmente, tem sido iniciativa do CRM visitar os diversos serviços médicos em Salvador e em outras localidades. Seguramente a Copeeb não hesitará em agendar encontro com os profissionais para discutir os aspectos éticos, relacionados com a prática psiquiátrica.

APROVADO EM 17/2/2002.

PARECER 72/05

Assunto: Prescrição de medicamentos industrializados x prescrição de fórmulas para manipulação.

Relator: Cons. Ceuci de Lima Xavier Nunes.

É direito do médico a prescrição de medicações formuladas a aviadadas por farmácia de manipulação. Entretanto, é direito do paciente receber, caso solicite, a prescrição da mesma medicação, caso exista, fabricada pela indústria farmacêutica.

PARTE EXPOSITIVA

Em correspondência enviada por e-mail, o consultante informa que foi atendido por um médico dermatologista que prescreveu medicações que deveriam ser aviadadas em farmácia de manipulação. Como é usuário de plano de saúde que reembolsa parte do valor dos medicamentos, com exceção dos homeopáticos e manipulados, solicitou do médico outra receita com o nome comercial das medicações para que pudesse usufruir do benefício. Entretanto, apesar de ter sido informado pelo próprio médico da existência das medicações em farmácias tradicionais, ele se recusou a lhe fornecer uma nova receita alegando a sua preferência pela medicação manipulada.

Questiona ao Conselho se é um direito seu receber a receita solicitada e, em caso afirmativo, como fazer para convencer o médico.

Da avaliação de documentos sobre esta temática no sistema conselhal, não obtivemos resultados positivos.

Restam-nos, sem este amparo, os dispositivos da Legislação a do Código de Ética Médica.

A Lei número 5.991, de 17 de dezembro de 1973 (que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a dá outras providências), define:

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

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

Partindo desta lei podemos considerar a legalidade tanto da farmácia de manipulação como da drogaria para venda de medicamentos.

A questão em tela nos leva, portanto, para a contraposição de duas situações, a autonomia do médico x a autonomia do paciente.

Buscamos alguns artigos do Código de Ética Médica para o esclarecimento necessário. No Capítulo II - Direitos do médico:

Artigo 21: É direito do médico: indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

No Capítulo IV – Direitos humanos:

Artigo 46: É vedado ao médico: efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo à vida.

No Capítulo V - Relação com pacientes e familiares:

Artigo 56: É vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo à vida.

Avaliamos, com base nestes referenciais, a questão formulada pelo consulente.

O médico prescreveu uma formulação para ser aviada em uma farmácia de manipulação, o que não infringe nenhuma legislação nem norma vigente, salvo no caso de prescrições vedadas pelo CFM através da Resolução 1.477/1997 (veda aos médicos a prescrição simultânea de drogas do tipo anfetaminas, com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais a laxantes, com finalidade de tratamento de obesidade ou emagrecimento).

Ocorre que, segundo o informado, a medicação prescrita era também fabricada pela indústria farmacêutica e poderia ser adquirida em farmácias/drogarias convencionais, a que traria, além do provável benefício clínico, um benefício financeiro adicional para o paciente.

Neste caso, temos que avaliar qual a motivação do médico para a atitude de não fornecer uma segunda receita para ser aviada neste último estabelecimento citado. A motivação pode ser meramente técnica, decorrente da experiência com a medicação manipulada e os seus resultados; por outro lado, não podemos desconhecer que a motivação pode ser meramente financeira, tendo como pano de fundo os percentuais fornecidos pelas farmácias de manipulação ao médico, por cada medicação formulada, o que é uma prática que vai de encontro aos postulados éticos da profissão.

Na primeira hipótese, cabe ao profissional convencer o seu paciente dos benefícios da sua conduta, porém caso isto não ocorra deverá fornecer a receita conforme solicitado pelo paciente. Caso a motivação seja a segunda descrita, o médico incorre em infringência aos postulados éticos e poderá vir a ser punido pelo Conselho, caso seja denunciado. Também neste segundo caso o médico deverá fornecer a receita médica, conforme solicitado.

CONCLUSÃO

É direito do paciente receber receita de medicação industrializada, quando existir, ao invés de fórmula de medicamento, que só poderá ser aviada em farmácia de manipulação.

Caso o médico tenha argumentos científicos para manter a prescrição da formulação, deve convencer o paciente de que o seu benefício financeiro é inferior ao ganho com a utilização da medicação formulada.

É o PARECER SMJ.

APROVADO EM 18/11/2005.

PARECER 35/07

Assunto: Administração de medicação sintomática.

Relator: Cons. Domingos Macedo Coutinho.

Ementa: Comete ilícito ético o médico que em visita não-profissional à paciente internado, do qual não é assistente, prescreve-lhe medicação sintomática sem o conhecimento do plantonista ou médico assistente.

DA CONSULTA:

O diretor-médico de um hospital protocolou consulta neste Cremeb, em 7/2/07, formulando a seguinte questão:

"Comete infração ética o médico que: em visita não-profissional à paciente da qual não é médico assistente, e com a qual mantém apenas vínculo de amizade ou parentesco, exige da equipe de enfermagem, inexistindo risco de morte, a imediata administração de medicação sintomática, sem a concordância prévia do médico assistente?"

DO PARECER:

Dispõe o Artigo 81 do CEM que:

É vedado ao médico:

"Art. 81 – Alterar prescrição ou tratamento do 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". (Grifos nossos)

Destarte, devemos entender que, excepcionalmente, o profissional da Medicina poderá intervir em benefício do paciente, devendo, em casos que tais, comunicar por escrito o fato ao médico assistente ou, na sua ausência, ao diretor clínico do hospital.

Por fim, julgamos que o perfeito conhecimento dos limites de atuação, o bom senso, a moderação, a cordialidade, o diálogo e a polidez devem presidir as relações entre médicos, pois acreditamos ser este o melhor caminho da prevenção de conflitos que permeiam essa delicada convivência profissional.

APROVADO EM 14/6/2007.

PRODUTOS FITOTERÁPICOS

PARECER 09/06

Assunto: Versa o presente expediente da Prescrição e Comercialização de Produtos Naturais ou Fitoterápicos por pessoas não-médicas.

Relator: Cons. Luiz Carlos Cardoso Borges.

Ementa: A comercialização de produtos naturais ou fitorápicos por empresas de vendas diretas ao consumidor deve estar sob a égide da Legislação vigente no País. Não é prerrogativa dos CRMs a fiscalização destas empresas.

Foi protocolada neste Cremeb, correspondência eletrônica a qual procura buscar informações sobre prescrição e comercialização de produtos naturais ou fitoterápicos por pessoas não-médicas.

Manifesta o consultante em obter informações sobre a existência de impedimento de prescrever e comercializar produtos para emagrecimento de empresas multinacionais, *por pessoas não-habilitadas na área médica*. Pretende, com isso, fazer parte desse aglomerado empresarial, porém, de maneira lícita e legalmente habilitado.

A MULTINACIONAL:

Divulga que mantém negócios em 60 países com mais de um milhão de distribuidores independentes, com faturamento de vendas, em 1999, que alcançou US\$ 1,8 bilhão. No Brasil, mantém representação nas cidades de Porto Alegre, São Paulo e Recife.

Apresentação dos Produtos

Em sua apresentação eletrônica, divulga que são ***“Produtos formulados com ervas e ingredientes naturais de alta qualidade, que cuidam de você por dentro e por fora”***. Como por exemplo, produtos ***“... compostos de lipídios marinhos altamente refinados contendo Ômega-3 , ácidos graxos , EPA (ÁCIDO EICOSAPENTAENÓICO) , e outros. Informando ainda: “... conta com um conselho composto por renomados profissionais da comunidade médica e científica, que assegura a aplicação dos mais rígidos padrões de qualidade e mais recentes avanços científicos em seus produtos”***. São apresentados geralmente como compostos de minerais (cálcio, magnésio), proteínas, ácidos graxos e outros (apresentados geralmente em forma de tabletes, shakes, chás, multivitaminas & minerais).

Chama-nos atenção o destaque dado para alguns dos produtos, como por exemplo: ***“Estes produtos não têm a finalidade de diagnosticar, tratar, curar ou prevenir qualquer doença ”***.

Da ABEVD:

A Associação Brasileira das Empresas de Vendas Diretas divulga em sua página eletrônica que atualmente conta em seus quadros no País, com cerca de 25 empresas, que atuam em diversos setores da economia, como cosméticos, produtos de limpeza, recipientes plásticos de alimentos, suplementos nutricionais, entre outros. Quanto às Leis de Licenciamento, divulga que, à exceção de Leis do Código

de Defesa do Consumidor, “... **não existe uma legislação específica acerca de venda direta em âmbito federal, estadual ou municipal, a exemplo do que ocorre em outros países no mundo. Conforme Artigo 170 da Constituição Federal brasileira, a ordem econômica é fundada nos princípios da livre iniciativa e livre concorrência. Assim, o sistema de vendas diretas não é proibido no Brasil.**”

A **Resolução CFM nº 1.716/2004**: Publicada no DOU de 19/2/04, – Modificada pela Resolução CFM nº 1.773/05 “ ... *que criou nos Conselhos Regionais de Medicina os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica...*” estabelece a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, como ser atribuição do CFM e dos CRMs zelar e trabalhar por todos os meios pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente. Considera ainda que a prestação de serviços médicos, mesmo em ambulatorios e por empresa cujo objetivo social não seja prestação de assistência médica, caracteriza atividade médica passível de fiscalização. O Artigo 3º da Resolução preceitua que “... *as empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e ou intermediadores de assistência à saúde com personalidade jurídica de direito privado deverão ser registrados nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição em que atuarem ...*”. Enquadram-se empresas tais como:

- a) *As empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares de diagnóstico e ou tratamento;*
- b) *As empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatorios para assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares;*
- c) *As cooperativas de trabalho e serviço médico;*
- d) *As operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos de autogestão e as seguradoras especializadas em seguro-saúde;*
- e) *As organizações sociais que atuam na prestação e ou intermediação de serviços de assistência à saúde;*
- f) *Serviços de remoção, atendimento pré-hospitalar e domiciliar;*
- g) *Empresas de assessoria na área de saúde;*
- h) *Centros de pesquisa na área médica;*
- i) *Empresas que comercializam serviços na modalidade de administradoras de atividades médicas.*

PARECER:

Trata-se de consulta buscando informações junto a esse CRM sobre a existência de impedimento para prescrição e comercialização de produtos naturais ou fitorápicos por pessoas não-habilitadas na área médica, com objetivos de lucros econômico-financeiros.

Claro está, nas argumentações da **Abevd**, não existir no Brasil legislação específica acerca de venda direta em âmbito federal, estadual ou municipal. Fundamenta-se

nos princípios da livre iniciativa e livre concorrência, conforme a Constituição Federal, para a comercialização dos produtos das empresas a ela associadas. Não sendo com isso proibido o sistema de vendas diretas no País.

O que, em parte, responde um dos questionamentos da consulta, quanto à comercialização dos produtos.

No quesito da prescrição por pessoas não-médicas, algumas situações devem ser consideradas.

Ressalte-se inicialmente à luz da Resolução CFM nº1.716/2004, conforme já descrevemos, não contempla o registro de empresas assim consideradas empresas de vendas diretas. Não cabendo aos CRMs, por isso, a obrigatoriedade da fiscalização de empresas assim classificadas.

Entretanto, é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Portanto, a prescrição médica é essencialmente um ato de domínio do profissional médico que lhe confere a Lei Nº 3.268 de 30.09.1957 e regulamentada pelo Decreto Nº 44.045 de 19.07.1958 que criou os Conselhos Regionais de Medicina, estabelecendo normas que *visam defender não só aos interesses do paciente, mas, principalmente, o correto exercício da medicina.*

Conclusão, a prescrição e prováveis efeitos que possam vir ocorrer em desfavor do paciente, advindo dos produtos enumerados pela Empresa em tela, considerados pela mesma não ter a **finalidade de diagnosticar, tratar, curar ou prevenir qualquer doença**, são de inteira responsabilidade da Herbalife e co-responsabilidade dos seus Distribuidores Independentes podendo vir responder a passíveis ações cível e/ou criminal.

APROVADO EM 14/2/06.

PRONTUÁRIO MÉDICO

PARECER 04/05

Assunto: Guarda e destinação de prontuários em caso de dissolução parcial da sociedade.

Relatora: Consa. Teresa Cristina Santos Maltez.

Ementa: O conteúdo do prontuário médico pertence ao paciente, e não ao médico que o elaborou, não cabendo assim o fornecimento dos prontuários dos pacientes aos médicos sócios que saem de uma empresa. Tais documentos devem ser mantidos sob a guarda da instituição de saúde.

A consulente encaminha ao Cremeb solicitação de parecer relativo à guarda e destinação de prontuários médicos em caso de dissolução parcial em sociedade.

Encaminhada a Consultoria Jurídica, sendo emitido parecer que acato, excluindo o 1º parágrafo.

PARECER

Através de correspondência, a consulente faz os seguintes questionamentos acerca da guarda e destinação de prontuários médicos em caso de dissolução parcial da sociedade:

1. "Os sócios que deixam a sociedade podem copiar todo o arquivo, mesmo que junto aos seus pacientes estejam os dos outros sócios?"

2. "Os sócios que ficam com a pessoa jurídica são obrigados a fornecer os prontuários dos pacientes aos sócios que saem?"

Inicialmente, vale lembrar que, de acordo com a Resolução CFM 1.638/02, prontuário médico é "o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo".

Assim, o médico é o depositário fiel do segredo dos pacientes contido nos prontuários, devendo observância às normas vigentes que versam sobre o sigilo profissional. Neste sentido, afirma o professor Genival Veloso de França, em seu livro "Comentários ao Código de Ética Médica", que: "Deve-se entender que o segredo pertence ao paciente. O médico é apenas depositário de uma confiança", tendo a obrigação de zelar e respeitar o segredo profissional e, ainda, não revelar fatos de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Ressalte-se que o segredo profissional, que resguarda o conteúdo do prontuário médico, é uma das mais acentuadas características da profissão médica e fundamenta-

se na garantia individual à inviolabilidade da intimidade, direito fundamental a cláusula pétrea prevista na Constituição Federal em seu Art. 5º, inciso X,

Entendemos oportuno transcrever trecho do Parecer Consulta 255/96 do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina:

"O prontuário pertence somente ao paciente. Ao médico cabe, por dever ético, a sua abertura e toda sua elaboração preenchendo-o adequadamente. Ao hospital cabe a função de fiel depositário"

Assim, a guarda dos prontuários não cabe diretamente ao profissional médico, quando a prestação do serviço médico ocorre em clínicas e hospitais, porquanto diante da natureza essencialmente administrativa desempenhada nestas instituições, cabe sua manutenção ao estabelecimento de saúde. Ressalte-se, ainda, que, sob o ponto de vista da ética médica, a guarda de prontuários encontra-se sob a responsabilidade do diretor técnico da instituição.

Desta forma, o conteúdo do prontuário médico pertence ao paciente, e não ao médico que o elaborou, não cabendo assim o fornecimento dos prontuários dos pacientes aos médicos sócios que saem de uma empresa médica. Tais documentos devem ser mantidos sob a guarda da instituição de saúde.

Cabe salientar, entretanto, que não há qualquer norma que proíba o fornecimento da relação de pacientes atendidos pela clínica aos sócios que se retiram do corpo societário, cabendo a estes a responsabilidade pelo uso de tais informações.

Isto posto, a princípio, os sócios que deixam a sociedade podem ter acesso a cópia de todos os arquivos administrativos da empresa, a menos que cláusula contratual disponha o contrário.

No que tange ao fornecimento de prontuário aos sócios que se retiram, entendemos ser inadmissível tal procedimento pelas razões já expostas. Entretanto, na hipótese de solicitado pelo próprio paciente, poderão ser disponibilizadas cópias dos respectivos prontuários.

APROVADO EM 6/1/2005.

PARECER 41/05

Assunto: Entrega de prontuário médico a paciente.

Relatora: Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves.

Ementa: As informações constantes no prontuário médico pertencem ao paciente, sendo vedado ao médico negar-lhe tais informações, salvo em casos que possam ocasionar risco ao mesmo ou a terceiros.

PARECER

A consulta foi encaminhada através de e-mail esclarecendo que a família da paciente, no intuito de auxiliar o tratamento psiquiátrico a que sua mãe (paciente depressiva) foi submetida, fê-la acreditar que estava sendo tratada por um psicólogo.

A fim de corroborar esta afirmação e garantir a continuidade e eficácia do tratamento, inclusive para que a paciente tomasse os remédios prescritos de forma correta, um familiar fez contato com o cardiologista da paciente (hipertensa), relatando todos os seus problemas e pedindo que o referido médico confirmasse e convencesse a paciente a tomar a medicação prescrita, o que foi feito.

Durante o curso do tratamento, o qual surtia efeito, pois a paciente apresentava melhoras, ela começou a sair sozinha, por recomendação do próprio psiquiatra. Sendo assim, a enferma passou a ir às consultas desacompanhada. E, numa destas ocasiões, a atendente entregou-lhe seu prontuário médico, tendo a paciente tomado conhecimento do conteúdo, descobrindo a verdade, e a partir de então passou a recusar o tratamento.

A peticionária pergunta a este Conselho se é eticamente correto uma clínica entregar o prontuário à paciente, especialmente neste caso, em que o seu cardiologista já tinha ciência de todas as suas dificuldades.

A Resolução CFM 1.638/2002, assim conceitua:

Art. 1º – Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Cabe ressaltar que o prontuário médico pertence ao paciente como forma de garantia dos seus interesses, tendo ele todo o direito de saber a verdade do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento.

O médico e as instituições de saúde têm o dever de guarda desses documentos, bem como a responsabilidade de sua utilização, sendo dever ético manter o segredo médico.

Não há dúvida que o prontuário médico está submetido ao segredo profissional, constituindo um dever ético e legal do médico manter sigilo quanto ao prontuário do paciente, só o podendo revelar com autorização expressa deste ou do seu representante legal. A razão claramente é a proteção do indivíduo, e a constituição lhe garante o direito de não ver a sua intimidade devassada.

Ocorre, todavia, que em casos especiais pode-se negar ao paciente o acesso a estas informações, tendo em vista a situação peculiar de cada enfermo e os danos que esta revelação possa ocasionar. Neste caso, a comunicação deve ser feita a seus familiares, para que eles tomem as medidas pertinentes ao caso.

Assim dispõe o Código de Ética Médica:

Art. 59 – (é vedado ao médico) – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 70 – (é vedado ao médico) – Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Ainda no que se refere a prontuário médico, o Código de Ética Médica, em seu Artigo 108, veda a facilitação de manuseio e conhecimentos dos prontuários médicos e demais observações médicas à pessoa não-obrigada ao segredo profissional.

Pelo que pudemos depreender dos fatos narrados, a clínica encaminha os pacientes para consulta entregando-lhes um envelope contendo as fichas de atendimento (prontuário médico) anteriores, para registro dos novos atendimentos pelo médico.

Assim, em regra a prestação de informações constantes no prontuário médico ao paciente não constitui qualquer infração ao sigilo profissional. Entretanto, excepciona-se quando tais informações possam acarretar algum dano ao paciente, devendo essa avaliação ser feita pelo médico assistente.

Desta forma, seria salutar que a empresa criasse algum mecanismo de exceção, isso porque, somente o médico, conhecendo a situação de seu paciente, pode fazer um juízo se ele se enquadra em alguma situação em que a revelação do conteúdo do prontuário médico possa ocasionar-lhe algum dano.

Finalmente, para concluir, resta-nos ponderar que os fatos dizem respeito a uma situação ocorrida em uma instituição de saúde, quando uma paciente maior, lúcida e apta a todos os atos da vida civil, comparece a consulta e lhe é entregue um envelope contendo seu prontuário médico, fato que por si só não enseja violação a princípios éticos.

Entretanto, segundo familiares, circunstâncias outras existiam e que a entrega do prontuário foi danosa a paciente.

- 1) Portanto, sugerimos as seguintes medidas:
- 2) Consultar a família para saber se quer fazer a denúncia; temos que oficiar a família perguntando se tem interesse em fazer a denúncia, além de enviar o parecer aprovado.

Empreender ação educativa junto à clínica.

É o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 9/6/2005.

PARECER 62/05

Assunto: Possibilidade de registro em prontuários de desentendimentos envolvendo médicos e pacientes.

Relatora: Consa. Teresa Cristina Santos Maltez.

Ementa: Desentendimentos com pacientes e ou acompanhantes ou os fatos atípicos ocorridos durante o exercício das atividades profissionais deverão ser registrados em livro de ocorrência do estabelecimento de saúde, sendo razoável que tais registros sejam feitos no prontuário apenas quando efetivamente interferiram no atendimento médico.

A coordenadora médica de uma unidade de emergência encaminha ao Cremeb consulta protocolada sob o n.º 113.292/05, trazendo questionamento pontual:

“Diante do grande número de ocorrências registradas no prontuário pelos médicos, relatando desentendimentos entre eles e pacientes e ou acompanhantes, além de outras ocorrências que interferem no atendimento médico, solicito recomendações quanto ao registro destas situações. Poderão ser registradas em prontuário? Caso contrário, que medidas deverão ser adotadas?” (Grifo nosso).

O expediente em epígrafe foi encaminhado à Consultoria Jurídica, cujo parecer, referente à possibilidade de registro em prontuário de desentendimento envolvendo médicos e pacientes e ou acompanhantes, acato na íntegra.

PARECER

“Inicialmente, cabe-nos observar que situação como a narrada não é incomum, diante da fragilidade atual das relações médico/paciente e da necessidade do médico respaldar seus atos e demonstrar, caso necessário, o histórico do paciente e sua adesão ou não ao tratamento proposto.

O prontuário médico visto como instrumento de defesa tem sido requisitado constantemente para dirimir dúvidas, devendo retratar a situação do paciente e as providências adotadas pelo profissional médico. Receoso, o médico mais e mais tem-se preocupado com as evoluções feitas, buscando, algumas vezes, excessivamente registrar todas as ocorrências que envolvam o paciente e ou seus acompanhantes.

O prontuário consiste no conjunto de documentos e registros, ordenados e concisos, destinado ao registro dos cuidados médicos e paramédicos prestados ao paciente. É indiscutivelmente valioso para o paciente, para o médico e para a instituição que o atende, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública, servindo também como documento de defesa legal, tanto na esfera penal, cível ou mesmo administrativo financeira (auditoria).

Logo, poderíamos questionar: Como e quando evoluir em prontuário desentendimentos entre médico e paciente e ou acompanhante?

É entendimento desta Consultoria Jurídica que, a princípio, os desentendimentos entre médicos e pacientes e ou acompanhantes devem ser registrados no livro de ocorrência do estabelecimento de saúde, só devendo ter registro no prontuário quando interferem diretamente no atendimento médico.

Nesta hipótese, além do registro no mencionado livro de ocorrência, deverá o médico fazer referência sucinta no prontuário, tendo em vista que o referido documento espelha a trajetória do paciente e, inclusive, demonstra sua adesão ou não ao tratamento proposto.

Ainda é imprescindível comentar que o Código de Ética Médica salvaguarda a possibilidade do médico renunciar ao atendimento diante da ocorrência de fatos que prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional e o registro do desgaste desta relação é importante para respaldar tal decisão.

Curioso observar o que reza o Art. 7º e o parágrafo 1º do Art. 61 do CEM:

Art. 7º – *O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.*

É vedado ao médico:

Art. 61 – Abandonar paciente sob seus cuidados.

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.*

Ressalte-se, por oportuno, que, utilizando-se das palavras do ilustre professor Genival de França, em sua obra “Comentários ao Código de Ética Médica: “*O que não pode ocorrer, de forma alguma, é o simples e total abandono, sem nenhuma comunicação prévia, sem as oportunidades de continuação do tratamento e sem as informações necessárias ao profissional que lhe vai suceder. Isso, no entanto, não pode acontecer se o paciente estiver com um quadro de urgência ou emergência, pois sua recusa, em tais circunstâncias, fere os princípios éticos da profissão e o código torna o atendimento imperativo*”.

Isto posto, cabe ao médico analisar a necessidade de evolução em prontuário de desentendimentos com pacientes e ou acompanhantes, sendo razoável que tais registros sejam feitos no prontuário apenas quando efetivamente interfiram no atendimento médico. Em outras hipóteses, caberá ao médico registrar em livro de ocorrência do estabelecimento de saúde os fatos atípicos ocorridos durante o exercício de suas atividades que não gerem efeitos ao atendimento diretamente prestado ao paciente.

É O PARECER.

APROVADO EM 1º/9/2005.

PARECER 42/06

Assunto: Obrigatoriedade do uso do carimbo.

Relatora: Consa. Lara de Araújo Torreão.

Ementa: No prontuário médico, é obrigatória a identificação do profissional mediante assinatura legível e ou número de inscrição no CRM. O uso do carimbo é opcional.

DA CONSULTA

O consulente através de e-mail (fl. 1) questiona a obrigatoriedade do uso de carimbo em prontuário médico após a sua identificação com a rubrica e o número de inscrição do Creneb.

PARECER

A elaboração do prontuário médico de forma legível é dever ético do médico assistente conforme previsto no Artigo 69 do CEM, assim como a devida identificação do profissional que o realizou.

A Resolução nº 1.638/02, na alínea “d” do Artigo 5º, prevê que:

“Nos prontuários médicos em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM” (Grifo nosso).

Desta forma, entendemos que não há obrigatoriedade do uso do carimbo pelo médico, desde que a sua assinatura e ou o seu número de inscrição no CRM sejam completamente legíveis. O uso do carimbo é opcional, mas facilita a identificação.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 31/8/06.

PSIQUIATRIA

PARECER 28/00

Assunto: Busca esclarecimentos sobre como proceder o não-especialista ante o pedido por familiares de portadores de doenças mentais de emissão de receita prescrevendo medicação psiquiátrica.

Relator: Cons. Domingos Macedo Coutinho.

Ementa: Psiquiatria. Receituário médico fornecido por não-especialista. Possibilidade. Omissão na negativa de fornecimento da receita, inexistência.

- I – A conduta do médico que fornece receita prescrevendo uma medicação para paciente portador de doença mental, mesmo na ausência de especialização em psiquiatria, considerando-se tecnicamente apto a praticar com segurança o ato e estando ele devidamente inscrito no CRM, cuja jurisdição se achar o local de sua atividade, constitui-se conduta ética e legalmente possível, albergada no princípio constitucional do livre exercício profissional (CF/88, Art. 5º, XIII);
- II – Segundo o mesmo princípio, a negativa do profissional em prescrever a medicação não se constitui "omissão" se lhe faltar segurança para a prática de tal ato. Cometerá falta ética se agir de forma gratuita ou por indolência ou, quando em casos de urgência, não houver outro profissional ou serviço médico em condições de fazê-lo (CEM, Art. 58).

I DA CONSULTA

Em carta dirigida a este Conselho Regional de Medicina, sintetiza o Dr. Anúcio Lima uma situação vivenciada por muitos profissionais em cidades onde não existem especialistas na área da psiquiatria. Narra que muitas vezes são procurados por familiares de portadores de patologias mentais, requerendo seja emitida receita prescrevendo determinada medicação anteriormente indicada por um especialista.

Segue afirmando que esta situação decorre, na maioria das vezes, da dificuldade imposta por várias circunstâncias e fatores de o paciente retornar ao profissional que prescrevera inicialmente a medicação após o término desta, forçando as pessoas a procurarem a via mais cômoda ou menos onerosa, dirigindo-se ao posto médico ou centro de saúde da sua *cidadezinha*, exigindo do não-especialista a repetição da receita emitida pelo psiquiatra, sem a qual não poderá adquirir a medicação.

Assevera que fica o profissional em situação desconfortável, tanto para se negar a repetir a receita (seria omissão?), como também para fornecê-la (imperícia?).

Questiona, pois, ante a situação exposta, qual a melhor solução para a questão comentada. Se deve o profissional submeter-se à situação e tornar-se um *médico-xerox* de receitas ou, por outro lado, se pode negar-se a fornecê-la?

II EXPOSIÇÃO

A temática trazida a apreciação deste CRM remete à análise inicial sobre os limites da competência que tem profissional para a prática de atos médicos no exercício da sua atividade, à luz da legislação atual.

À luz da legislação vigente, a iniciar pelo ápice do nosso ordenamento jurídico, temos que o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão é livre, atendidas às qualificações profissionais que a lei estabelecer (Constituição Federal, Art. 50, XIII).

Recepcionada pela nossa carta magna e em total sintonia com o dispositivo acima citado, prescreve a Lei n.º 3.268, de 30.9.57, em seu Art. 17, que para exercer legalmente a Medicina, deve o médico estar previamente inscrito no Conselho Regional, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Cumprida esta exigência, destarte, pode o médico praticar livremente todos os atos próprios da sua profissão. A proteção a esta liberdade tem sede, ainda, no Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1.246/88, dando primazia, sempre, à saúde do ser humano e o benefício do paciente.

A prática livre e desimpedida da profissão, sem dúvida, é uma conquista do profissional, direito que não pode ser arranhado por terceiros, nem olvidado por quem o detém, devendo ser exercido sem amarras e restrições.

No caso sob análise, trata-se a conduta de "emitir o receituário" de um ato médico em essência, inserido, portanto, no vasto espectro da genérica competência conferida ao profissional, inferindo-se que a sua prática não deve ser cerceada, uma vez que a sua liberdade constitui-se prerrogativa legal do médico regularmente inscrito no CRM.

Contudo, mesmo reconhecendo, como reconheço, a liberdade da prática da atividade médica como direito irrestrito inofismável do profissional, entendo, ainda mais, não o deva ser absoluto. É que toda e qualquer prerrogativa ou direito tem os seus limites e fronteiras que, uma vez ultrapassados e excedidos, poderão causar lesão a direito de outrem.

Muitas vezes traçados e previstos no próprio instrumento legal, que confere aos cidadãos os seus direitos, os limites ao seu exercício reside na grande maioria das vezes nas circunstâncias que cercam as próprias relações individuais, que o prisma da norma abstrata e hipotética não pode refratar.

Desta forma, embora o médico esteja legalmente amparado para a prática livre de qualquer ato circunscrito à sua atividade, deve ele ater-se a outro pressuposto, de caráter subjetivo, qual seria a capacitação técnica para a prática do ato.

Assim entendido, vislumbram-se dois requisitos fundamentais à prática de qualquer ato médico, seja ele comum ou específico, sem os quais estará o médico impossibilitado de fazê-lo:

O primeiro deles, de ordem legal, reside na obrigação de está o profissional regularmente inscrito e registrado no CRM, o segundo, de conteúdo ético, cristaliza-se na aptidão técnica, teórica ou prática, cuja ausência deve ser tomada pelo profissional como um impedimento intrínseco ao exercício da atividade. Constatada a presença de um e de outro, não há por que restringir o exercício da atividade, mesmo aquela tida como *especialidade médica*, por um não-especialista.

No caso específico, sob o ponto de vista ético e legal, pode o não-especialista fornecer receita de medicação voltada para a terapêutica de problemas mentais. Só cabe ao profissional que o faz ter plena ciência do ato a ser praticado, calcado no mínimo de conhecimento técnico que o possibilite, com segurança, realizá-lo, dentro dos limites do bom senso e da razoabilidade.

Portanto, a falta de especialização em psiquiatria não é empecilho ético ou legal ao facultativo, no que tange à prescrição de medicamentos ou o fornecimento de receitas. Assim sendo, a imperícia não reside na ausência da titulação-requisito objetivo, mas, sim, na carência de aptidão para a prática daquele ato.

Assim, não são imunes de cometer imperícia os especialistas, seja qual for a área abordada. Desde que o ato seja praticado de forma inábil estará cometendo-se uma imperícia.

Se o profissional não se considera apto a prescrever uma determinada medicação para um paciente com problemas mentais, não o deve fazê-lo. A contrário senso, nada impede que o faça, desde que de forma conscienciosa e prudente, seguro de estar agindo de forma correta.

Oportuno citar-se, a título de complementação do raciocínio acima esposado, a existência, há mais de 15 (quinze) anos, de cursos de Treinamento em Psiquiatria para Não-Especialistas, promovidos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, visando, inclusive, diminuir a acentuada carência de profissionais especialistas em psiquiatria nas cidades do interior, geralmente de pequeno porte, realidade que de forma pertinente foi tão bem ilustrada na carta que deu origem a este parecer.

Desta forma, agindo dentro das condições acima especificadas tendo plena consciência profissional do seu ato e traduzindo a sua conduta em utilidade para o paciente e benefício para a sua saúde física e mental, não estará este médico sendo um mero "repetidor" de receita, ao invés estará acima de tudo cumprindo o seu dever ético a profissional.

Por outro lado, não pode ser acoimada de omissão - falta ética pois, há opção do profissional em negar-se a fornecer a receita médica quando the faltar a segurança para a prática de tal ato. Assim será, se feita de forma gratuita ou por indolência, ou ainda, quando em caso de urgência não houver outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo (CEM, Art. 58).

Corroborando esse entendimento, reza o Art. 70, do CEM, que *"o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente"*

Segue afirmando em seu Art. 8º, o Código de Ética Médica, que *"não pode o médico renunciar à sua liberdade profissional em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto"*.

III – CONCLUSÃO

Sendo a saúde humana o alvo da prática médica (CEM, Art. 20), pode e deve o profissional negar-se a praticar um ato médico que não se considere apto tecnicamente a realizá-lo e cuja conduta temerária redundaria em dano ou prejuízo ao seu paciente, sem que isso se configure omissão censurável no campo ético.

Tem o direito, também, considerando em última instância a sua liberdade de agir conforme a lei lhe confere, respeitando-se a vontade também livre do paciente, de tomar as suas próprias decisões, optar pela melhor conduta que ache conveniente, necessária e tecnicamente indicada para a situação.

Por fim, nenhuma relevância tem para o bom e consciente profissional a conduta que visa atrair simpatias ou evitar a repulsa de terceiros, quando guarda consigo a certeza de ter agido da maneira mais correta – técnica e eticamente, com o seu paciente.

É O PARECER.

APROVADO EM 18/1/2000.

PARECER 25/03

Assunto: Limite da assistência ao portador de patologia mental por geriatra.

Parecerista: Cons. Antonio Nery Filho.

Ementa: Não há restrição legal ao atendimento de portadores de distúrbios psíquicos por médicos não-especializados nesta área, sendo da responsabilidade do profissional o(s) resultado(s) da sua intervenção(ões).

Consulta protocolada sobre a seguinte questão: Qual o limite de atuação do médico clínico para controle de patologia psiquiátrica, considerando-se a disponibilidade de especialista nesta área, em nosso meio.

Para sustentar seu questionamento, a consulente informa: “Acompanha, enquanto médica da Subcoordenadoria de Segurança, Inspeção e Medicina do Trabalho, paciente de 46 anos, de licença médica ininterrupta, decorrente de incapacidade laborativa por F33 (transtorno depressivo recorrente); F41.1 (ansiedade generalizada) e F43.0 (reação aguda ao estresse) da Classificação Internacional de Doenças – CID, sob os cuidados de médico, que se identifica em receituário como geriatra e clínico geral (medicina interna). A prescrição de psicofarmacos por este profissional não debelou os sintomas da paciente”.

Esta consulta nos permite as seguintes considerações:

- 1) O fato de ser assistido por especialista, em ocorrência de psiquiatria, não é garantia de resultados eficazes. Pode-se esperar que o especialista garanta a qualidade do atendimento em sua área de competência;
- 2) A Legislação assegura a todos os diplomados em Medicina, e devidamente registrados em seus conselhos regionais, o pleno exercício da prática médica, cabendo a cada um a responsabilidade pelos atos que indica ou executa. Neste sentido, é possível ao geriatra/clínico prestar assistência a pacientes apresentando transtornos na esfera psíquica (Cap. II, Art. 21 – É direito do médico: “Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”. Subsidiariamente, podemos considerar o Art. 8º dos Princípios Fundamentais: “O médico não pode, em qualquer circunstâncias ou sob qualquer pretexto renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho”);
- 3) Evidentemente, qualquer que seja a especialidade do médico assistente caber-lhe-á a responsabilidade pelos resultados que venha a obter, devendo eximir-se dos atos para os quais não se considere habilitado, buscando, nestas circunstâncias, o auxílio de colega com as habilidades requeridas;
- 4) Assim, enquanto não se evidencia atos imperitos, imprudentes ou negligentes, não há como questionar o atendimento prestado pelo geriatra clínico a paciente portador de distúrbio na esfera mental. Nesta condição, buscar parceria com especialista é desejável, mas não necessariamente uma exigência.

APROVADO EM 15/5/2003.

PARECER 19/04

Assunto: Obrigatoriedade da entrega de prontuário a paciente portador de Transtorno Delirante Paranóide, sem acompanhamento terapêutico.

Relator: Cons. Antonio Nery Alves Filho.

Ementa: Considerando o artigo 70 do CEM e o fato do ato médico ser um ato político, sempre voltado à saúde do paciente e bem-estar social, a não-entrega da cópia do prontuário a um paciente portador de um transtorno psíquico não constitui infração ética, desde que o acesso às informações impliquem prejuízos de maior gravidade para ele.

Tal fato, entretanto, não o incapacita para requerer outras informações a respeito da sua doença, nem prejudica seu direito de decisão referente ao tratamento.

Consulta solicita posicionamento deste Conselho “sobre a conveniência de entrega da cópia do prontuário e sobre as implicações para o serviço do não-atendimento do pleito”, tendo em vista responder a demanda de servidor portador de transtornos delirantes com ausência de sentimento da doença. Ouvida a Consultoria Jurídica, adoto na íntegra o parecer que abaixo transcrevemos:

PARECER

“A diretora do Smurb/Ufba, Joselita Nunes Macedo, através de correspondência protocolada em 6 de novembro de 2003, solicita esclarecimentos acerca da conveniência de entrega de cópia do prontuário a paciente portador de Transtorno Delirante Paranóide, que não possui sentimento de autopatognose e não possui acompanhamento terapêutico, bem como as implicações para o serviço pelo não-atendimento do pleito.

A Medicina não é uma mera atividade profissional, é uma ciência e arte que visa à prevenção e cura de doenças, em função da vida saudável e digna do ser humano. Segundo Dr. Genival Veloso de França:

“O ato médico deve ser entendido como um ato político, exercido de forma consciente e organizada, e traduzido por técnicas, ações e recursos que tenham como meta a saúde do ser humano e da coletividade. Seu alcance não deve ser estendido apenas ao indivíduo enquanto paciente isolado do contexto social, mas um compromisso com o homem como pessoa e com a sua realidade, na mais ampla concepção de ser humano.” (Comentários ao Código de Ética Médica. 4ª ed., RJ: Ed. Guanabara Koogan S.A., 2002, p. 17).

É o que se infere do Código de Ética Médica:

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.

Sendo a Medicina essencial ao bem-estar social, o seu exercício deve seguir determinados preceitos éticos, inclusive algumas limitações ao agir do médico. Isso não significa a quebra da sua autonomia e ingerência no seu trabalho, mas apenas normas garantidoras de outros direitos, tais quais do paciente.

Dessa forma, de acordo com o CEM, é vedado ao médico:

(...)

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. 56 – *Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo à vida.*

Ainda determina a Resolução CFM nº 1.605/2000:

Art. 6º – *O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.*

Embora a saúde e bem-estar do ser humano devam orientar o agir médico, sua conduta não pode vir a desrespeitar a liberdade de decisão do paciente, mesmo que este não tenha condições técnicas ou emocionais de optar pela melhor escolha. O professor Genival Veloso de França esclarece:

“Deve-se considerar ainda que a capacidade do indivíduo consentir não tem a mesma proporção entre a norma ética e a norma jurídica. A reflexão sobre o prisma ético não apresenta a inflexibilidade da lei, pois certas decisões, mesmo as de indivíduos considerados civilmente incapazes, devem ser respeitadas principalmente quando se avalia cada situação per se. Assim, por exemplo, os portadores de transtornos mentais, mesmo legalmente incapazes, não devem ser declarados isentos de sua capacidade de decidir.” (Direito Médico. 7ª ed. Fundo Editorial BYK, SP:2001, p. 36).

O médico não pode impor ao paciente um tratamento ou privá-lo de algum direito ou ato de seu interesse, apenas por achar estar agindo a seu favor. A intervenção na liberdade e autonomia do indivíduo só é admitida em caso de perigo real à vida dele ou de outrem. É o que afirma o professor Genival Veloso:

“Todavia, para que haja legitimidade no descumprimento do princípio da autonomia, é necessário que esteja caracterizado de forma indubitosa o iminente perigo à vida, sem o qual não haverá justificativas éticas ou morais.” (Comentários ao Código de Ética Médica. 4ª ed., Ed. Guanabara Koogan S.A., 2002, ps. 104-105).

Isso não significa que o médico não pode minimizar ou omitir informações que possam vir a contribuir negativamente para o estado de ânimo do paciente, trazendo-lhe mais prejuízo. Também não significa que os fatos devem ser relatados friamente, sendo, inclusive, dever ético do profissional procurar minimizar o sofrimento que a informação venha a causar ao paciente. O próprio autor admite a relativização do princípio da autonomia do paciente, nos casos em que ele não demonstre capacidade de entendimento e decisão:

“Entretanto, ainda que se diga ser o princípio da autonomia o mais importante e mais fundamental na estrutura da dignidade humana, não se pode dizer que ele seja absoluto e capaz de por si só resolver todos os dilemas éticos verificados no decorrer da relação profissional, pois nem sempre o paciente se encontra em condições psíquicas ou emocionais capazes de lhe permitir o entendimento de fatos à altura das suas necessidades, ora por não entendê-los, ora por lhe faltarem condições para decidir.” (Obra citada, p. 104).

É de suma importância, pois, esclarecer que o médico não está obrigado a entregar a ficha médica, nem mesmo ao paciente, sendo seu dever apenas atender às informações solicitadas, tendo em vista possuir o médico (ou instituição para a qual trabalhe) o direito de guarda sobre o prontuário. O médico não está obrigado sequer a repassar o seu inteiro teor, se da sua consciência depreender que o mesmo possa vir a prejudicar gravemente o paciente, de alguma forma. É o que se depreende do Art. 70 do CEM:

É vedado ao médico:

(...)

Art. 70 – Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

É o que afirma o professor Genival Veloso, na obra *Direito Médico*:

“Mesmo sendo a história clínica do paciente um documento constituído, em parte, pelas informações prestadas por ele e materializado com o raciocínio, o rigor e a consciência profissional, o médico passa a ser, indiscutivelmente, o autor e único responsável pela sua existência e validade. Ainda mais quando se sabe que na história clínica não estão apenas informações colhidas do paciente, mas também certos comentários e conclusões que surgem da conveniência e da intimidade médica, muitas delas dispensáveis ao conhecimento do doente, como, por exemplo, uma presunção diagnóstica, um toque de alerta, uma expectativa de conduta.

“Em síntese, o que é de propriedade do paciente é tão-somente a disponibilidade permanente de informações que possam ser objeto da necessidade de ordem social ou de outro profissional que venha a tê-lo na sua relação, dentro da conveniência que a informação possa merecer. Do médico e da instituição, apenas o direito de guarda.” (Direito Médico. 7ª ed. Fundo Editorial BYK, SP:2001, p. 35).

Isto posto, é entendimento desta Consultoria que a não-entrega da cópia do prontuário a um paciente portador de Transtorno Delirante Paranóide, sem sentimento de autopatognose e sem acompanhamento terapêutico, não constitui infração ética, desde que o acesso às informações contidas na Ficha Médica impliquem prejuízos de maior gravidade ao mesmo.

Chamamos atenção, contudo, que o transtorno psíquico do paciente não o incapacita para requerer outras informações a respeito da sua doença, nem prejudica seu direito de decisão referente ao tratamento”.

APROVADO EM 18/5/2004.

PUBLICIDADE E TRABALHOS CIENTÍFICOS

PARECER 39/05

Assunto: *Publicação de Trabalho Científico.*

Relator: Cons. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.

Ementa: Cabe denúncia de possível infração ético-profissional em desfavor do médico que publicar trabalho científico utilizando prontuário médico sob a guarda de determinada instituição de saúde, sem ter obtido as aceitações sem consentimento oficial e de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Expediente consulta encaminhado a este Conselho pela consulente, que gostaria de saber se poderá ser processada caso venha a publicar artigo científico, referente à pesquisa científica por ela realizada, utilizando-se de dados de prontuário médico de uma instituição de saúde, sem que a empresa tenha autorizado a publicação do trabalho.

Refere a consulente que encaminhou um projeto de pesquisa sobre potenciais evocados somatossensitivos (PEES) e potenciais evocados motores (PEM) em pacientes portadores de Espondilólise Cervical, para calcular a validade deste exame comparando-o com Ressonância Nuclear Magnética, considerado como padrão ouro, projeto que seria desenvolvido no ano de 2004, à Comissão Científica e a Comissão de Ética em Pesquisa de um determinado hospital.

Entretanto, no encaminhamento da consulente não há referência de autorização oficial do projeto por parte dessas comissões (p. 1 e anexos).

A consulente informou que algum tempo depois encaminhou novo projeto de pesquisa sobre tema semelhante para calcular a validade de potenciais evocados (PEES e PEM) em pacientes portadores de Mielopatia por HTLV – I, comparando-os com Ressonância Nuclear Magnética, considerado como padrão ouro. Também não consta dos autos referência de autorização oficial do projeto apresentado (pg. 1 e anexos).

Em 13 de dezembro de 2004, a consulente foi demitida da instituição, tendo concluído a redação de “dois artigos bem escritos, que levaram mais de um ano de trabalho, que me acho no direito de publicá-los”. Entretanto teme por um processo movido pelo referido hospital caso publique os artigos. Porque no seu contrato de trabalho constava a seguinte cláusula: “A CONTRATANTE tem o direito de propriedade de trabalho científico criado pela CONTRATADA, enquanto a serviço da mesma, conforme previsto na Lei nº 9.279, de 14/5/1996”.

PARECER

Do exposto, ficou evidenciado que a consulente, ex-funcionária de determinado hospital, realizou pesquisa científica redigindo dois trabalhos acostados ao expediente de boa qualidade científica. Ela não apresentou nenhuma comunicação por escrito atestando o consentimento da instituição envolvida na pesquisa, referindo-se na consulta apenas a consentimentos orais (Resolução 196/96 CNS/MS).

Ficou evidenciado que o seu contrato deixa claro que os trabalhos de pesquisa desenvolvidos serão de propriedade do contratante, no caso, o hospital em questão, não cabendo à solicitante a propriedade de trabalho de pesquisa que não sejam aprovados pelo contratante.

Cabe-nos comentar que o prontuário médico é propriedade do paciente e encontra-se sob a guarda da instituição hospitalar, dessa forma para realização de pesquisa utilizando-se prontuários, deve-se obter a autorização formal da instituição (entenda-se formal por escrito), o que não ficou constatado na exposição da solicitante (Comentários ao Código de Ética Médica de Genival Veloso de França, 4º edição, p. 123-124, 2002; Capítulo XII, Art. 123 Parágrafo Único do CEM).

Cabe-nos ainda comentar que todo e qualquer estudo científico envolvendo seres humanos (observacional ou de intervenção, que utilize fonte de dados primária ou secundária) deve ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, devidamente registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde – MS (CONEP/CNS/ MS) (Resolução 196/96 CNS/MS).

Do exposto, em resposta ao parecer consulta, cabe-nos informar que o hospital em questão pode entrar com denúncia neste Conselho e em outras instâncias jurídicas contra a consulente caso ela publique em revistas científicas os artigos apresentados e acostados no expediente.

Este é o meu parecer salvo melhor juízo.

APROVADO EM 21/6/2005.

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

PARECER 03/05

Assunto: Relacionamento médico/paciente/família.

Relatora: Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves.

Ementa: O médico tem direito de renunciar ao atendimento de paciente, exceto nas hipóteses previstas no art. 7º do Código de Ética Médica e desde que não o abandone, fornecendo a seu sucessor todas as informações necessárias para a continuidade dos cuidados. É direito do médico internar seus pacientes em hospitais privados ainda que não faça parte do seu corpo clínico, de acordo com os arts. 25 e 76 do CEM.

DA CONSULTA:

O consulente, diretor técnico de uma unidade médica, envia correspondência a este CRM relatando que atende uma paciente portadora de displasia moderada sem intercorrência, cuja família é bastante instável emocionalmente, causando, com isso, insustentáveis desgastes na relação médico/paciente/família. E, em recente internação desta paciente, a equipe disse aos familiares que não poderia mais acompanhá-la e que eles deveriam escolher outro médico para dar continuidade ao tratamento. O diretor clínico do hospital foi informado e posicionou-se contrário a esta decisão, não aceitando que declinassem da paciente e determinando que, caso não concordassem com ele, os médicos da sua unidade médica não teriam mais acesso as instalações do hospital para realização de nenhum procedimento.

Questiona:

- 1) Referente ao relacionamento médico/paciente/família, o procedimento adotado por nós feriu alguma regra de boas práticas médico-profissional?
- 2) Sobre a decisão e a ameaça do diretor clínico do hospital, qual deve ser o nosso posicionamento legal?

PARECER:**Resposta a 1ª pergunta:**

O Art. 7º do CEM é bem claro quando resolve que: “O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”. Trata-se a Medicina de uma profissão liberal. O médico não é obrigado a prestar atendimento a quem ele não deseje, salvo as hipóteses acima citadas ou quando ele se encontre obrigado por um contrato. Qualquer ruptura do pacto de prestação de serviço deve preceder um tempo suficiente para que possa efetuar a substituição do profissional que não mais deseje prestar seus serviços, tendo em vista que, em certas ocasiões, a liberdade se contrapõe ao interesse coletivo, especificamente daqueles que necessitam e estavam contando com aquela assistência.

Assim, desde que tomadas as necessárias e imprescindíveis cautelas, o procedimento adotado nos termos narrados pelo consulente está amparado pela norma subjetiva, pois visa a um melhor atendimento ao paciente. Dar conhecimento ao diretor acerca dos fatos e solicitar que seja indicado outro profissional para dar continuidade ao tratamento, nos parece ser a conduta adequada.

Resposta à 2ª pergunta:

O Art. 76 do CEM determina que é vedado ao médico: “Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que o médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente na localidade”.

Ainda o Art. 25 do CEM garante ao médico o direito de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados, ainda que não faça parte do seu corpo clínico.

Nenhum médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, pode ser impedido de internar e assistir seus pacientes, desde que sejam respeitadas as normas técnicas estabelecidas pela instituição. O paciente tem a liberdade de escolher o médico que vai assisti-lo, cabendo, portanto, exclusivamente ao paciente ou seu responsável legal esta escolha. O hospital não pode restringir esse direito do paciente.

Assim, o médico que estiver sendo prejudicado ou impedido de exercer livremente sua profissão deve encaminhar uma denúncia a este Conselho para que seja apurada, e, se houver indícios de infração ao CEM, deverá ser instaurado o devido processo ético-profissional, bem como recorrer à via judicial.

APROVADO EM 6/1/2005.

PARECER 41/06

Assunto: *Relação Médico – Paciente.*

Relator: Cons. Paulo Sérgio Alves Correia Santos.

Ementa: O médico deve exercer a medicina com ampla autonomia. Ocorrendo fatos que ao seu critério prejudique o bom relacionamento com o paciente, poderá abdicar de assisti-lo, salvo em casos de urgência ou ausência de outro médico. Neste caso, deverá comunicá-lo previamente, assegurando-se da continuidade do tratamento e fornecendo as informações necessárias ao seu próximo médico assistente.

DA CONSULTA:

Consulente encaminha consulta à Corregedoria do Cremeb, na qual solicita orientação e conduta perante o caso que passa a relatar:

Um paciente que quebrou o vínculo de confiança e a relação médico- paciente, tratando-me de forma pouco comum, não seguindo as orientações e condutas por mim adotadas e com ameaças veladas. Portanto, não tenho o desejo de continuar sendo o seu médico assistente. Faço a primeira pergunta: Como fazer isto de forma ética?

Por outro lado, como médico preocupo-me com sua evolução, trata-se de uma doença de longa data, que operei em 1996, com diagnóstico de tumor benigno de mandíbula (tumor odontogênico adenomatóide). Foi operado dentro das técnicas previstas para um tumor benigno, que recidivou (condição dentro da casuística na literatura) e foi diagnosticado em 1997. Atualmente, porém, apresenta o diagnóstico de tumor maligno (carcinoma mucoepidermóide de baixo grau de malignidade). Houve mudança na histologia. Indicamos cirurgia, mas há resistência do paciente a este procedimento, portanto, faço a minha segunda pergunta: Devo comunicar e ou convocar seus familiares? Pois trata-se de um paciente com boa capacidade intelectual e capaz de tomar suas próprias decisões.”

Anexa, história clínica do paciente e as condutas efetuadas.

PARTE EXPOSITIVA:

Entendemos ser necessário para uma fundamentação consistente deste parecer citar a cronologia dos atendimentos prestados pelo consulente ao seu paciente.

1º Atendimento – 20/2/1995 – Tumor odontogênico;

2º Atendimento – Setembro de 1996;

Cirurgia – 15/9/1996;

5/5/1999 – Recidiva do tumor. Solicitado Raio X. O paciente não retornou;

12/1/2004 – Consulta. Solicitado novo Raio X;

18/8/2004 – Recidiva da Patologia (biópsia marcada);

8/10/2004 – Retornou sem o laudo da biópsia;

2/5/2005 – Retornou com o laudo – Possibilidade discutida com o anatopatologista de Carcinoma Mucoepidermóide foi alertado;
15/8/2005 – Consulta; solicitado T.C. Orientado nova cirurgia. Não-aceitação pelo paciente;
5/12/2005 – Retornou. Não aceitou a cirurgia. Perdeu os exames. Solicitou nova biópsia. Foi realizada;
13/3/2006 – Retornou. Agressivo. Recusou a cirurgia. Orientado a procurar outro cirurgião para um segundo parecer.

A seguir, passaremos a examinar esta consulta à luz dos artigos do Código de Ética Médica, que a nosso ver estão relacionados com a mesma.

O Código de Ética Médica no seu Artigo 4º diz:

“Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão”.

Deve, portanto, o médico manter um comportamento prático-moral no desempenho ético da Medicina, procurando priorizar o bom conceito da sua profissão. Isto deve estar refletido nas suas condutas médicas e trato com os seus pacientes.

O Código de Ética Médica no seu Artigo 7º preconiza que:

“O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”.

Ou seja, não havendo um contrato tácito ou expresso, não sendo o único médico do local, não havendo urgência ou emergência e a negativa não cause danos irreparáveis ao paciente, pode o médico exercer a sua ampla autonomia.

Por sua vez, no Artigo 61, Parágrafo 1º:

“§ 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”.

Neste caso, não existindo mais a confiança do paciente ou quando ele não atende às orientações, prescrições e condutas médicas, a relação médico-paciente torna-se fragilizada, e é necessário que as partes procurem um acordo, para que o médico possa ser dispensado de sua assistência.

Torna-se obrigatória, porém, a comunicação prévia, não podendo ocorrer o simples abandono sem as oportunidades de continuação do tratamento e as informações necessárias ao profissional que vai sucedê-lo.

Porém, observa-se na presente consulta a vontade do paciente de não submeter-se aos tratamentos propostos pelo consulente, os quais foram fundamentados em exames anatomopatológicos realizados e na própria evolução da sua patologia.

Neste caso, citaríamos então o Artigo 56 do Código de Ética Médica que diz:

“É vedado ao médico:

Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo à vida”.

Nesta situação, o ideal será um acordo eticamente defensável entre médico e paciente, procurando sempre uma solução de favorecimento ao mesmo.

CONCLUSÃO

Pelo exposto entende este parecerista que a relação médico-paciente, alicerçada nos princípios da confiabilidade, relação humana, e esperança da “cura”, foi irremediavelmente rompida, devendo sim o profissional médico, atendendo-se aos princípios expostos acima, procurar o entendimento no sentido de que possa ser dispensado da assistência médica a ser prestada ao paciente.

No entanto, resta uma dúvida final: Deve ser também comunicado aos familiares esta conduta?

No seu relato, o consulente informa estar o paciente orientado e ciente dos riscos da sua patologia, apesar de não aceitá-los. Neste caso, o sigilo profissional é um direito do paciente, só admitindo-se a quebra por autorização expressa dele. (Artigo 102 do CEM).

Este é o PARECER.

APROVADO EM 5/10/2006.

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

PARECER 34/06

Assunto: Mudança de procedimento de médico assistente por outro médico.

Relatora: Consa. Cremilda Costa de Figueiredo.

Ementa: É vedada a alteração de prescrição ou tratamento de paciente, bem como a intervenção nos atos profissionais de médico, por outro médico mesmo que investido em função de chefia ou auditoria, salvo quando em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo esta ser comunicada por relatório ao médico responsável. Sendo vedado acobertar erro ou conduta antiética médica – art. 79 do CEM – é dever do médico denunciá-los à Comissão de Ética da instituição, onde exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina – art. 19 do CEM.

Em carta encaminhada a este Conselho, com o título: “PEDIDO DE CONSULTA – PRONUNCIAMENTO AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA – CREMEB” e apresentando como assunto “ÉTICA MÉDICA. EXAME DE ULTRA-SONOGRAFIA REALIZADO EM CONSULTÓRIO MÉDICO”, o médico consulente informa estar estabelecido em cidade do interior do Estado da Bahia, “em zona árida, pobre do sertão, no limite de nossas fronteiras, há mais de trinta e cinco anos, conceituado por vocação e respeito ao Código de Ética Médica” e diz que “não concorda ser antiético realizar no seu consultório exame de ultra-sonografia fazendo parte da consulta médica, uma vez que já há vinte e cinco anos o acha necessário para complementação e elucidação diagnóstica para o melhor tratamento quando procurou se capacitar com cursos e aparelhagem atualizados”, acrescentando que “seria ideal que todos os médicos tivessem esse recurso essencial em cirurgia geral, como as colecistopatias litiásicas; ginecologia, como as miomatoses uterinas, endometriais e ovarianas; obstetrícia – no ciclo grávido puerperal – especialidades que é habilitado e capacitado para exercê-las”.

Conforme assegura, esse recurso, em sua região, precisa na maioria das vezes ser gratuito, uma vez que os pacientes pobres não têm condições de realizá-lo em outro serviço e os exames não são disponibilizados pelas prefeituras ou pelo SUS.

Continua informando que os internamentos ali realizados são em sua maioria no hospital de empresa da localidade, que funciona como hospital regional.

Recentemente, a direção técnica do hospital foi assumida por médico procedente de outra região, e que vem realizando triagem dos pacientes encaminhados para agendar tratamento cirúrgico, examinando os pacientes mesmo não sendo o seu médico assistente. Com isso vem causando constrangimentos a estes pacientes e, quando discorda do tratamento, faz comentários denegrindo a imagem do seu médico e não aceitando laudos de ultra-sonografia emitidos pelo médico assistente.

O consulente questiona a triagem realizada, que avalia como constrangedora, acarretando “grande perda à relação médico-paciente”, considerando o comportamento do diretor técnico como antiético.

Finaliza dizendo que “gostaria do pronunciamento deste Conselho o mais breve possível, extensivo ao diretor técnico do hospital.”

A consulta ora apresentada revela a existência de conflito entre médicos que atuam em cidade do interior “em zona árida, pobre do sertão”. Constata-se, de um lado, médico com longo período de atividade na localidade, com serviços prestados à comunidade carente, conforme se pode concluir de suas informações sobre a realização de exames ultra-sonográficos gratuitos aos pacientes. Do outro, médico, provavelmente recém-formado, segundo se observa pelo seu número de registro neste Conselho, que, investido da função de diretor técnico do hospital, está procurando mostrar-se zeloso de suas funções – segundo se pode inferir do relatório do consulente – esquecendo-se da existência dos postulados do Código de Ética Médica.

A avaliação criteriosa da consulta afigura-se-nos como denúncia de um possível ilícito ético, pelo que a nossa resposta ao consulente deverá ser dada observando-se as suas duas vertentes:

1º – Analisando sob o aspecto puramente consultivo, a informação a ser dada é que o Código de Ética Médica nos seus artigos 81 e 121, abaixo transcritos veda ao médico alterar prescrição e tratamento determinado por outro médico ou intervir neste tratamento:

Artigo 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.

Artigo 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 esta vertente, portanto, não é cabível a alteração do tratamento por parte do diretor técnico, nem fazer apreciações sobre o tratamento na presença do examinado.

2º – Da consulta consta, além do pedido de pronunciamento sobre o caráter ético da atuação do diretor técnico, também a solicitação para que seja o pronunciamento do Conselho estendido a este diretor técnico, o que deverá ser detidamente analisado, uma vez que não há nenhuma comprovação dessa forma de atuação. Observamos que, para a tomada de uma posição desse tipo deverá ser realizada uma sindicância com solicitação de informações a esse diretor, evitando-se o risco de um pronunciamento no mínimo inconseqüente por parte do Conselho, acarretando conseqüências imprevisíveis.

Do exposto, opinamos pela comunicação ao consulente da análise feita para que haja uma denúncia formal, possibilitando-nos um adequado pronunciamento.

É o NOSSO PARECER. SMJ.

APROVADO EM 3/8/2003.

REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

PARECER 09/00

Assunto: Questiona quanto à eticidade dos gestores de planos de saúde ao condicionar a remuneração dos atos médicos em Nutrição Parenteral e Nutrição a médicos com o título de especialista em Nutrologia.

Relator: Cons. Jecé Freitas Brandão.

Ementa: O médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina pode exercer sua atividade em qualquer área, ramo ou especialidade. Não há respaldo legal nem ético a atitude de gestores do Sistema privado de Assistência à Saúde em condicionar a remuneração dos procedimentos: Nutrição Parenteral Total e Nutrição Enteral a médicos com título de especialista em Nutrologia.

Transcrevo abaixo na íntegra o texto desta consulta:

"Como é sobejamente conhecido, as empresas do sistema privado de assistência à saúde, planos de saúde insistem em só remunerar os profissionais com Título de Especialista em Nutrologia nos procedimentos de Nutrição Parenteral Total e Nutrição Enteral. Considerando que a legislação brasileira autoriza os médicos a exercerem a profissão em toda plenitude, considerando que os títulos de especialistas são um "plus" na formação médica e considerando finalmente que os Intensivistas Pediátricos e Neotaneis estão sendo discriminados por não possuir também o Título de Nutrólogo, gostaríamos de obter posição deste Conselho Regional de Medicina quanto à eticidade da conduta adotada pelos chamados Gestores de Plano de Saúde."

O que pede os consulentes a este Conselho:

Pede posicionamento quanto à eticidade da conduta adotada pelos planos de saúde, quando exigem o título de especialista em Nutrologia como condição para que aceite remunerar os procedimentos de Nutrição Parenteral e Nutrição Enteral.

Cumprе salientar, primeiramente, que todo médico inscrito em um Conselho Regional de Medicina está apto para o exercício da profissão em qualquer de seus ramos ou especialidades, conforme dispõe o Art. 17 da Lei nº 3.268/57. Cabe ressaltar que o limite deste proceder é fixado de acordo com a consciência e habilidade do médico que responde, todavia, pela prática de seus atos.

A Constituição Federal em seu Art. 5º, inciso XII, expressa, in verbis:

"O exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão é livre, atendidas às qualificações profissionais que a lei estabelecer"

O Conselho Federal de Medicina já se posicionou por diversas vezes em questões desta natureza e que envolvem restrições ao trabalho médico.

Os pareceres nº 225/98 a 227/98, do CFM analisando situações similares exaltam: "Ademais, é necessário recordar o que Conselho Federal de Medicina, no exercício de

suas funções, tem regulamentado, através de resoluções, os requisitos básicos para o reconhecimento a devido registro das especialidades médicas junto aos conselhos regionais - especialidades estas que não inibem a atuação de outro médico sem o referido título de especialista (grifo nosso), servindo apenas como referência quanto à publicidade do médico como especialista e ao procedimento adequado para registro da especialidade médica junto aos conselhos regionais de Medicina."

Parecer CFM nº 27/97

Relator: Cons. Júlio César Meirelles Gomes.

Ementa: "Pode o médico exercer ato de especialidade sendo recomendável que disponha de habilitação específica."

PARECER CFM nº 08/96

Relator: Cons. Edson de Oliveira Andrade.

Ementa: "Nenhum especialista possui exclusividade na realização de qualquer ato médico. O título de especialista é apenas um presuntivo de um plus de conhecimento em uma determinada área da ciência médica..."

PARECER CFM nº 04/97

Relator: Cons. Cláudio Balduino Souto Franzer.

Ementa: "O médico somente pode assumir a responsabilidade técnica por, no máximo, duas empresas jurídicas. A responsabilidade técnica de um serviço especializado deve ser exercida por médicos especialistas 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 aos especialistas; contudo, sua execução por médico não-especialista, não inclui ilícito ético".

Vê-se, portanto, que em todas as ocasiões o Conselho Federal de Medicina, baseado em preceitos legais é éticos, reafirma seu entendimento do livre exercício profissional.

Qualquer restrição a este exercício fere elementares princípios constitucionais e a legislação que disciplina a atividade médica.

Concluindo, afirmamos não existir respaldo legal e ético na atitude de empresas gestoras do sistema privado de assistência à saúde de insistirem em condicionar a remuneração dos procedimentos: Nutrição Parenteral Total e Nutrição Enteral a médicos com título de especialista em Nutrologia.

APROVADO EM 18/4/2000.

PARECER 15/04

Assunto: Obrigatoriedade de remuneração aos profissionais médicos quando estiverem de sobreaviso noturno.

Relatora: Consa. Dorileide Loula Novais de Paula.

Ementa: É devida a remuneração ao médico pelos serviços prestados no chamado plantão a distância, sobreaviso ou plantão de disponibilidade de trabalho, incluindo-se tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.

PARECER

Acatando parcialmente o parecer da Consultoria Jurídica:

Da análise do presente expediente, verifica-se consulta enviada a este Conselho acerca da obrigatoriedade da remuneração aos profissionais médicos quando estiverem de sobreaviso. E ainda questionamento quanto à possibilidade de rescisão contratual quando o médico se encontrava afastado para tratamento de saúde, bem quanto à valoração de atestado médico apresentado.

O trabalho médico exercido no plantão é auxiliado pelo que se convencionou denominar de sobreaviso. O sobreaviso, equivocadamente chamado por alguns de plantão a distância, representa um apoio técnico especializado ao trabalho de plantão, quando do aparecimento de ocorrências de natureza complexa que o exigem.

O médico de sobreaviso, como apoio especial, não assume a responsabilidade integral pelo atendimento do paciente, visto que esta responsabilidade pertence ao plantonista. Assume a responsabilidade solidária, a partir do momento que avaliar o paciente, devendo ser remunerado pelo serviço prestado.

Importante mencionar Parecer CRM/MS n° 6/2p02 da lavra do conselheiro Roni Marques, que trata do tema:

"Geralmente, nos hospitais privados, mesmo os que prestam serviços ao SUS, os especialistas ficam de sobreaviso (para usar a terminologia mais habitual) e são compensados pelos serviços prestados. Isso se traduz em deslocamento até o hospital para atendimento de emergência, em algumas especialidades, e também em cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas, que serão devidamente remunerados pelo SUS, por convênios em geral ou mesmo por clientes particulares. Teoricamente, no dia de sobreaviso de um especialista, todas as ocorrências da sua área serão transferidas para ele. É uma forma de remuneração e é a condição habitual do médico especialista que integra o corpo clínico de um hospital. Não parece estar pedindo correções, na maioria dos casos. Uma outra hipótese seria a de um médico empregado de hospital público que fica em sobreaviso. Ignoro que essa situação exista em nosso Estado, mas suponhamos que sim, e que esse médico, embora empregado, não tem o plantão a distância previsto em seu contrato de trabalho e que também não recebe pelos serviços eventualmente prestados quando de sobreaviso. Para analisar esse quadro, creio que é necessário recorrer à lei. Citado no Parecer CFM n° 19/93, referindo-se plantões médicos em geral, o Artigo 244, § 2°, da CLT, tratando de empregados em estradas de ferro, estabelece: "Considera-se

de sobreaviso o empregado efetivo que permanecer em sua própria casa, aguardando a qualquer momento ser chamado para o serviço. Cada escala de sobreaviso será, no máximo, de vinte e quatro horas. As horas de sobreaviso, para todos efeitos, serão contadas à razão de 1/3 do salário normal".

O TST, através do Enunciado 229, já entendeu que, por aplicação analógica desse dispositivo, também as horas de sobreaviso dos eletricitários são remuneradas à razão de 1/3 do salário normal. Se for aceito esse tipo de remuneração, caberia ao médico, na situação descrita, recorrer aos tribunais para obter a isonomia. Isso talvez pudesse ser uma iniciativa do Sinmed, com efeito coletivo para os interessados."

O plantão de sobreaviso tem a função de suprir as necessidades no tocante à assistência médica. Sua regulamentação deve estar sujeita a normas rígidas e claras, não apenas para evitar omissão de socorro e prejuízo no atendimento à população, mas também para segurança e garantia do próprio médico.

Não há como questionar o fato de que, enquanto o profissional estiver de sobreaviso para qualquer eventualidade, este tempo não seja computado como efetiva jornada de trabalho.

Há vínculo profissional estabelecido com a instituição que o contratou, ficando obrigado ao devido pagamento pelo sobreaviso, incluindo tanto as horas efetivamente trabalhadas, como as horas de expectativas.

A exigência de cumprimento de plantão obrigatório e gratuito é descabida. Se existe uma escala de plantão e se o cumprimento desta é obrigatório, esta claramente configurada a relação trabalhista.

O instrumento com valor legal para regulamentar qualquer jornada de trabalho, diferente daquela prevista em lei, é o acordo coletivo de trabalho, estabelecido entre os profissionais médicos de instituição privada e o sindicato médico da jurisdição correspondente. No caso das instituições públicas, o caminho é a negociação com o poder competente ou a lei.

Ressalte-se que a relação contratual em tela foi firmada entre pessoas jurídicas, o que difere da contratação de pessoa física. Logo para analisar a possibilidade de desligamento das atividades profissionais, estando a médica afastada por motivo de saúde, é imprescindível que sejam verificadas as normas que regulamentam a relação contratual firmada entre as partes.

Quanto à valoração do atestado médico, a Resolução CFM n° 1.658/02 (em anexo), no seu Art. 6°, § 3°, diz:

"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. "

Isto posto, entendemos, no que concerne a remuneração do chamado plantão a distância, que o médico que prestar serviço de sobreaviso deve ser obrigatoriamente remunerado pelos serviços prestados, que o atestado médico deve ser acatado, conforme resolução, e que a relação contratual firmada entre as partes deverá ser analisada.

É o PARECER.

APROVADO EM 4/3/2004.

PARECER 33/04

Assunto: Cobrança de honorários através de cooperativa de trabalho médico.

Relator: Cons. Marco Aurélio de Miranda Ferreira.

Ementa: A remuneração de médico vinculado à cooperativa pode sofrer variação a depender da natureza deste vínculo, se empregado, credenciado ou cooperado, e, ainda neste último caso, pode variar de um mês para outro, conforme os resultados financeiros da organização, sem que isso caracterize ilícito ético.

Trata-se de expediente consulta em que o médico interessado solicita a posição do Cremeb quanto aos honorários pagos por cooperativa de trabalho médico em valores abaixo daqueles constantes na CBHPM e considerados antiéticos pela Resolução Cremeb nº 264/04, acrescentando que, embora se encontre licenciado da cooperativa, ainda lhe presta serviços, trabalhando em um hospital credenciado, onde recebe R\$18,00 por consulta, enquanto outros médicos o fazem a R\$24,00.

Em sua missiva, não deixa claro o signatário qual a natureza de seu vínculo com a cooperativa, aspecto fundamental para orientação deste parecer, uma vez que as cooperativas de trabalho médico são organizações de natureza democrática de autogestão, que, caracterizadas pela livre-adesão, se constituem mediante celebração de contrato entre os seus associados, no qual aquela se propõe a prestar serviços a estes, através do esforço solidário de cada um, sendo-lhes facultado, no caso das Unimeds, manter diferentes tipos de vinculação com médicos.

Regidas pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define a política nacional de cooperativismo, estas organizações podem ter objetivos diversos, como a aquisição de gêneros e equipamentos, caso em que são denominadas de cooperativas de consumo, ou facilitar o acesso a financiamentos, nas cooperativas de crédito, ou ainda a comercialização dos produtos gerados por cada associado, onde se inserem as cooperativas de trabalho, mérito de nossa análise. Nestas instituições – Unimeds –, os seus vinculados podem estar na condição de credenciado, empregado ou cooperado, a depender das orientações oriundas da assembléia geral ou do seu conselho de administração. Não cabe aqui discutirmos a situação do médico enquanto empregado, uma vez que ele estará regido por um contrato firmado com base na Consolidação das Leis Trabalhistas. Como credenciado, condição pouco freqüente, mas possível, ele receberá honorários e, neste caso, a cooperativa estará obrigada a cumprir as determinações emanadas do Cremeb, também naquilo que se refere à sua remuneração. Se, entretanto, o médico estiver ligado à cooperativa como seu associado, passa a ter seus pagamentos realizados de uma outra forma, quando ele não receberá honorários, e sim o resultado pro rata do seu trabalho.

Para o melhor entendimento do que acima foi exposto, necessário se faz esclarecer que a receita mais importante de uma cooperativa como a Unimed Extremo Sul é decorrente dos contratos por ela realizados em nome dos seus cooperados e cele-

brados com pessoas físicas ou jurídicas. A cada mês, salvo deliberação em contrário da sua assembléia, a administração procede ao pagamento de todas as despesas relacionadas aos custos da própria estrutura, como, aluguéis, salários, taxas e impostos etc., e, do encontro entre estas duas contas, receitas e despesas, resultará um valor, denominado de “Sobra”. Este é que será distribuído entre seu corpo de cooperados, de forma proporcional à produção de cada um, na medida em que tenham apresentado suas faturas naquele mês. Ressalte-se aqui que esta prática encontra respaldo na supracitada Lei 5.764, que, através da alínea VII do Art. 4º., estabelece: “ O retorno das sobras líquidas do exercício será proporcional às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da assembléia geral”.

Evidentemente, tal sistemática, fincada sobre variáveis imprecisas, conduziria a uma variação mensal na remuneração do associado, que, poderia, inclusive, chegar a ser negativa nos meses de grande consumo de serviços por parte dos seus usuários. Para se tornar óbvia, a maioria destas cooperativas decidiu fixar o valor do retorno remuneratório ao associado em uma tabela definida pela AGO, e lançam em uma conta de equilíbrio as sobras ou as perdas de cada mês, resultado este que, apurado no fim do exercício, seja ele positivo ou negativo, será definitivamente rateado entre os médicos cooperados em assembléia geral. Em nossa opinião, estes valores remuneratórios, resultantes de um trabalho com claras características cooperativistas, não podem ser designados como honorários, até mesmo porque não existe a figura do honorário negativo, e esta situação, ou seja, a possibilidade do médico cooperado ser convocado a cobrir custos da sua cooperativa em eventuais dificuldades financeiras, está sempre a permear a relação entre cooperado e cooperativa.

Entendemos por estas razões que, a princípio, o trabalho do médico vinculado à Unimed Extremo Sul pode ser remunerado de formas diferentes, e esta variabilidade fica a depender da natureza do seu vínculo com a cooperativa.

Finalizando, e esclarecendo ao médico consultante que pede orientações sobre medidas a serem adotadas, entendemos que, permanecendo na condição de cooperado, as dúvidas quanto a pagamentos de seus serviços devam ser dirigidas ao conselho de administração através da sua presidência e, se não adequadamente esclarecidas, sejam expostas em assembléia geral para discussão entre seus pares, já que é o órgão máximo na estrutura da organização.

Este é o PARECER.

APROVADO EM 8/10/2004.

PARECER 11/05

Assunto: Remuneração do Médico Diarista Intensivista.

Relatora: Consa. Maria Lúcia Bomfim Arbex.

Ementa: O médico intensivista não-plantonista, quando em atividade diária na Unidade de Terapia Intensiva, deve ter o seu trabalho remunerado, sendo indispensável o registro em prontuário da prescrição e da visita-avaliação ao paciente.

DA CONSULTA:

Originou-se o presente expediente de consulta feita por um médico intensivista, coordenador de UTI, protocolada neste Conselho.

O seu questionamento é pontual: É legal a atitude de uma Cooperativa de Serviços Médicos de glosar todas as visitas do DIARISTA INTENSIVISTA, alegando que a TAMB 92 não contempla este profissional, a não ser em casos especiais e com a autorização prévia do auditor-médico da referida cooperativa?

O consulente informa ainda que enviou à diretoria de Recursos Médicos Hospitalares desta instituição documentação da Amib (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), incluindo a Portaria das UTIs do Ministério da Saúde (nº 2.198, de 19/6/1998), que normatiza a necessidade do médico diarista intensivista em todas as UTIs, além dos seus títulos de Especialista em Terapia Intensiva e em Cardiologia, e que obteve como resposta a negativa a este seu pleito.

Dos Esclarecimentos

- 1) Este expediente tramitou na Comissão de Honorários Médicos do Cremeb e, em 6 de março de 2003, na página 16, o conselheiro Carlos Eduardo Aragão de Araújo, membro da CHM, apresenta o seu parecer, concluindo que “este questionamento envolve os diversos relacionamentos trabalhistas existentes entre os hospitais e funcionários, convênios e cooperativas de trabalho, que os casos são individuais e devem ser analisados com prudência; que, embora todo serviço deva ser remunerado, conforme sugere a boa prática médica, deve abster-se de qualquer cobrança em duplicidade, para não caracterizar indícios de infração aos Artigos 94 e 95 do CEM”.
- 2) Após reuniões coordenadas pela CHM, com a participação das partes interessadas no assunto como representantes de cooperativa médica, médicos intensivistas e diretores da Sotiba, juntou-se novos documentos ao expediente e, na página 75, complementando o parecer já apresentado, o Cons. Carlos Eduardo Aragão de Araújo sugere “que o acordo entre as partes seja repactuado para que possa ser eticamente cumprido”.
- 3) Em 3 de março de 2004, na página 81, o consulente envia a este Conselho a solicitação que seja reavaliado o citado parecer, cuja conclusão não lhe ficou clara.
- 4) Tendo em vista tal manifestação, o corregedor encaminha o presente expediente a esta conselheira, para reapreciação do quanto requerido.

DO PARECER

A Tabela de Honorários da AMB/92 prevê a presença do diarista intensivista apenas em casos específicos, só “quando necessário participar” (Código 00.04.999.9); tal posicionamento foi revisto na Lista de Procedimentos Médicos da AMB/96, que estabelece esta conduta sem restrições, através do Código 14.01.006-2. Em 12 de agosto de 1998, o então ministro da Saúde, José Serra, assinou a Portaria nº 3.432, que trata especificamente do tratamento intensivo nos hospitais e determina, no item que trata das unidades de Tratamento Intensivo tipo II, ou seja, aquelas não cadastradas pelo SUS, que a equipe básica de cada unidade deve contar, entre outros profissionais, com um médico diarista com Título de Especialista em Medicina Intensiva, para cada 10 leitos nos turnos da manhã e da tarde e com um médico plantonista para cada 10 pacientes.

O Parecer CFM 21/99, de autoria do conselheiro Lúcio Mauro da Cruz Bulhões, trata de assunto semelhante, no caso da remuneração do médico assistente em concomitância com o intensivista plantonista na UTI.

Ele define função do médico assistente como “... aquela que já tratava o paciente anteriormente à sua internação na UTI, ou que na entrada no hospital, em caso de emergência, recebe a responsabilidade pela assistência, sendo o paciente internado em seu nome... os tratamentos médicos habituais são realizados a distância do médico, através de sua orientação e prescrição, ou seja, a sua assistência existe, independentemente de sua presença...” e se refere ao atendimento do Intensivista como “...a terapia intensiva significa a atenção a uma condição especial de instabilidade de aparelhos e sistemas orgânicos, os quais devem ser prontamente atendidos para manutenção da vida... essa assistência requer conhecimentos específicos e a presença do médico no local, presença que não invalida ou desvaloriza a assistência médica que o paciente já vinha recebendo fora da UTI...” Ou seja, se o médico assistente visita rotineiramente o paciente, com esta rotina se adequando a cada caso, este médico está cumprindo o seu trabalho; se o médico intensivista está no seu plantão, dando assistência aos pacientes daquela unidade, tomando medidas que lhe garantam a vida, muitas vezes de comum acordo com o médico assistente, ele também está fazendo o seu trabalho e, desta forma, ambos merecem ser remunerados por isto.

Mesmo não tratando especificamente do assunto em tela, ou seja, da remuneração do médico intensivista diarista que não o plantonista daquela unidade, este processo-consulta mostra que a questão se resume a uma só: tentativa de redução de custos, quer seja em detrimento da saúde orgânica do paciente, quer seja em detrimento da saúde financeira do médico.

CONCLUSÃO

As equipes de UTI são compostas por médicos que se revezam constantemente em escalas, com intervalos entre plantões que podem chegar a uma semana e, por mais que anotem em prontuários os dados referentes às condições clínicas de cada paciente ou que os repassem verbalmente aos colegas que os substituirão no plantão, não

detém o mesmo conhecimento sobre as peculiaridades dos pacientes que o médico diarista, que faz um acompanhamento individual e contínuo de cada um deles.

A participação do intensivista não-plantonista no tratamento do paciente em UTI é indispensável para que ocorra uma assistência médica sem ruptura, com avaliação criteriosa da eficácia da terapêutica adotada, feita por um profissional que tem acompanhado o paciente diariamente. O plantonista está disponível para manter ou adotar medidas emergenciais necessárias à manutenção da vida daquele paciente.

Conforme palavras do ex-assessor jurídico do CRM-MS, Dr. Ricardo Brandão: “O direito do médico receber honorários pelos trabalhos prestados decorre do princípio constitucional que contempla justo pagamento por trabalho em qualquer atividade lícita exercida pelo cidadão. É fator mesmo de justiça social e de equilíbrio da sociedade.”

Adotando a postura do conselheiro Lúcio Mauro da Cruz Bulhões, relator já citado, entendo ser bastante relevante para o bom andamento do tratamento intensivo a interação do plantonista com o médico diarista, guardados os cuidados previstos nos protocolos da UTI, bem como a opinião e linha de conduta de ambos, e para tanto faz-se indispensável a remuneração para os dois profissionais.

Este é o PARECER, SMJ.

Vitória da Conquista (BA), 20 de outubro de 2004.

APROVADO EM 17/2/2005.

PARECER 08/06**Assunto:** Retenção de Honorários Médicos.**Relator:** Cons. Jorge R. de Cerqueira e Silva.

Ementa: O médico tem o direito de receber integralmente seus honorários, mesmo quando recebidos através de pessoas jurídicas. Configura ilícito ético a retenção e redução de honorários, a qualquer título ou pretexto, inclusive para compor remuneração de chefes de serviços.

PARECER:

Trata o expediente em pauta de consulta encaminha ao Cremeb pela Comissão de Ética de Hospital Privado, quanto à eticidade de procedimento vigente em alguns serviços daquela instituição, pelo qual os médicos assistentes contribuem com percentual de seus honorários para compor remuneração de chefes de serviços, embora estes não tenham praticado os atos médicos que ensejaram a cobrança daqueles honorários.

O Código de Ética Médica é de clareza meridiana ao vedar ao médico:

- 1 – No Artigo 87, “remunerar ou **receber comissão ou vantagens** por paciente encaminhado ou recebido, ou **por serviços não efetivamente prestados.**” (Grifo nosso);
- 2 – No Artigo 96, “**reduzir**, quando em função de direção ou chefia, **a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.**” (Grifo nosso);
- 3 – No Artigo 97, “reter, **a qualquer pretexto**, remuneração de médicos e outros profissionais.” (Grifo nosso);

Com base nestes artigos, inúmeros pareceres têm sido exarados, embasando decisões no âmbito do Sistema Conselhal Brasileiro, tanto por conselhos regionais, como pelo próprio Conselho Federal de Medicina, no que respeita à remuneração profissional, todos concordantes no sentido de que o médico tem o direito de receber integralmente seus honorários, mesmo quando recebidos através de pessoas jurídicas.

Do todo exposto conclui-se que labora em erro a instituição que promove desconto de percentual dos honorários de médicos para ajudar a compor remuneração – a título de gratificação ou outro qualquer – de chefes de serviços.

Por seu turno os médicos que exercem funções de chefia não podem, nem devem aceitar remuneração propiciada por descontos nos honorários dos seus colegas, sob pena de infringência ao Código de Ética Médica.

A propósito desta situação assevera o professor Genival Veloso França nos seus Comentários ao Código de Ética Médica: “... *mesmo muitas vezes existindo o consentimento do médico a tal expediente, isto não deixa de se revestir de uma indisfarçável coação contra o profissional, que se vê na contingência de aceitar essa indevida redução apenas para não perder uma oportunidade de trabalho*”.

Ressalte-se que maior gravidade se configura quando tal redução é praticada sem a autorização do médico.

Por fim, cabe salientar o óbvio: a remuneração do médico que exerce cargo de chefia é compromisso da instituição que o designou e não dos seus chefiados.

É O PARECER.

APROVADO EM 14/2/2006.

PARECER 18/06

Assunto: Honorários Médicos Diferenciados para Especialidades Clínicas.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: À luz do Código de Ética Médica não há respaldo para que seja distinguida por especialidade a diferenciação no valor das consultas médicas.

EXPOSIÇÃO

A consulente dirige-se ao Cremeb nos seguintes termos:

“Na luta pela recomposição dos honorários médicos, constata-se a necessidade urgente de se promover reajustes no valor da consulta que está profundamente defasada. Neste particular, as sociedades de especialidades eminentemente clínicas – por não terem procedimentos agregados, melhor remunerados – são as mais penalizadas.

Considerando as dificuldades alegadas por algumas operadoras de planos de saúde de reajuste uniforme para todas as consultas (nos dirigimos), a este douto Conselho para a seguinte consulta:

- 1) Existe algum impedimento ético para que (possamos) trabalhar um reajuste diferenciado para as sociedades de especialidades eminentemente clínicas?*
- 2) Admitindo que a resposta seja negativa, poderia o Cremeb relacionar quais as sociedades de especialidades que se enquadrariam nesta categoria?”*

PARECER

Diante da primeira pergunta, sobre as especialidades eminentemente clínicas, já haveria um óbice à discussão. Porque não há esta divisão na ciência médica ou, pelo menos, não há óbice a que um determinado médico, praticante de “especialidade eminentemente clínica”, passe a utilizar-se de meios diagnósticos e terapêuticos, eufemisticamente chamados de “procedimentos agregados”, sem, contudo, valer-se disto para apenas agregar valores à sua remuneração.

O assunto é por si só polêmico. Se não o fosse não existiria a questão, nem a consulta e muito menos o terceiro pedido de “vistas”. O que se pretende em princípio é remunerar de forma mais adequada a consulta médica, momento ímpar, mágico e emblemático da relação do médico com seu potencial paciente. É momento em que o médico e o paciente conversam e interagem. O médico examina, apalpa, olha, ausculta, a ponto de firmar um diagnóstico ou solicitar exames que venham subsidiar o seu raciocínio. O paciente observa e faz seu juízo de valor acerca da consulta e das condutas do profissional.

Apesar da relevância da consulta médica para o contexto do atendimento à saúde, a remuneração para este momento sublime da atenção profissional tem sido menos-prezada e relegada a planos inferiores em todas as instâncias. É notório que as especialidades cognitivas têm sido, no contexto atual, desprestigiadas, em favor da utilização da tecnologia.

De plano deve ser relevado que o tema trata de discussão para remuneração do conjunto dos médicos e não do trato individual da remuneração profissional. “Não se

configura atitude condenável, sob o ponto de vista ético, o médico tratar, individualmente, da remuneração profissional com os seus pacientes. O mesmo não se aplica aos contratos e ou acordos celebrados coletivamente.”

Os próprios agentes remuneratórios reverberam que necessitam melhorar os valores da consulta médica, mas na prática quase nada mudou. A questão trazida nos remete a um perigoso “apartheid”, uma vez que, se for implementada a diferenciação dos valores de consultas, será estabelecida a segregação daqueles que receberão menor remuneração pelo mesmo ato. Será que os médicos permitirão que esta instituição abstrata cognominada de “leis de mercado” venha promover a segregação na categoria médica? A imperfeição adotada, estabelecendo valores de honorários em consonância com o tipo de acomodação, não deve servir de alicerce para mais esta tentativa de romper a unidade ora reinante no seio da categoria médica. Às favas as leis de mercado! Portanto, melhor encontrar na ética médica e não nas leis de mercado o balizamento para a questão. “NEM TUDO PODE SER DEIXADO ÀS LIVRES FORÇAS DO MERCADO, DENTRE AS EXCEÇÕES ESTÃO A SAÚDE E A VIDA HUMANAS.” (Sem grifos no original).

Sobre a matéria assim se manifesta o Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, por meio do parecer Cremec nº 10/2003: “Discriminar a remuneração médica por ato médico com objetivo diagnóstico ou por especialidade é conduta que fere princípios basilares que regem a profissão médica.”

É um princípio dogmático nos conselhos de Medicina a defesa hercúlea da restauração da saudável prática da boa relação médico-paciente, como esteio na profilaxia das alegações de responsabilização médica. Aliás, o nosso Código de Ética Médica, alicerçado nos princípios hipocráticos, conta entre os seus princípios com compromissos de respeito à vida, à importância do segredo profissional e à preservação da relação médico-paciente. (Sem grifos no original).

A categoria médica reconhece a bravura, a lisura, o desprendimento, a dedicação, a abnegação e o altruísmo com que lideranças médicas, notadamente as da Bahia, têm enfrentado a questão da remuneração dos profissionais médicos. É uma luta desumana e insuportavelmente incompreendida pelos detentores do poder econômico. Sob estes predicados é que estes cidadãos remetem a consulta ao Cremeb a respeito da temática.

CONCLUSÃO

Senhores conselheiros, a discriminação na determinação de valores diferenciados para remuneração pelas empresas de prestação de serviços médicos não encontra respaldo ético. Se assim for tratada a questão da remuneração da consulta médica, haverá uma distribuição socialmente injusta para o conjunto dos médicos, o que, obviamente, extrapola os limites do eticamente aceitável e do ideário moral.

Diante do exposto não há elementos que possam subsidiar uma alternativa ao quanto supostamente desejado por “algumas operadoras de planos de saúde”. No entanto, é recomendável que o conjunto dos médicos, sob a liderança das suas entidades representativas, empreenda campanha no sentido de valorizar a consulta médica, tanto do ponto de vista do respeito da categoria com este ato insubstituível na relação médico-paciente, quanto da valorização dos honorários devidos pelos agentes remuneradores.

Este é o PARECER. SMJ.

APROVADO EM 18/4/2006.

PARECER 28/06

Assunto: Remuneração pelos convênios das visitas médicas semanais e conduta do auditor externo.

Relatora: Consa. Lícia Maria Cavalcanti Silva.

Ementa: É responsabilidade do médico assistente visitar diariamente o paciente internado, fazendo prescrição e evolução médica com registro em prontuário. Tendo, portanto, direito à remuneração pelo seu trabalho diário. Ao médico-auditor investido nesta função não lhe compete normatizar a remuneração da visita hospitalar ou qualquer outro ato médico.

DA CONSULTA:

A limitação de três visitas médicas semanais nos parece inadequada à situação atual da realidade ética e jurídica médico-hospitalar, e tem sido utilizada pelos auditores externos com a prerrogativa de que o acompanhamento médico só será remunerado (três visitas semanais) se prescrito diariamente.

Pergunta: Qual deve ser a conduta do médico assistente e do auditor interno ?

PARECER:

A Medicina tem como característica ética importante a liberdade do exercício de suas atividades, fazendo-a com autonomia compatível com a ordem pública e social, de maneira lícita e necessária.

Constitui-se norma das instituições hospitalares a prescrição e evolução médica diária aos pacientes internados. É dever do médico assistente visitar diariamente o paciente internado em seu nome; bem como elaborar o prontuário para cada paciente que assiste, cumprindo o Artigo 69 do Código de Ética Médica.

Conforme palavras do ex-assessor jurídico do CRM-MS, Dr. Ricardo Brandão: “O direito do médico receber honorários pelos trabalhos prestados decorre do princípio constitucional que contempla justo pagamento por trabalho em qualquer tipo de atividade lícita exercida pelo cidadão. É fator mesmo de justiça social e de equilíbrio da sociedade”.

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM –, referencial de honorários médicos em serviços prestados para os convênios, define: Paciente internado – “O porte equivale a uma visita hospitalar por dia de internação, inclusive a que corresponder ao dia da alta hospitalar”.

O Manual de Organização de Corpo Clínico do CRM-BA, nas páginas 106, 107 e 108, faz algumas considerações: “É fundamental que nos conscientizemos de que o médico-auditor é extremamente necessário e útil para a preservação do sistema de prestação de serviços de saúde. É muito melhor tratarmos os nossos questionamentos com colegas médicos do que discutirmos questões técnicas com outros profissio-

nais. É imprescindível, entretanto, que estas ações sejam exercidas com habilidade e na mais perfeita ética, junto com os médicos assistentes, para que não se invada a sua autonomia, e o compromisso maior seja com o doente”.

Temos constatado, com preocupação, que auditores têm desenvolvido a equivocada idéia que é da sua competência a análise da conduta do médico que assiste o seu paciente à luz do contexto que o doente firmou com o plano de saúde, como se fosse o próprio gestor dos recursos, e confundindo o seu papel com o da administração. E em nome desse contrato, atendendo aos interesses das operadoras, cerceia a liberdade do médico no exercício da sua profissão e o acesso do paciente aos recursos que a ciência lhe oferece para o seu tratamento. Esquece que é antes de tudo médico. Não é da sua competência tal ação, e sim de administradores, aos quais não pode subordinar o Código de Ética Médica, que dispõe no seu Artigo 118 sobre a necessidade de isenção do médico-auditor ou perito, vedando a estes ultrapassar os limites da sua atribuição e competência. Ocorrendo esta prática cabe denúncia ao Cremeb.

CONCLUSÃO

Em resposta à pergunta formulada, o entendimento final é que o médico assistente é o responsável técnico e legal pelo paciente internado em seu nome, devendo portanto ser remunerado pelas visitas diárias realizadas.

O médico-auditor deve cumprir as resoluções nº 614/2001 e nº 242/99 do CFM e Cremeb, respectivamente, que dispõem e normatizam a auditoria médica. E ainda o Artigo 118 do Código de Ética Médica, que:

É vedado ao médico:

Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Este é o PARECER.

Salvo melhor juízo.

APROVADO EM 1º/6/2006.

RESIDÊNCIA MÉDICA

PARECER 11/02

Assunto: Pagamento de honorários de ajuda cirúrgica a médicos residentes.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Remuneração por ato médico realizado. Inexiste sustentação ética e legal para negativa de remuneração dos atos médicos realizados por residentes, quando em programa credenciado pela CNRM, no qual haja supervisão direta dos seus preceptores.

EXPOSIÇÃO

A Comissão de Honorários Médicos foi acionada pela Diretoria do Cremeb a emitir parecer sobre consulta formulada a este egrégio Conselho Regional.

Em tese a questão pode ser sinteticamente apresentada com a seguinte pergunta: é lícita a negativa de pagamento de honorários médicos aos residentes, quando auxiliares de cirurgia em procedimentos cujo cirurgião principal seja o preceptor, dentro de Programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica?

Informa a consulente que o hospital referenciado mantém 12 programas de residência médica, contando com um total de cinquenta e dois médicos residentes, ao custo mensal unitário de R\$ 1.450,00, perfazendo um custo anual total de R\$ 1.080 mil. Dentro do treinamento das clínicas cirúrgicas, os médicos residentes atuam como auxiliares das cirurgias sob a responsabilidade dos preceptores, sendo, desta forma, os honorários da equipe cobrados aos planos privados de assistência à saúde, cujos valores, após o pagamento, são agregados em fundo específico para ajuda no custeio das referidas bolsas.

PARECER

Sobre a composição da equipe cirúrgica, o Conselho Federal de Medicina firmou posição através da Resolução CFM nº 1.490/98, *in verbis*:

- Art. 1º - A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados.
- Art. 2º - É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a segurança e eficácia do ato.
- Art. 3º - É lícito o concurso de acadêmico de Medicina na qualidade de auxiliar e de instrumentador cirúrgico em unidades devidamente credenciadas pelo seu aparelho formador e de profissional de enfermagem regularmente inscrito no Conselho de origem, na condição de instrumentador, podendo esse concurso ser estendido também aos estudantes de Enfermagem.
- Art. 4º - Deve ser observada a qualificação de um auxiliar médico, pelo cirurgião titular, visando ao eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico.

Art. 5º - O impedimento casual do titular não faz cessar sua responsabilidade pela escolha da equipe cirúrgica.

Por outro lado, “A Residência em Medicina constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. (Artigo 1º do Decreto nº 80.281/77 e Artigo 1º da Lei 6.932/81). Entretanto, para que determinado serviço seja credenciado pela CNRM, entre outras exigências: “Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo no valor de setenta e cinco por cento dos vencimentos do médico do **Ministério da Educação**, Nível V, acrescido de um adicional de cem por cento, por regime especial de treinamento em serviço de sessenta horas semanais.” (Artigo 1º da Lei nº 8.138/90, que modificou o artigo 4º da Lei 6.932/81).

CONCLUSÃO:

Penso que reside nesta consulta uma questão cultural importante, posto ser incomum em nosso meio, hospitais privados disponibilizarem programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, por razões que não cabem análise no presente parecer. Por outro lado, é sobejamente conhecido que instituições que se dedicam ao ensino, tanto ao nível de graduação, quanto ao nível de pós-graduação, oferecem assistência de excelência à sua clientela, uma vez que, o seu corpo clínico dedica-se não só à questão assistencial, mas tende a dedicar-se à pesquisa e, no mínimo, à reciclagem do conhecimento científico, um dos alicerces na profilaxia das alegações de erro médico. Não resta dúvida, corpo clínico que se dedica ao ensino é corpo clínico motivado e comprometido com a atualização no atendimento à saúde, procedimento que só traz vantagens para a própria instituição que se diferencia das suas congêneres, para os médicos, para o aparelho formador, para os contratantes e para a clientela. De todo o exposto pode-se inferir que negar a remuneração de ato médico, conforme o ora epigrafado, é punir a instituição que está preocupada com a melhoria na qualidade da assistência prestada.

Mas apesar destas considerações, considero relevante lembrar a **vedação aos médicos** contida no Código de Ética Médica, em seus artigos 87 e 88:

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.
(*Permissa vênia*, com grifos deste relator).

Diante do exposto, razão nenhuma assiste a qualquer plano de assistência à saúde a negativa de remuneração por ato executado por médico residente, desde que esteja sendo supervisionado pelos seus preceptores em instituição credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 06/03/2002.

PARECER 49/02

Assunto: Atividade de Residência Médica em plantão não-supervisionado.

Relator: Cons. Jayme Batista Freire de Carvalho.

Ementa: Os médicos quando atuando em regime de Residência médica não têm obrigação de freqüentar plantões não-supervisionados por preceptores, porém a Coordenação de Ensino Médico do Hospital deve avisar com antecedência mínima de 24 horas à direção do hospital do não-comparecimento do médico residente, sob pena de caracterizar-se abandono de plantão.

Conforme o Decreto de nº 80.281, Artigo 1º das Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica, o médico residente no curso de seu treinamento é aluno de curso de pós-graduação, devendo, portanto, todas as suas atividades receberem a devida supervisão. Além disso, não há vínculo empregatício entre ele (médico residente) e as instituições mantenedoras.

Pergunto, com base nesses dados:

Pode o médico residente ausentar-se de plantão não-supervisionado, ou seja, quando não há na unidade plantonista vinculado à instituição?"

O documento foi inicialmente enviado à Consultoria Jurídica do Cremeb, em 5/8/02 emitido o seguinte parecer:

O consulente indaga se pode o médico residente ausentar-se de plantão não-supervisionado, ou seja, quando não há na unidade plantonista vinculada à instituição.

Inicialmente esclareça-se que nos termos do Art. 17, da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Tratando-se de um aprimoramento, o médico residente tem sobre si a responsabilidade pelos atos médicos praticados. Assim, o residente ao prestar atendimento ao paciente assume a responsabilidade direta pelos atos executados.

O Art. 1º, do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, dispõe: "A residência em Medicina constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médico de elevada qualificação ética e profissional".

A Lei n° 6.932, de 7 de julho de 1981, dispõe que: “Art 5° - Os programas dos cursos de residência médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão”.

Também sobre a matéria temos a Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica n° 04/78, que no Art. 5°, alínea “d” dispõe: “A supervisão permanente do treinamento do residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa de título superior ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico em regime de tempo integral para 6 (seis) residentes, ou de 2 (dois) médicos do corpo clínico em regime de tempo parcial para 3 (três) médicos residentes”.

Diante do exposto concluímos que:

- 1) A Residência Médica constitui-se uma modalidade de ensino de pós-graduação, como um complemento da aprendizagem;
- 2) Embora seja definida como uma modalidade de ensino, o médico residente ao desempenhar suas atividades tem sobre si a responsabilidade pelos atos omissivos ou comissivos que praticar;
- 3) O residente ao prestar atendimento médico ao paciente assume a responsabilidade direta pelos atos decorrentes da conduta médica adotada.
- 4) É obrigatória a supervisão permanente do treinamento do residente e deve ser exigida na forma da Resolução do CNRM n° 4/78.
- 5) A ausência de supervisão implica em transgressão à norma, respondendo pelo ilícito o diretor-médico da instituição, que permite que o médico residente atue sem a necessária e obrigatória supervisão, descaracterizando a residência como forma de aprendizagem prática.
- 6) A ausência de supervisão, entretanto, não exime o médico residente de qualquer responsabilidade pelos atos médicos praticados.
- 7) Constitui infração ética o abandono de plantão pelo médico residente, não se constituindo como justificativa para tal ato a ausência de supervisão, não se podendo na hipótese isentar o residente da responsabilidade jurídica por eventuais danos, inclusive, por omissão de socorro.

Em 13/8/02, foi enviado pelo corregedor a este conselheiro documento nos designando como relator do presente expediente consulta.

DO PARECER:

Após análise do parecer emitido pela consultora jurídica, Cássia Barreto da Silva, onde fica estabelecido quais são os direitos e deveres do médico residente de acordo com a legislação atual, podemos informar ao consulente que os médicos residentes não têm a obrigação de freqüentar os plantões que não tenham supervisão, porém cabe à Comissão de Residência Médica (Coreme) informar com antecedência à direção do hospital quais os dias da semana que os residentes não trabalharão em regime de plantão, pois o abandono ou não-comparecimento sem aviso prévio constituirá infração ao Código de Ética Médica.

APROVADO EM 19/11/2002.

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

PARECER 04/00

Assunto: Solicita esclarecimento sobre procedimentos médicos.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: **1 - Comete ilícito ético o médico que realiza simultaneamente atos anestésico e cirúrgico, caracterizando-se atitude imprudente. 2 - As instituições destinadas a prestação de assistência à saúde estão obrigadas ao respectivo registro no Conselho Regional de Medicina, cujo diretor técnico e principal responsável seja um médico.**

EXPOSIÇÃO

Consulta-nos nos seguintes termos:

- 1) *“Pode um médico ser autorizador e realizador de procedimentos médicos realizados, nos laudos da AIH, já que o município é pequeno e apenas três médicos residem no mesmo? Não poderia tal procedimento ser autorizado devido a excepcionalidade do caso?”*
- 2) *“É possível que um médico assine laudos para fins de emissão de AIHs, não tendo realizado tais procedimentos, e sim outro profissional?”*
- 3) *“Em casos emergenciais e excepcionalmente pode um único profissional médico, assumir simultaneamente a responsabilidade cirúrgica e anestésica? Parece-nos que em situações específicas tal ato é lícito.”*
- 4) *“Deve todo hospital, independentemente de ser público ou privado, conveniado ao SUS ou não, ser cadastrado junto ao CRM?”*

PARECER

As duas primeiras perguntas são de caráter estritamente administrativo, portanto, devem ser encaminhadas ao órgão competente para que sejam dirimidas as dúvidas. O foro dos conselhos de Medicina deve ser reservado às questões de ordem ética. *In casu*, o que deve ser objeto de análise por este colegiado, quando for acionado, é algum fato em que haja descumprimento de norma administrativa que possa ser caracterizado como delito ético.

Passemos a análise dos outros quesitos.

- 3) *“Em casos emergenciais e excepcionalmente pode um único profissional médico, assumir simultaneamente a responsabilidade cirúrgica e anestésica? Parece-nos que em situações específicas tal ato é lícito.”*

A Resolução n° 1.363, de 12 de março de 1993, dita as normas básicas para a prática clínica segura da anesthesiologia. *In casu*, ao realizar simultaneamente a anestesia e a cirurgia, o médico estará declinando de um ato em favor do outro. Neste mister, não poderá manter vigilância permanente; não poderá registrar os sinais vitais; não poderá monitorizar as funções vitais do paciente. Enfim, manterá um ser humano,

que lhe confiou a saúde, abandonado à própria sorte, posto que, o paciente anesthesiado requer controle rigoroso para a manutenção da homeostase.

A situação fática colocada pelo consulente poderá ser analisada à luz da figura do “estado de necessidade, em estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular de direito”, caracterizado pela atitude heróica de salvar a vida de outrem, sem que tenha sido o agente que tenha causado o perigo à vida. Este elemento não exclui o delito, que a doutrina jurídica aceitou, mas tão-somente enseja a possibilidade do abrandamento da pena à luz do Código Penal Brasileiro.

Segundo Romanese: *“Na vida profissional, há casos em que o ilícito jurídico contrasta com o lícito moral ou com os ditames da arte médica”*. Portanto, a antijuridicidade de qualquer ato, inclusive do tratamento arbitrário, é agasalhada pelo judiciário, entretanto, não há dispositivo para que o Conselho Regional de Medicina responda de outra forma. Destaque-se que o próprio consulente ao indagar já responde.

A propósito, é relevante tomarmos conhecimento da jurisprudência firmada pelo Conselho Federal de Medicina, que nos conduz a formação de juízo de valor acerca da matéria:

PEP CFM N° 70/93 – II - Agrava o delito cometido o fato do médico realizar, concomitantemente ao ato cirúrgico, o procedimento anestésico, deixando de utilizar o concurso de um anesthesiologista, constituindo atitude negligente e imprudente. Pena – suspensão do exercício profissional por 30 dias.

PEP CFM N° 24/95 – III – Comete falta ética o médico que realiza uma cirurgia sozinho, sem um auxiliar médico e assumindo também a função de anesthesista.

Pena – advertência confidencial em aviso reservado.

PEP CFM N° 66/95 – Comete ilícito ético o médico que realiza procedimentos de risco como cirurgia e anestesia, simultaneamente, sem a devida qualificação, pondo em risco a vida do paciente.

Pena – Suspensão do exercício profissional por 30 dias.

4) *“Deve todo hospital, independentemente de ser público ou privado, conveniado ao SUS ou não, ser cadastrado junto ao CRM?”*

5) O registro de estabelecimentos de assistência à saúde é regulamentado pela Lei n° 6.839/80, merecendo ainda citação o Decreto n° 20.931/32 e o Decreto n° 49.974-A/61, *in verbis*:

LEI n° 6.839/80 – Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões.

Art. 1° – O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros.

DECRETO n° 20.931/32 – Regula e fiscaliza o exercício da odontologia, da

medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

Art. 28 – 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 nos termos do regulamento sanitário federal.

DECRETO n° 49.974-A/61 – Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei n° 2.312, de 3 de setembro de 1954, de “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde”

Art. 64 – É obrigatório o registro no órgão próprio e ou o licenciamento quando previsto em lei, de hospitais, clínicas, ambulatorios, oficinas, serviços e estabelecimentos em geral, referidos nos artigos anteriores.

CONCLUSÃO

1) *“Pode um médico ser autorizador e realizador de procedimentos médicos realizados, nos laudos da AIH, já que o município é pequeno e apenas três médicos residem no mesmo? Não poderia tal procedimento ser autorizado devido a excepcionalidade do caso?”*

2) *“É possível que um médico assine laudos para fins de emissão de AIHs, não tendo realizado tais procedimentos, e sim outro profissional?”*

Resposta: Por se tratar de questão estritamente administrativa, a cargo de outro órgão que não o Cremeb, opino no sentido de orientar o consulente a dirigir as duas questões acima ao órgão competente.

3) *“Em casos emergenciais e excepcionalmente pode um único profissional médico, assumir simultaneamente a responsabilidade cirúrgica e anestésica? Parece-nos que em situações específicas tal ato é lícito.”*

Resposta: A anestesia e a cirurgia são procedimentos distintos que requerer a vigilância dos profissionais envolvidos. A realização simultânea de anestesia e cirurgia, pelo mesmo profissional, é procedimento intempestivo, insensato, de caráter comissivo, caracterizando o que a doutrina define como ato imprudente.

4) *“Deve todo hospital, independentemente de ser público ou privado, conveniado ao SUS ou não, ser cadastrado junto ao CRM?”*

Resposta: Sim. Inclusive com o respectivo registro do principal responsável, um profissional da Medicina, na qualidade de diretor técnico.

Este é o PARECER. SMJ.

APROVADO EM 17/3/2000.

PARECER 65/03

Assunto: Implicações éticas e legais de recusa do paciente à terapêutica prescrita durante sessões de hemodiálise.

Relatora: Consa. Maria Ermecília Melo.

Ementa: O médico tem o dever de informar ao paciente acerca dos riscos do ato médico e das consequências dos medicamentos que forem prescritos, comunicando a necessidade do seu ajuste de conduta para continuidade do tratamento, salientando os riscos na hipótese de inobservância. E o paciente esclarecido pode decidir livremente sobre a aceitação ou não do tratamento proposto, salvo em caso de risco iminente à vida.

PARECER

Da análise do presente expediente constata-se requerimento das consulentes acerca de informações sobre a validade do consentimento esclarecido, questionando especificamente a situação vivenciada com um paciente que não atende as orientações médicas no tratamento de doença renal crônica, em que a indicação de realização de hemodiálise três vezes por semana, sendo adotado pelo paciente apenas duas vezes.

Questiona:

- 1) Qual a responsabilidade da equipe médica, se o paciente, durante a hemodiálise, apresentar complicações graves devido ao não-seguimento das orientações preconizadas pelo serviço?

O médico não pode excluir sua responsabilidade num ato profissional de que tenha participado ou indicado, de nada valendo o consentimento do paciente ou de seu representante legal para justificar ou eximi-lo da responsabilidade. Além disso, o médico tem responsabilidade civil, penal e disciplinar sobre seus atos, devendo essa responsabilidade ser avaliada em cada caso;

O Art. 32 do Código de Ética Médica aduz que: “É vedado ao médico: 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 representante legal”.

Segundo o Prof. Genival Veloso de França, a compreensão que se tem de consentimento do paciente ou de seu representante legal: “É a de que ele representa uma delegação de poderes para aquilo que necessariamente deve ser feito. No entanto, deve ficar bem evidente que isso não isenta o médico da obrigação de esclarecer seu cliente do maior ou menor risco de um tratamento, mostrando as vantagens de uma intervenção ou diligência, mesmo que nos momentos mais cruciais certos esclarecimentos devam ser feitos aos seus parentes (princípio da autonomia)”.

Entendendo o princípio da informação, cabe ainda observar que não há necessidade de que as informações sejam tecnicamente detalhadas e minuciosas, devem ser corretas, honestas, compreensíveis e legitimamente aproximadas da verdade que se quer informar.

A finalidade do denominado “termo de consentimento esclarecido” é, em verdade, um esclarecimento ao paciente sobre todas as variáveis e circunstâncias de sua doença, possíveis riscos e resultados do tratamento proposto. Dessa forma, o referido termo ou autorização não tem o condão de excluir a responsabilidade ou cláusula de não-indenização. Entretanto, ao dito “documento” cumpre finalidade ético-jurídica e pode ser apreciado como “prova” de lisura do procedimento médico.

Interessante a forma como o Art. 34 do Código de Ética Médica expõe a impossibilidade do médico atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, porquanto excetua os casos em que tal situação possa ser devidamente comprovada.

Ora, a responsabilidade da equipe médica deverá ser fixada à medida dos atos omissivos e comissivos praticados. Se o paciente, durante a hemodiálise, apresentar complicações graves devido ao não-seguimento das orientações.

APROVADO EM 18/11/2003.

SEGREDO MÉDICO

PARECER 66/03

Assunto: Eticidade da entrega de ficha de atendimento à operadora de plano de saúde.

Relator: Cons. Marco Aurélio de Miranda Ferreira.

Ementa: **Prontuário médico. Constitui infração ética o fornecimento de dados do prontuário médico às operadoras de planos de saúde, que somente podem ser avaliados pelo médico-auditor, em visita hospitalar, salvo expressa autorização em contrário do paciente ou seu representante legal.**

O médico signatário da consulta, coordenador do serviço de emergência de uma unidade hospitalar, argumentando a necessidade de agilização dos atendimentos médicos, solicita a este Creneb avaliar modelo de formulário para encaminhamento às operadoras de planos de saúde.

À guisa de esclarecimento junta à sua correspondência, modelo preenchido, constituído pelos campos seguintes:

- 1) Queixa principal e exame sumário. No caso, preenchido com a informação “abcesso em região glútea”.
- 2) Diagnóstico provisório. Aqui preenchido com “furúnculo”.
- 3) Diagnóstico definitivo. Mantido em branco.
- 4) CID. Contendo “L 02.3”.
- 5) História clínica e tratamento. Onde se observam as informações médicas compatíveis com o diagnóstico supracitado.
- 6) Condições de alta e destino do paciente. Sem preenchimento.
- 7) Assinatura e carimbo do médico e do paciente ou responsável.

Preliminarmente, cabe observar que se vem tornando prática freqüente, por parte de algumas operadoras de planos de saúde, agir sobre médicos e hospitais, seus prestadores de serviços, no sentido de condicionar os pagamentos devidos ao fornecimento de relatórios, cópias de resultados de exames, laudos, resultados de biópsias e outros documentos confidenciais, tudo se constituindo em procedimentos não-recomendáveis e, até mesmo, vedados pela ética médica.

No caso em pauta, observando uma consequência desta prática, encontramos médicos buscando solução para atender a esta absurda exigência, e, precavidamente, procuram o aval deste Conselho.

Entendemos que o documento proposto a ser encaminhado à operadora é uma verdadeira ficha de atendimento médico, utilizada em unidades de emergência, a qual não deve ser enviada às operadoras de planos de saúde, sob qualquer hipótese, sob pena de caracterizar infração ao Código de Ética Médica, em seu Art. 102 : “ É vedado ao médico revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autori-

zação expressa do paciente.”, concomitante com o Art. 108 que veda ao médico “facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não-obrigadas ao mesmo compromisso”, bem como com o Art. 11, onde se estabelece que “o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no exercício de suas funções”.

Entretanto, não se pode negar à organização responsável pela quitação dos valores decorrentes do atendimento o conhecimento daquilo que está a lhe gerar custos, e, neste sentido, entendemos que pode e deve ser facultado ao *médico-auditor da empresa operadora* o acesso aos documentos onde se encontram registrados os fatos ocorridos com os pacientes, seus associados, ali atendidos. Este auditor, por sua vez, encontra-se obrigado ao cumprimento do quanto foi instituído pela Resolução CFM nº 1.614/2001, onde se regulamentam os seus limites de atuação.

Oportunamente, transcrevemos trecho de parecer Cremeb nº 15/99, da lavra do eminente conselheiro Carlos Eduardo Aragão de Araújo, onde, manifestando-se sobre tema similar, esclarece: ... “o Art. 154 do Código Penal estabelece como crime: revelar a alguém sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”, visão esta complementada pelo Supremo Tribunal Federal ao julgar o Habeas Corpus nº 39.308, de São Paulo, cuja ementa afirma: “Segredo Profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participações de anotações constantes das Clínicas e Hospitais.”, e encerrando seu parecer, estabelece o conselheiro: “No nosso entendimento, o formulário preenchido é propriedade do paciente ou seu representante legal e somente a eles cabe o direito de decidir sobre sua entrega a terceiros.”

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 5/12/2003.

PARECER 43/04

Assunto: Sigilo Médico.

Relator: Cons. José Márcio V. Maia Gomes.

Ementa: É vedado a empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos hospitalares, fornecer a entidades contratantes de seus serviços, sob qualquer pretexto ou exigências, dados que impliquem na revelação de diagnóstico a fatos que o médico tenha conhecimento em decorrência do exercício profissional, salvo nas hipóteses previstas em lei.

PARECER

A consulente relata que a Cooperativa Médica presta serviços em custo fixo para diversas empresas, as quais solicitam a relação da utilização de seus funcionários, visando a melhor gerir os seus gastos, visto que os reajustes são aplicados conforme a sinistralidade.

Refere ainda que se tem omitido do informe detalhado por implicações legais, fornecendo apenas a utilização global, onde não se discrimina a utilização, o que não vem sendo aceito pelas empresas pagadoras dos serviços, gerando enorme desgaste.

Por fim indaga a consulente:

"O nosso questionamento esta em cima das implicações éticas de tal conduta. Podemos fornecer detalhes da utilização de cada usuário para o departamento médico em correspondência confidencial?"

Estaremos sujeitos às penalidades se algum usuário nos denunciar por quebra do sigilo sem seu consentimento?

É lícito a empresa fornecer documento assinado com permissão do funcionário permitindo essa informação?"

Designado como relator o Cons. Domingos Macedo Coutinho emite parecer.

Aduz o Cons. Coutinho que é vedado o fornecimento as empresas contratantes dos serviços médicos, sob qualquer pretexto ou exigência, dados que impliquem na revelação do diagnóstico a fatos que o médico tenha conhecimento em decorrência do exercício profissional, salvo nas hipóteses de justa causa, dever legal ou consentimento expresso do paciente, não havendo na espécie laivos de legitimidade nas exigências impostas pelas empresas contratantes.

E, ainda que a revelação do segredo médico poderá acarretar ao profissional faltoso a aplicação de sanções éticas.

O conselheiro Domingos Coutinho, com relação a última indagação, entende não haver, "a princípio, nenhuma ilicitude na conduta da empresa em fornecer documento assinado com permissão do funcionário autorizando o repasse das informações relativas a atendimento médico que tenha sido prestado ao mesmo".

Em sessão do dia 6 de agosto de 2004, foi requerida vistas pelo Cons. Otávio Marambaia dos Santos.

No particular a última indagação, discorda o Cons. Otávio Marambaia dos Santos e manifesta seu entendimento no sentido de que:

"A relação do médico com seu paciente é pessoal e intransferível. Ao auditor cabe a guarda dos segredos que lhe passam pelas mãos, não lhe sendo permitido divulgar, mesmo que documentos lhe sejam apresentados, dando conta de pretensas autorizações dos pacientes.

Caberia ao paciente autorizar o seu médico assistente esta divulgação? Sim, não ao auditor, que não lhe atendeu ou acompanhou durante a sua doença e, portanto, nem pode presumir o quanto a eventual revelação de determinada patologia pode ser danosa para o solicitante.

Se tal não fosse bastante, seria ingenuidade não crer que seja a epidemiologia e não o lucro (aqui transvertido de sinistralidade) o motor a mover tal solicitação ou que não possam existir pressões de quem tem ou detém o poder de mando e econômico sobre os empregados – sempre o elo mais fraco nesta corrente – para exigir tal informação."

Para uma melhor análise dos pontos de vistas enfocados pelos ilustres conselheiros pareceristas, tomei para mim a missão de analisar o único foco de divergência, qual seja: É lícito a empresa fornecer documento assinado com permissão do funcionário permitindo essa informação?

Em busca nos arquivos do Cremeb, constatamos a existência de consulta formulada por Cooperativa Médica, que aborda em tese a mesma matéria, que fora analisado pela Consultoria Jurídica deste Regional e aprovado pela Diretoria do Cremeb, em 14 de maio de 2004, cujo parecer abaixo transcrevemos:

Parecer da Consultoria Jurídica do Cremeb

"Consultoras Jurídicas: Cássia Barretto e Lília Mesquita Teixeira.

Ementa: Viola o direito à intimidade – por conseguinte a preceitos éticos – o envio de relatório individual pela Cooperativa Médica, constando o número de consultas e horários de atendimento dos pacientes/empregados às empresas conveniadas.

PARECER

O presente expediente tem origem em correspondência encaminhada por Delegacia Regional do Cremeb, na qual anexa consulta de Cooperativa Médica acerca da possibilidade de prestar informações as empresas conveniadas, na forma de relatório, contendo de maneira individualizada a identificação dos funcionários que mais utilizam os serviços médicos.

Segundo o consulente, a Cooperativa Médica tem enviado às empresas conveniadas um relatório mensal de sinistralidade, com o fm de controlar o excesso de utilização por parte de alguns usuários. No entanto, ressalta que algumas empresas têm solicitado que o relatório seja enviado de forma individualizada, para que possam identificar os funcionários que mais o utilizam o convênio e fazendo, assim uma melhor contenção do uso.

Desta forma, o consulente questiona se o envio do relatório individualizado de utilização pelos empregados/pacientes, sem informar, contudo, o procedimento efetuado, fere de alguma forma o Código de Ética Médica.

À prima face cabe-nos considerar a finalidade da informação e questionar se há previsão contratual de contenção ou limite de uso dos serviços pelos seus usuários.

Deve ser observada a distinção entre relatório de sinistralidade que genericamente informa o número de consultas em determinada área, não com a finalidade específica de contenção de uso, e sim visando à relação de tais consultas com o ambiente de trabalho. Já o relatório individualizado fere o direito à intimidade a devassa à vida privada de um funcionário.

Vale ainda observar que, apesar da empresa conveniada ser a contratante, os usuários/funcionários são o destinatário final do serviço pertencendo a eles as informações individuais.

Diante do questionamento apresentado, qualquer informação individualizada acerca dos atendimentos médicos, no nosso entendimento, fere o sigilo profissional que tem sua base no direito constitucional à intimidade a vida privada e usa preservar uma relação de estreita confiança entre o médico e o paciente, evitando, assim, revelar fatos conhecidos no exercício da profissão e que poderiam prejudicar o paciente de alguma forma.

Ressalte-se que este controle não pode ser feito, porquanto serão inexoravelmente revelados os fatos referentes às consultas médicas realizadas pelo paciente, devendo a Cooperativa Médica resguardar a intimidade e privacidade dos pacientes atendidos por intermédio do convênio.

Por fim, cabe-nos considerar que o encaminhamento de relatório enviado de maneira individualizada de forma a poder identificar os funcionários que mais utilizam o convênio extrapola a singeleza do questionamento como questão de cunho eminentemente administrativo, gerando uma interpretação acerca da finalidade da informação e do preceito constitucional que protege a intimidade e privacidade do cidadão gerando as conclusões que seguem:

- 1) O envio rotineiro e mensal de relatório de sinistralidade deve visar fornecer a empresa elementos que possibilitem a adoção de medidas junto a seus empregados de forma macro e não de forma individualizada, com o intuito de contenção de uso.
- 2) O relatório de sinistralidade deve gerar exclusivamente o conhecimento de utilização de serviços médicos em geral ou em determinada especialidade, de forma excessiva e fora dos padrões normais. Tal fato, sem dúvida, sugere problemas em áreas específicas, cabendo à empresa adotar ações naquelas áreas, como forma de solucionar ou minorar a procura de atendimento médico em certa e determinada especialidade.
- 3) Não se pode conceber que a Cooperativa Médica ou qualquer outra empresa de plano de saúde forneça elementos que possam ser utilizados pelas empresas contratantes de forma discriminatória com o fito de contenção de uso por pacientes/funcionários.
- 4) Por outro lado, a informação aparentemente despresticiosa e até mesmo com possível bom propósito, traz indubitavelmente revelação sigilosa. Por exemplo: a identificação de um funcionário que se utilize mensalmente dos serviços de um oncologista, infectologista, ginecologista, urologista e tantas outras especialidades, sem dúvida revela sua intimidade e sua privacidade.

Isto posto, entendemos que o controle da utilização excessiva dos serviços médicos conveniados não pode servir de escudo para a revelação de fatos referentes às consultas médicas realizadas pelos pacientes/funcionários, devendo a Cooperativa Médica resguardar a intimidade e privacidade dos pacientes atendidos por intermédio do convênio, por dever constitucional a ético."

Diante do exposto, manifestamos nossa concordância com os entendimentos dos conselheiros anteriormente mencionados no tocante a resposta ao Item 1.

Cabe-nos acrescentar com relação ao item 2, que a quebra do sigilo profissional constitui crime tipificado no Código Penal Brasileiro, sujeitando o infrator à sanção penal, se a quebra do sigilo médico decorrer dano ao paciente, mesmo que moral, poderá ensejar indenização no âmbito da responsabilidade civil, além, é claro, da sanção por descumprimento da norma ética.

No tocante ao item 3, concordamos em parte com o parecer do Cons. Otávio Marambaia dos Santos, alterando a redação do último parágrafo. Adotamos o parecer da Consultoria Jurídica, quando da consulta anterior relativa ao mesmo tema, no sentido de que as informações prestadas à empresa contratante devem ser genéricas, visando apenas a uma abordagem preventiva de forma a possibilitar à mesma ações voltadas a epidemiologia.

Quanto às autorizações prévias dadas pelos pacientes/funcionários, não devem ser caracterizadas como manifestação de vontade autônoma e consciente, posto que estamos diante de uma relação de subordinação empresa X funcionário/paciente.

APROVADO EM 23/11/2004.

PARECER 28/05

Assunto: Possibilidade de quebra do sigilo médico, diante de requerimento da Receita Federal.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Não é cabível a quebra do sigilo profissional por medo ou receio dos médicos diante de solicitação da Receita Federal.

PARECER

O consulente indaga se os médicos estão obrigados a quebrar o sigilo profissional, diante da investigação realizada pela Receita Federal nas declarações de Imposto de Renda do mesmo.

Relata o consulente que os médicos e outros profissionais de saúde que forneceram recibos estão sendo coagidos pelo citado órgão a informar qual o procedimento realizado.

Adotando parecer da ilustre Consultoria Jurídica do Creneb passo a análise do quanto solicitado.

"Dispõe o Decreto 3.000/1999:

"Art. 80 – Na declaração de rendimentos poderão ser deduzidos os pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias (Lei n° 9.250, de 1995, Art. 8°, inciso 11, alínea "a")."

Poderão, deste modo, os contribuintes deduzirem do imposto de renda os pagamentos efetuados em virtude de consultas e procedimentos médicos, no entanto, os pagamentos se limitam aos especificados e comprovados, com indicação do nome, endereço e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, ou no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ, de quem os recebeu, podendo, na falta de documentação, ser feita indicação do cheque nominativo pelo qual foi efetuado o pagamento.

No caso relatado, a Receita Federal, para esclarecer e certificar que as deduções relativas às despesas médicas são legítimas, solicitou aos médicos, que emitiram os respectivos recibos, a declarar quais foram os procedimentos que ensejaram as despesas médicas deduzidas.

Uma das funções da autoridade fiscal, para evitar que ocorra sonegação fiscal, é justamente revisar as declarações obtidas, onde são efetuadas verificações nos dados declarados pelo contribuinte, e realizados também os cruzamentos destas informações com outros elementos disponíveis nos sistemas da Secretaria da Receita Federal. Uma vez detectado algum problema, este órgão poderá intimar o contribuinte para apresentar documentos e informações necessárias para dirimir eventuais dúvidas.

Deste modo, para se provar que houve infração fiscal, a Receita Federal poderá utilizar todos os meios admitidos em Direito, inclusive com base em indícios veementes, para que, desta forma, seja possível se aproximar da verdade dos fatos. Entretanto, no caso em epígrafe, tem que se analisar até que ponto poderá ocorrer a investigação sem que esta viole o sigilo profissional do médico.

Define-se o sigilo médico profissional como a obrigação do médico de se manter em silêncio sobre os fatos apurados no exercício de seu mister, e que não seja imperativo revelar. O sigilo médico é dever inerente ao desempenho da profissão médica, caracterizando, a sua violação, infração ética, penal e cível. Ele é a garantia do paciente que tudo que for dito ao médico e os fatos que foram revelados a este, durante o exercício de sua profissão, não serão expostos.

O sigilo médico fundamenta-se na garantia individual à inviolabilidade da intimidade, direito fundamental a cláusula pétrea prevista na Constituição Federal em seu Art. 5º, inc. X. Ademais dispõe o Código Penal sobre a violação do segredo profissional, que constitui crime:

"Art. 154 – Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem"

Indispensável lembrar ainda o que reza o Código de Ética Médica sobre o tema:

"Art. 11 – 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. 102 – 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:

Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento."

Na área cível dispõe o Código Civil:

"Art. 229 – Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato:

I – a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo."

O sigilo médico constitui uma forma de instrumento social em favor do bem comum e da ordem pública, porém ele não é um conceito estrito, havendo casos que devem

flexibilizar o direito à intimidade, privacidade em vista de um direito maior em conflito. Dessa forma existirá ocasiões em que o médico poderá revelar informações a respeito do paciente, sem que, no entanto, viole o sigilo profissional. Estas serão as hipóteses em que estarão autorizadas por uma norma legal ou quando requisitado mediante autorização judicial.

Um exemplo de caso em que a lei excepciona o dever legal de sigilo está disposto no Código Penal, no capítulo dos crimes contra a saúde pública:

Art. 269 – Deixar o médico de denunciar a autoridade pública doença cuja notificação é compulsória"

Sobre este artigo a Resolução n° 1605/2000 do CFM disciplinou que:

Art. 2° – Nos casos do Art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

A Lei de Contravenções Penais ainda dita que é crime:

Art. 66 – Deixar de comunicar a autoridade competente:

II – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da Medicina ou outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal"

Como demonstrado, a regra é que o sigilo profissional se mantenha, exceto quando houver relevante interesse público e por decisão do Poder Judiciário, guardião dos direitos do cidadão.

No caso em pauta, diante do fato de ser uma autoridade administrativa que vem a requisitar informações, sem medida judicial adequada, e, ponderando-se que no presente caso não há um interesse maior em conflito, entendemos que deve prevalecer o sigilo do médico, não havendo porque se revelar os procedimentos realizados.

Para corroborar com esse entendimento, o Código Tributário Nacional dispõe na parte de Administração Tributária, no Capítulo sobre Fiscalização, a seguinte norma:

"Art. 197 – Mediante intimação escrita, são obrigados a prestar à autoridade administrativa todas as informações de que disponham com relação aos bens, negócios ou atividades de terceiros:

Parágrafo Único: A obrigação prevista neste artigo não abrange a prestação de informações quanto a fatos sobre os quais o informante esteja legalmente obrigado a observar segredo em razão de cargo, ofício, função, ministério, atividade ou profissão." (Grifo nosso).

Isto posto, a Receita Federal tem o direito de investigar as deduções realizadas no Imposto de Renda, contudo, no caso em epígrafe este direito estará limitado, devendo-se

comprovar a regularidade dos documentos apresentados por outros meios, uma vez que o direito do paciente de não ter revelado informações privadas suas prepondera sobre aquele da autoridade fiscal.

Por fim, resta dizer que o direito à privacidade é uma conquista do homem consagrada na sociedade atual, dando direito a este de se proteger da arbitrária e desnecessária invasão da sua intimidade, resguardando sua reputação, interesses morais e econômicos. Caso os procedimentos médicos sejam divulgados, a relação de confiança que existe entre médico e paciente e a privacidade deste estarão seriamente atingidas, sem que haja justa causa ou norma legal que permita isto.

Diante do exposto, o sigilo deve ser preservado exceto se ocorrer uma das hipóteses previstas na norma legal de dever legal, justa causa e a pedido expresso do paciente.

Portanto, o médico que forneceu o recibo relativo à assistência médica prestada, se instado diretamente pelo paciente não poderá se opor a fornecer, inclusive, relatório médico. Contudo, se instado pela Receita Federal poderá argumentar nos termos da norma mencionada."

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 8/4/2005.

TELEMEDICINA

PARECER 22/01

Assunto: Transmissão de parto na Internet e Boletins Médicos.

Relatora: Consa. Ceuci Lima Xavier Nunes.

Ementa: Comete infração ética, o médico que presta assistência a parto natural ou procedimento cirúrgico que será transmitido diretamente pela Internet ou qualquer outro veículo de comunicação de massa.

Para elaboração de boletins médicos a serem divulgados à população e à imprensa, o médico deve ater-se a informações técnicas e é necessária autorização formal do paciente ou do seu responsável.

A consulente protocola neste Conselho solicitação de parecer, com urgência, pois se diz responsável pelo acompanhamento pré-natal de uma paciente e que consultou sobre a possibilidade de transmissão direta do seu parto via Internet. Acrescenta que a paciente está prestes a fechar contrato com um provedor com este objetivo. Lembra que o interesse é unicamente da paciente e não da consulente.

Pleiteia também informações sobre como proceder à elaboração e divulgação dos boletins médicos referentes a mesma paciente.

RELATÓRIO

A divulgação de assuntos médicos pela Internet tem sido, e será cada vez mais freqüente, tendo em vista o crescimento deste veículo nos diversos segmentos da sociedade e dos benefícios trazidos aos próprios médicos, facilitando a sua atualização e também aos pacientes, que têm a possibilidade de se inteirar de informações anteriormente restritas aos compêndios e às revistas médicas.

A utilização de artistas famosos durante um período especial de sua vida, como a própria maternidade, são expedientes utilizados pela mídia em campanhas educacionais abordando assuntos médicos. Exemplos deste tipo de campanha podem ser lembrados como o auto-exame das mamas realizado pela atriz Cássia Kiss, veiculado nas televisões, a campanha em prol do aleitamento materno feita pela atriz Glória Pires e a utilização pelo CFM da atriz Malu Mader, em favor do parto normal ilustrando a campanha "NATURAL É PARTO NORMAL".

Abordando este tema tivemos acesso a dois documentos do âmbito dos conselhos, o primeiro originado do Conselho Federal de Medicina (Parecer n.º 63/99) e o segundo do Cremesp (MANUAL DE ÉTICA PARA SITES DE MEDICINA E SAÚDE NA INTERNET/ 2001).

O primeiro documento é de autoria do conselheiro José Abelardo Garcia de Meneses. Versa sobre o uso da Internet para divulgação de assuntos médicos. O autor relembra artigos do Código de Ética Médica, a Resolução CFM 1.036/80, e o Decreto-lei n.º 4.113/42. Da resposta, aprovada em 30/9/99, destacamos: "A rede mundial de computadores (Internet) tem, entre outras, algumas características específicas; a de não ter proprietário, não ter censura, ser de total acesso e também ser um caos um

pouco organizado ... Não pode ensejar dúvida que, em caso de abertura de Processo Ético Profissional por divulgação de assunto médico de forma ilegal, quem irá responder será o médico autor da divulgação, e não a empresa que ofereceu o espaço na Internet. Somente o médico (pessoa física) é passível de sofrer processo ético disciplinar, a pessoa jurídica (provedor) não poderá ser responsabilizada sob o viés da ética médica por qualquer irregularidade divulgada na Internet.

...

A utilização da rede mundial de comunicação para divulgação de assuntos médicos é desejável, apenas o médico responsável pela divulgação deve abster-se aos princípios dogmáticos da ética médica. Havendo dúvida sobre a abordagem de determinado tema, deve dirigir consulta específica ao Conselho Regional de Medicina no qual esteja inscrito."

O segundo documento já citado tem um item específico (4) sobre a TRANSMISSÃO DE IMAGENS: "Também é considerado procedimento antiético a transmissão de cirurgias, em tempo real ou não, em sites dirigidos ao público leigo, com a intenção de promover o sensacionalismo e aumentar a audiência.

A exposição pública de pacientes, através de fotos e imagens, é considerada antiética pelo Cremesp. Conforme o Código de Ética Médica (Art. 104) é vedado ao médico "fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos".

A exceção vale para o uso da Internet em Telemedicina, voltada à atualização e reciclagem profissional do médico, a exemplo das videoconferências, educação e monitoramento a distância. Nestes casos, devem existir mecanismos (senhas e outros dispositivos) que impeçam o acesso do público leigo às imagens ou informações, que só podem identificar o paciente mediante consentimento esclarecido do mesmo para este fim."

Vários artigos do Código de Ética devem ser considerados no caso em pauta, porém destacamos três, além do já citado no documento do Cremesp:

É vedado ao médico:

Artigo 102 – 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.

Artigo 131 – Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Artigo 132 – Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Além destes, vale citar o Art. 8º da Resolução CFM nº 1.036/80:

“Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, deve o médico evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

§ 1º – Entende-se por autopromoção, quando o médico, por meio de entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações, procura beneficiar-se, no sentido de angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusivamente métodos diagnóstico e terapêutico e auferir lucros.

§ 2º – Entende-se por sensacionalismo:

a – a utilização pelo médico de meios de comunicação para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico para sua ampla utilização;

b – modificação de dados estatísticos, visando beneficiar a instituição que representa ou integra;

c – apresentação em público de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;

d – participação em anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza;

e – trazer a público informações que causem intranquilidade. “

CONCLUSÃO

1ª Questão

Não conseguimos observar no pleito da paciente nenhum propósito de esclarecimento ou educacional para a sociedade, pelo contrário parece-nos que o objetivo é meramente financeiro e promocional.

Assim sendo, o médico que prestar assistência a um parto, seja este normal ou qualquer procedimento cirúrgico, que será transmitido pela Internet ou qualquer outro veículo de comunicação de massa, cujo objetivo transcende o esclarecimento ou educação à população, comete infração ética passível de procedimento disciplinar no âmbito dos conselhos de Medicina.

2ª Questão

Quanto à divulgação dos boletins médicos a serem elaborados sobre o estado de saúde da paciente, visando ao esclarecimento da população e da mídia, é necessário a autorização formal da mesma ou do seu responsável legal e deverá conter exclusivamente informações técnicas.

É o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 18/9/2001.

PARECER 23/02**Assunto:** Telemedicina.**Relator:** Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Telemedicina. Teleconsulta. Consulta em Conexão Direta. Teleassistência. Televigilância. Telediagnóstico e Medicina a Distância.

Só é admissível a teleconsulta entre médicos, após a obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente ou do seu responsável legal.

Tanto o médico consulente quanto o médico consultor devem confeccionar prontuários.

Na hipótese de dano ao paciente atendido nestas circunstâncias, há a possibilidade de responsabilidade solidária.

Deve ser garantido o sigilo e a privacidade das informações transmitidas e recebidas.

Devem ser asseguradas a estrutura física e a qualidade dos recursos tecnológicos adequados para a transmissão, recepção e guarda dos dados dos pacientes.

O médico consultado só deve opinar quando a qualidade das informações recebidas forem confiáveis e de boa qualidade.

Admite-se a consulta em conexão direta, excepcionalmente em situações extremas, quando o paciente não tem a possibilidade de acesso a um médico, prevalecendo o princípio da beneficência.

O médico deve avaliar os riscos e incertezas das informações passadas por quem não está habilitado e não dispõe de preparo para tal ofício.

EXPOSIÇÃO

O consulente solicita fiscalização de suas atividades na prática denominada Telemedicina, através do Sistema de Exames a Distância via Fax (Sed-Fax), desenvolvidas em Cardiologia e Saúde Ocupacional. Relaciona a seguir sete atividades em Telemedicina:

- 8) Teleconsultas em emergências.
- 9) Eletrocardiografia.
- 10) Avaliação de Marca-Passo.
- 11) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter de 24 horas).
- 12) Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (Mapa de 24 horas).
- 13) Unidade Intermediária para Gestantes Especiais.
- 14) Saúde Ocupacional (Avaliação Cardiológica em Exames Pré-Admissionais, Periódicos, Demissionais e Especiais).

Solicita, finalmente, autorização para o exercício da Telemedicina.

PARECER

Existem quatro documentos que merecem ser citados por suas propriedades e que devem ser anexados a este parecer:

- 5) DECLARAÇÃO DE TEL AVIV SOBRE RESPONSABILIDADE E NORMAS ÉTICAS NA UTILIZAÇÃO DA TELEMEDICINA, adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Israel, em outubro de 1999.
- 6) PARECER CFM nº 36/02, aprovado em 7 de agosto de 2002.
- 7) RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/2002, que define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.
- 8) PARECER Cremeb Nº 38/02, aprovado em sessão plenária, de 17 de setembro de 2002.

Devido a implantação da prática da Medicina a distância e ao vácuo nas normas éticas quanto a esta revolução na *praxis*, o Conselho Federal de Medicina aprovou em 7 de agosto de 2002 a Resolução nº 1.643/2002 que define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina, *in verbis*:

“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, ...

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 infraestrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer as 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 da relação dos médicos que 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.”

O primeiro documento deontológico versando sobre a matéria (divulgação de assunto médico na rede mundial de computadores) data de 1999, vindo a ser o Parecer CFM nº 63/99, cuja ementa nos orienta, *in verbis*: “Não constitui delito ético a divulgação de assunto médico na Internet, desde que feita nos ditames do Código de Ética Médica e em obediência às normas previstas na Resolução CFM nº 1.036/80 e no Decreto-Lei nº 4.113/42.”

Noutro passo, o egrégio Conselho Federal de Medicina nos traz o Parecer nº 36/2002 com a seguinte ementa: “O documento *“Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina”*, aprovado em assembléia da Associação Médica Mundial, deve ser adaptado à realidade nacional mediante resolução em definitivo. Além disso, toda empresa voltada para atividades na área da Telemedicina deverá inscrever-se no Cadastro de Pessoa Jurídica do Conselho Regional de Medicina, com indicação de seu respectivo responsável técnico.”

O assunto é tão palpitante e revolucionário que mereceu destaque na Revista Bioética do CFM, volume 8, nº 1/2000, na qual os seus editores dedicaram o capítulo SIMPÓSIO ao tema TECNOLOGIA E MEDICINA, em cujas páginas 119 e 120 encontramos o seguinte:

“Recomenda-se, segundo as Normas Éticas de Utilização da Telemedicina da Associação Médica Mundial, que se promovam programas permanentes de formação e avaliação das técnicas de Medicina a distância, no tocante à qualidade da relação médico-paciente, sua eficácia e custos; que se elaborem e implementem, junto com as organizações especializadas, normas de exercício capazes de serem usadas como instrumento na formação de médicos e de outros profissionais de saúde capazes de utilizar a Telemedicina; que se fomente a criação de protocolos padronizados; que se incluam os problemas médicos e legais nos programas de teleassistência, como a qualificação dos médicos destes recursos, a forma de responsabilidade ética e legal dos profissionais envolvidos e a obrigação da elaboração dos prontuários médicos; e que se estabeleçam normas para o funcionamento adequado das teleconsultas, onde sejam incluídas as questões ligadas à comercialização e exploração destes sistemas.

Em face do exposto, fica evidente que a Telemedicina está em fase de franca expansão e muito necessita de ser estruturada e regulada, notadamente no que diz respeito às suas implicações éticas e legais. Não acreditamos que a velha fórmula da Medicina tradicional venha a ser de todo superada, mas com certeza a teleassistência será uma ferramenta a mais para o médico, no futuro, vencer as distâncias e estabelecer propostas mais objetivas de acesso a procedimentos de alta complexidade em favor de comunidades hoje ainda tão desassistidas.

Vencida a euforia de muitos e superados alguns obstáculos que ainda persistem, principalmente ligados à relação médico-paciente, a experiência vem demonstrando que em certas especialidades a contribuição será bem efetiva, sem, contudo, deixar de enfatizar que este método deve ser opção quando não houver condições de exercer a Medicina nos seus padrões habituais. E mais: nem todas as comunidades, nem todo cidadão têm condições de adquirir os equipamentos de alta definição e as vias de transmissão de alta velocidade.

A relação física médico-paciente necessita ser melhor regulada, entendendo-se que entre eles vai existir a presença da máquina e que o sigilo das informações recebidas e transmitidas deve ser mantido por mecanismos de total segurança, pois os prontuários eletrônicos dos assistidos não podem ser devassados, tendo em vista o respeito e a garantia da privacidade. Lamentavelmente, o sistema de informações criptografadas é inúmeras vezes mais inseguro que os baseados nas velhas fichas e papéis.

Finalmente, já sabemos que a tecnologia de que dispomos atualmente permite, por via telefônica ou por meio de sinais de rádio digitalizado, canalizar, via satélite, uma boa recepção de imagens audiovisuais de uma radiografia escaneada, enviar uma ecografia ou um eletrocardiograma até um vídeo a distância, viabilizar uma consulta entre dois médicos em continentes diferentes, auscultar um coração e invadir uma cavidade no recôndito do corpo humano.

Resta, tão-só, entender que, mesmo diante de tantos recursos e de tanta necessidade na expansão da assistência médica às comunidades mais desarrimadas, deverá sempre existir o cuidado de se regular por normas de conduta que respeitem a dignidade do paciente e permitam entender que a presença física do médico junto a ele é uma prática dificilmente substituível."

Curiosa é a posição do Sr. José Luiz Rossi, diretor geral da IBM Business Consulting Services, em seu artigo "Medicina Moderna e Tecnologia da Informação". Mesmo considerando não estar comprometido com a ética médica, o Sr. Rossi afirma, *in verbis*: "(...) A Telemedicina é uma alternativa valiosa para estender às regiões menos favorecidas uma cobertura de qualidade. (...) A facilidade de se obter uma segunda opinião médica através de videoconferência e a transmissão de imagens médicas para avaliação diagnóstica e terapêutica são algumas de suas grandes vantagens. Apesar do ganho na qualidade médica, a principal dificuldade para sua implantação mais ampla está no elevado custo." (Grifos nossos).

O consulente informa que tem realizado a teleconsulta somente em emergências, citando o item 5.1 da Declaração de Tel Aviv; que a Unidade Intermediária para Gestantes Especiais está de acordo com o item 5.2; que o Sed-Fax (Sistema de Exames a Distância via FAX) demonstrou ser mais vantajoso do que a Internet, em trabalhos apresentados em congresso (item 5.3); e assegura 100% de confiabilidade no levantamento de avaliação à distância de 300 marca-passos cardíacos com dados enviados por um técnico (item 15).

Vejamos o que nos diz o referido documento da Associação Médica Mundial sobre responsabilidade e normas éticas na utilização da Telemedicina, nos itens citados na consulta:

5) A possibilidade de que os médicos utilizem a Telemedicina depende do acesso à tecnologia, e este não é o mesmo em todas as partes do mundo. Sem ser exaustiva, a seguinte lista descreve os usos mais comuns da Telemedicina no mundo de hoje.

5.1 - Uma interação entre o médico e o paciente geograficamente isolado

ou que se encontre em um meio que não tem acesso a um médico local. Chamada às vezes teleassistência, este tipo está em geral resstrito a circunstâncias muito específicas (por exemplo, emergências).

5.2 - Uma interação entre o médico e o paciente, onde se transmite informação médica eletronicamente (pressão arterial, eletrocardiogramas etc.) ao médico, o que permite vigiar regularmente o estado do paciente. Chamada às vezes televigilância, utilizada com mais frequência para pacientes com enfermidades crônicas, como a diabetes, hipertensão, deficiências físicas ou gestação difícil. Em alguns casos, pode-se proporcionar uma formação ao paciente ou a um familiar para que receba e transmita a informação necessária. Em outros, uma enfermeira, tecnólogo médico ou outra pessoa especialmente qualificada pode fazê-lo para obter resultados seguros.

5.3 - Uma interação onde o paciente consulta diretamente o médico, utilizando qualquer forma de telecomunicação, incluindo a Internet. A teleconsulta ou consulta em conexão direta, onde não há uma presente relação médico-paciente nem exames clínicos, e onde não há um segundo médico no mesmo lugar, cria certos riscos. Por exemplo, incerteza relativa à confiança, confidencialidade e segurança da informação intercambiada, assim como a identidade e credenciais do médico.

...

15. Quando pessoas que não são médicas participam da Telemedicina, por exemplo, na recepção ou transmissão de dados, vigilância ou qualquer outro propósito, o médico deve assegurar-se que a formação e a competência destes outros profissionais de saúde sejam adequadas, a fim de garantir uma utilização apropriada e ética da Telemedicina.

CONCLUSÃO

A Telemedicina admite vários termos: Teleconsulta, Consulta em Conexão Direta, Teleassistência, Televigilância, Telediagnóstico e Medicina a Distância, utilizando recursos tecnológicos, tais como o telefone, o fax, a videoconferência e a Internet, visando ao benefício dos pacientes, especialmente àqueles que não dispõem de acesso aos especialistas ou quando a atenção básica for hipossuficiente ou inexistente.

Apresentados os documentos que regem a matéria cabe-nos responder ao consulente que os conceitos atuais só admitem a teleconsulta entre médicos; que o paciente seja esclarecido e dê o seu consentimento para o procedimento; que ambos os médicos confeccionem prontuários, posto que na hipótese de dano ao paciente atendido nestas circunstâncias, tanto o consulente quanto o consultor poderão ser responsabilizados; que seja garantido o sigilo e a privacidade das informações transmitidas e recebidas; que sejam asseguradas a estrutura física e a qualidade dos recursos tecnológicos adequados para a transmissão, recepção e guarda dos dados dos pacientes; que o médico consultado só opine quando a qualidade das informações recebidas forem confiáveis e de boa qualidade; e que se admite a consulta em conexão direta excepcionalmente em situações extremas, quando o paciente não tem a possibilidade de acesso a um médico,

prevalecendo o princípio da beneficência, relevando-se neste ponto os riscos e incertezas das informações passadas por quem não está habilitado e não dispõe de preparo para tal ofício.

Enfim, não devemos condenar a tecnologia, apenas devemos reformar paradigmas, utilizando os avanços científicos com critério e em benefício dos pacientes, jamais relegando a planos inferiores o contato humano, fundamental para a prática médica, sendo inadmissível a transformação de máquinas em especialistas.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 6/6/2002.

PARECER 38/02**Assunto:** Telemedicina.**Relator:** Cons. Marco Aurélio de M. Ferreira.

Ementa: A telemedicina é um procedimento médico ainda em fase de desenvolvimento, necessitando ser regulamentado, em nosso meio, em face de suas implicações éticas e legais. Ainda assim, a experiência tem demonstrado suas contribuições efetivas, especialmente na área de cardiologia clínica, ao permitir uma opção eficaz, principalmente no caso em pauta, quando, em pequenas cidades do interior, afastadas de grandes centros, não se dispõe de condições ideais para a prática médica.

O consultante, sócio de empresa especializada na prestação de serviços através da utilização de recursos de telemática, solicita do Cremeb opinar quanto aos aspectos éticos desta prática, destacando que suas atividades se prendem ao fornecimento de laudos de ECG e emissão de segunda opinião quanto ao tratamento a ser adotado perante as anormalidades observadas.

A Telemedicina pode ser definida como um ramo da prática médica que, através do uso de recursos da informática e da transmissão remota de dados biomédicos, permite a realização de diagnósticos, monitorização de pacientes ou ainda orientações terapêuticas e didáticas, dentre outras utilizações.

Suas primeiras aplicações se verificaram na década de 60, com o início das missões Mercury, da Nasa que exigiam a monitorização contínua dos astronautas em órbita. Expandiu-se com o acelerado desenvolvimento da Internet, com a queda dos preços dos microcomputadores e estações de trabalho de alto desempenho e alta velocidade, como ocorre com os sistemas de telecomunicação digital aplicando fibras óticas.

Dentre os diversos sistemas telemédicos que permitem um suporte confiável, destaca-se o cardiotelefone. Objeto de extensa experimentação em uso prático em vários países desenvolvidos, consiste de um transmissor digital de doze canais por via telefônica, convencional ou celular, que colhe e envia o traçado do ECG, em tempo real, para um centro especializado onde também se dispõe do equipamento adequado, o qual permite, através de um canal de voz bidirecional, orientar o diagnóstico e a conduta terapêutica ao solicitante. Por ser portátil, pode ser utilizado o transmissor por médicos em ambulâncias, em empresas, atendimentos domiciliares etc.

Uma das mais avançadas aplicações em Telemedicina foi desenvolvida na Itália com a utilização de equipamentos de hemodiálise adaptados, os quais, locados na residência do paciente, permite o controle automático de todas as funções do dialisador, além da transmissão, via telefônica, dos parâmetros do equipamento e do paciente como temperatura, pressão arterial, mau funcionamento dos componentes, heparinização, fluxo etc. Este sistema, embora bastante complexo, mostrou-se capaz de promover significativas reduções de custo em um procedimento que se tem revelado dos mais onerosos num sistema de saúde.

No Brasil, há alguns anos, houve uma aplicação didática da Telemedicina, quando, em São Paulo, o Prof. Adib Jatene conduziu uma cirurgia de substituição de válvula aórtica acompanhada simultaneamente por uma platéia diversificada e distribuída por todo o território nacional, atenta às explicações sobre a técnica cirúrgica, tipos de válvulas etc.

Quanto aos aspectos éticos, importa, a princípio, manter-se o foco na premissa de se garantir o respeito à dignidade do paciente, entendendo-se que a presença física do médico perante o ser humano doente será dificilmente prescindível.

Assim sendo, em outubro de 1999, a Declaração de Tel Aviv sobre Responsabilidades e Normas Éticas em Utilização de Telemedicina, estabelece, em 28 itens, alguns conceitos sobre o assunto, dos quais destacamos:

Item 3 – A Associação Médica Mundial reconhece que, a despeito das conseqüências positivas da Telemedicina, existem muitos problemas éticos e legais, especialmente ao alterar alguns princípios tradicionais que regulam a relação médico-paciente.

Item 5.3 – A teleconsulta, ou consulta em conexão direta, onde não há uma efetiva relação médico-paciente nem exames clínicos e onde não há um segundo médico no mesmo lugar, cria os riscos derivados da incerteza relativa à confiança, confidencialidade e segurança da informação intercambiada, bem como quanto à identidade e credenciais do médico.

Item 6 – Independentemente do sistema de Telemedicina utilizado, os princípios da ética médica, a que está submetida mundialmente a profissão médica, nunca devem ser comprometidos.

Item 7 – Como em todos os campos da Medicina, a relação médico-paciente deve basear-se no respeito mútuo, na independência de opinião do médico, na autonomia do paciente e na confidencialidade profissional. É essencial que o médico e o paciente possam identificar-se com confiança quando se utiliza a Telemedicina.

Item 10 – Numa emergência em que se utilize a Telemedicina, a opinião do médico pode basear-se em informações incompletas, porém, nestes casos a urgência da situação será o fator determinante para se empregar uma opinião ou um tratamento. Nesta situação excepcional, o médico é legalmente responsável por suas decisões.

Item 11 – O médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza ou recomenda a Telemedicina para seu paciente. A decisão de usar ou recusar a Telemedicina deve basear-se somente nos benefícios ao paciente.

Item 13 – O médico que pede a opinião de outro colega é responsável pelo tratamento e por outras decisões e recomendações dadas ao paciente. O médico consultado não está obrigado a participar se não tiver o conhecimento, a competência ou informações suficientes para emitir uma opinião bem fundamentada.

Item 15 – Quando pessoas que não-médicas participam da Telemedicina, por exemplo, na recepção ou transmissão de dados, o médico deve assegurar-se que a formação e a competência destes outros profissionais sejam adequadas, a fim de garantir a utilização apropriada e efetiva da Telemedicina.

Item 17 – As regras correntes do consentimento e confidencialidade do paciente, também se aplicam às situações da Telemedicina. A informação sobre o paciente só pode ser transmitida ao médico ou outro profissional de saúde se isso for permitido pelo paciente com seu consentimento esclarecido. A informação transmitida deve ser pertinente ao problema em questão, tendo o médico a obrigação de assegurar a aplicação de todos os meios de segurança estabelecidos para proteger a confidencialidade do paciente.

Item 18 – O médico que utiliza a Telemedicina é responsável pela qualidade da atenção fornecida ao paciente, e não deve optar pela teleconsulta, salvo ausência de outras possibilidades, e, ainda assim, considerando todas as circunstâncias envolvidas.

Item 23 – Todos os médicos que utilizam a Telemedicina devem manter prontuários clínicos adequados dos pacientes, documentando devidamente todos os aspectos de cada caso, fazendo-se o possível para assegurar a durabilidade e exatidão das informações arquivadas.

Item 26 – A Telemedicina é um campo promissor para o exercício da profissão e a formação neste campo deve ser parte da educação médica básica e continuada. Devem-se oferecer oportunidades a todos os médicos e outros profissionais de saúde interessados no assunto.

O nosso consultante detalha que seus registros constam de mais de 60 mil eletrocardiogramas recebidos de postos de saúde e hospitais de pequenas cidades do interior, cujos laudos são enviados via fax em questão de minutos. Sob este aspecto, não podemos observar qualquer ilicitude ética.

Entretanto, informa também que, se verificando anormalidades importantes, como, infarto do miocárdio, arritmias graves etc., a equipe faz contato com o remetente dos dados e, diretamente ao médico plantonista, fornece informações adicionais quanto ao tratamento ou pode também fazê-lo quando procurada pelo médico em busca de uma segunda opinião, notadamente quanto se refere a ECGs solicitados para fins pré-operatórios.

Estas últimas circunstâncias, bastante diferenciadas da simples transmissão de um laudo eletrocardiográfico, devem merecer muito mais atenção do profissional médico, que deverá sempre manter-se atento às inúmeras variáveis que envolvem o assunto como, p.ex., garantir a boa qualidade da recepção dos informes transmitidos, ter absoluta segurança das circunstâncias clínicas que envolvem o paciente e que são passíveis de desencadear maus resultados (interação entre drogas, p.ex.), assegurar-se da viabilidade da aplicação das medidas terapêuticas recomendadas, a presença de patologias coadjuvantes, dentre outras.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 17/9/2002.

TERAPIAS HOLÍSTICAS

PARECER 10/04

Assunto: Esclarecimento sobre Terapias Holísticas.

Relatora: Consa. Nedy Maria Branco Cerqueira Neves.

Ementa: A prática de atividades conhecidas como “terapias holísticas” não podem ser vistas como tratamento médico, sendo vedado ao profissional da medicina a elas recorrer com finalidade terapêutica, de cura ou reabilitação.

CONSULTA:

As consulentes fazem as seguintes arguições:

“Solicitamos deste Conselho esclarecimentos sobre terapias holísticas. Nosso questionamento referem-se a: tais atividades são vistas como tratamento médico? O respectivo profissional deve ser um médico?”

PARECER:

O Processo Consulta CFM n° 4.927/00, solicitado pelo Conselho Federal de Psicologia, emanado pelo eminente Cons. Oliveiros Guanais conclui que: “..... as Terapias Holísticas são destituídas de caráter científico, não devendo haver estímulos facilitadores para sua expansão no meio social, principalmente se levarmos em conta que são as pessoas humildes e de baixo conteúdo cultural as que se tornam mais vulneráveis às influências e aceitação desses tipos de mensagens”.

A ementa gerada por esta consulta diz o seguinte: “A terapia que se intitula Holística não tem base científica e por isso não deve ser legalizada para ser posta ao alcance da população (aprovado em sessão plenária, em 14/9/01)”.

A Resolução do CFM n° 1.499/98 resolve:

Art. 1° – Proibir aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não-reconhecidas pela comunidade científica.

Art. 2° – O reconhecimento científico, quando ocorrer, ensejará resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no País.

Art. 3° – Fica proibida qualquer vinculação de médicos e anúncios referente a tais métodos e práticas”.

As técnicas conhecidas como “Terapias Holísticas”, não são reconhecidas atualmente, não tendo respaldo ético para sua prática, não devendo ser utilizadas pelos médicos.

O Processo Consulta CFM n° 566/2001, solicitado pela Associação Médica Homeopática Brasileira, exarado pelo Cons. Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, gerou a seguinte ementa: “Fazer diagnósticos de enfermidades ou prescrever tratamento sem ser médico configura charlatanismo, curandeirismo ou exercício ilegal da Medicina”.

Na análise deste parecer propõe que: “As expressões “terapêutica holística”, “medicina alternativa” e outras semelhantes ou análogas encobrem o claro propósito de invadir o terreno médico e substituir o trabalho dos que exercem legalmente a Medicina. Em primeiro lugar, deve-se considerar que a terapêutica, qualquer que seja, pressupõe prévio diagnóstico de uma enfermidade, uma condição mórbida que afete uma pessoa, que deve ser tratada. As terapêuticas, todas e qualquer uma, sempre estão destinadas a tratar alguém danosamente afetado por uma condição que possa ser genericamente denominada como enfermidade, doença, condição patológica, entidade clínica ou algo semelhante. E diagnosticar estas condições clínicas é trabalho médico. Indicar procedimentos terapêuticos para uma pessoa enferma, também.”

CONCLUSÃO

Desta sorte, não restam dúvidas de que as Terapias Holísticas não estão corroboradas no conhecimento científico atual, havendo disposição expressa do egrégio Conselho Federal de Medicina, antes transcrita, vedando ao médico a utilização de práticas não-reconhecidas pela comunidade científica.

Também segundo entendimento do CFM, manifestado em parecer da lavra do Cons. Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, aprovado em sessão plenária, de 9 de janeiro de 2002, é impossível tratar uma enfermidade sem previamente diagnosticar, e considerando que o tratamento de um enfermo enseja conseqüentemente a realização de um diagnóstico e sendo tal ato privativo do médico, a utilização de Terapias Holísticas constituiria-se como prática ilegal da Medicina. Assim, a terapêutica holística enseja o diagnóstico, que é ato exclusivo da competência médica.

Em que pese tal posicionamento, o que verificamos na prática é uma proliferação de tratamentos holísticos, não tendo este Regional nem o próprio Conselho Federal de Medicina conseguido conter tal avanço, não podendo impedir a prática de tais atos por profissionais não-médicos, considerando que sua área de competência esta restrita aos médicos legalmente habilitados.

Concluimos que a Terapia Holística não tem base científica, não é considerada tratamento médico, nem é legalizada, portanto não deve ser adotada por médicos.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 5/3/2004.

PARECER 36/06

Assunto: Projeto de Terapias Holísticas em Hospital Público.

Relator: Cons. Domingos Macedo Coutinho.

Ementa: É vedado aos médicos a prática de terapias não-reconhecidas pela comunidade científica.

PARECER CONSULTA

Através de ofício, solicita o parecer "... quanto ao contido no processo referente ao Projeto das Terapias Holísticas...", que deseja ver implantado nas unidades hospitalares e postos de saúde da rede pública do Estado da Bahia.

Encaminhando o original do referido processo tem-se que o mesmo tem por objetivo a análise e apreciação da proposta de implantação do referido projeto de terapias holísticas consistente na integração dentre a Medicina convencional e os princípios das terapias naturais, abrangendo a utilização da cromoterapia, prescrição de florais, toque terapêutico, reflexologia auricular e trilhas ao ar livre, além de palestras, encontros e convivências e tendo como destinatários os próprios funcionários, pacientes usuários do serviço hospitalar e seus acompanhantes.

Observa-se no bojo do referido processo um parecer emitido após entrevista com a consultante, no qual se aborda tópicos como: custeio do projeto e fonte de pagamento; prescrição de Florais de Bach com ou sem o consentimento do médico assistente; credenciamento da atividade etc.

A propósito da consulta elaborada, temos que assinalar, inicialmente, que, genérica como o é e sem trazer contornos definidos para o seu objeto, simplesmente solicitando a consultante um parecer deste Creneb com relação ao conteúdo do processo não nos permite precisar a finalidade e alcance que deseja obter a requerente com o opinativo pleiteado.

Ainda assim, guiando-me pela razoabilidade e atendo-me à esfera de competência que detêm os conselhos de Medicina para disciplinar o exercício profissional de seus jurisdicionados – a classe médica –, temos as seguintes considerações a serem colocadas:

- a) Os conselhos de Medicina, conforme Artigo 2º da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, 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 ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;
- b) Foge à competência dos conselhos de Medicina qualquer forma de intervenção na prática de atividades não-privativas do médico, quer seja credenciado, ainda que, no senso comum, sejam elas vistas como uma forma de terapia;
- c) Seguindo tal premissa, não cabe aos conselhos de Medicina regular a

prática de terapias não-reconhecidas pela comunidade científica (RESOLUÇÃO CFM nº 1.499/1995) e que se situam à margem as atividades tidas como privativas da Medicina ou especialidades médicas – não se entrando no mérito da eficácia em si da terapia –, estando vinculada tão-somente aos critérios de conveniência e oportunidade da administração pública, observadas, por certo, as normas de controle sanitário geridas pelas autoridades competentes;

- d) Entretanto, considerando o incremento de tais atividades – no caso específico da prescrição de Florais de Bach – em ambiente hospitalar onde, por excelência, se desenvolve a atividade médica, defendemos o entendimento que a sua utilização não guarda respaldo ético ante a ausência de manifestação do Conselho Federal a respeito, bem como tratando-se os ditos florais de preparados à base de flores silvestres, com concentração discutível, que não gozam sequer do status de medicamento fitoterápico, devendo, por esta razão, ser evitada qualquer intervenção dos médicos que importe na prescrição dos mesmos – anexo Parecer Consulta Cremesp nº. 24.668/95.

É o PARECER.

APROVADO EM 5/9/2006.

TERMO DE CONSENTIMENTO

PARECER 41/03

Assunto: Termo de Consentimento para realização de Transplante de Medula Óssea.

Relatora: Maria Ermecília Almeida Melo.

Ementa: Os doadores e receptores de órgãos ou tecidos só poderão ser submetidos aos procedimentos após consentimento esclarecido. o termo de consentimento não exime o médico da sua responsabilidade profissional.

PARECER

O consulente solicita apreciação dos termos de consentimento do receptor e doador para transplante de medula óssea.

Alguns pontos são relevantes para colocarmos a respeito do consentimento informado. Os doadores e receptores de órgãos ou tecidos só poderão ser submetidos aos procedimentos após consentimento expresso, após aconselhamento, realizado de maneira clara, tecnicamente detalhadas e minuciosas, com informações corretas, honestas e compreensíveis. Conforme o Artigo 72, do CEM, o qual transcrevo “é vedado ao médico deixar em caso de transplante de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos”.

O Artigo 46 do CEM, a respeito de procedimentos médicos coloca que é vedado ao médico "efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo à vida".

Os termos de consentimento aqui apresentados atendem às prerrogativas estabelecidas no nosso CEM.

Sugerimos apenas que no termo de consentimento para doação, no 1º parágrafo, seja retirado o tipo de anestesia, pois trata-se de procedimentos de outra especialidade.

E que os termos técnicos citados em ambos os termos de consentimento sejam escritos em linguagem acessível e adaptada a cada tipo de paciente.

No entanto, precisamos esclarecer que o termo de consentimento não descaracteriza a responsabilidade do médico. E com relação ao paciente, ele tem o direito de revogar o seu consentimento antes do procedimento cirúrgico, a qualquer tempo, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 26/8/2003.

PARECER 49/03**Assunto:** Termo de Consentimento.**Relator:** Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Para que seja reconhecido legalmente é necessário que o termo de consentimento ou termo de responsabilidade descreva as práticas médicas indicadas em linguagem clara, objetiva e acessível ao paciente, ou seu representante legal.

O documento deve prever a sua renovação e revogação, sem que com isto haja constrangimento para o médico e o paciente; não pode ser entendido como excludente de responsabilidade; não pode ser discriminatório, nem limitar o direito do paciente a assistência à saúde.

O consentimento deve ser manifestação livre e só deve ser obtido após serem esclarecidos os pontos colocados.

EXPOSIÇÃO

O consulente solicita posicionamento do Cremeb sobre o Termo de Responsabilidade a ser adotado na instituição onde exerce o cargo de presidente da Comissão de Ética Médica, nestes termos:

- “1 – Este Termo de Responsabilidade tem valor e respaldo legal?
- 2 – Este Termo de Responsabilidade fere o Código de Ética Médica?
- 3 – Este Termo de Responsabilidade vai de encontro ao que preceitua os Direitos Humanos?”.

O documento sob análise apresenta no cabeçalho a identificação da referida instituição de atendimento à saúde e em seguida, *in verbis*:

“TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo o CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL ... A PRATICAR OPERAÇÕES, ANESTESIA, TRANSFUSÃO, EXAMES DE ÓRGÃOS, TECIDOS OU QUALQUER EXAME (EM): ...

DESDE QUE OS MÉDICOS JULGUEM NECESSÁRIOS A BEM DO PACIENTE OU DO INTERESSE CIENTÍFICO.”

PARECER

A mudança na cultura da relação médico-paciente, experimentada por ambos os atores, ressalta a responsabilidade como via de mão dupla. A adoção do termo de consentimento ou termo de responsabilidade é uma tendência no mundo civilizado neste novo século, sendo objeto de várias discussões na categoria médica e debates entre os operadores do direito.

Embora seja de aplicação recente o direito à informação, é mandamento contido na Declaração Universal dos Direitos do Homem, havendo previsão legal no capítulo Dos

Direitos e Deveres Individuais e Coletivos da Constituição Federal de 1988. Neste mesmo viés há dispositivos éticos previstos no Capítulo IV, dos Direitos Humanos, no Código de Ética Médica brasileiro, cominado com o Artigo 56 do mesmo diploma.

Visa ao termo de consentimento esclarecido ou pós-informado obter a autorização do paciente, ou do seu responsável legal, para os procedimentos propedêuticos e terapêuticos a serem aplicados, respeitando o princípio da autonomia, consagrado por bioeticistas, doutrinadores da ética médica e por atos jurisprudenciais. Cuidado especial deve ser dado quando o ato médico for revestido também de pesquisa em seres humanos, quando este termo de consentimento deve respeitar o que está estabelecido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e no capítulo XII, Pesquisa Médica, do Código de Ética Médica. Para que alcance o seu objetivo, é indispensável que o termo de consentimento seja objetivo, descrito em linguagem clara e acessível, e que sejam esclarecidos todos os pontos colocados pelo agente que o solicita a quem irá assiná-lo. Deve caracterizar-se ainda por ser um consentimento livre, portanto espontâneo e sem interferência de quem tenha interesse em obtê-lo, renovável, ou seja, não deve ser perene, e revogável, não devendo causar constrangimento de qualquer ordem ao médico e ao paciente ou seu representante legal. É oportuno ressaltar que o documento não pode ser entendido como excludente de responsabilidade, não pode ser discriminatório, nem limitar o direito do paciente a assistência à saúde, inclusive o direito ao internamento em instituição pública ou privada. Por outro lado, na hipótese da negativa para os métodos propostos, havendo conflitos que limitem o direito do médico ou da instituição, não havendo alternativas disponíveis à proposta inicial e não havendo risco iminente à vida, o paciente deverá ser encaminhado a outro profissional, ou a outra instituição, onde haja adequação aos seus interesses.

CONCLUSÃO

Respondendo ao consulente, temos que o “Termo de Responsabilidade” sob comento carece do cumprimento de princípios elementares, uma vez que é genérico, amplo e irrestrito, não esclarece sobre os atos médicos a serem empregados, portanto, não respeita o princípio da autonomia do paciente, e não prevê a possibilidade de sua renovação e revogação.

Consultando o site do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (<http://www.hcnet.usp.br/>), encontramos dois termos de responsabilidade para atendimentos de pacientes adultos e outro para atendimentos de crianças, que anexamos ao presente.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 24/10/2003.

PARECER 57/03

Assunto: Pronunciamento acerca do formulário de Consentimento Informado para Tratamento, Opções de Tratamento e Procedimentos de Insuficiência Renal Crônica.

Relatora: Maria Ermecília Almeida Melo.

Ementa: O consentimento informado assinado pelo paciente não exime o médico das suas responsabilidades ética e jurídica, se algum evento adverso vir acontecer. A autorização para os procedimentos médicos deve ser precedida de exaustivo esclarecimento ao paciente.

PARECER

O consulente solicitou a emissão de parecer com relação ao impresso de Consentimento Informado de Tratamento que vem sendo apresentado pelos médicos de Serviço de Nefrologia, localizado no Estado da Bahia.

O consentimento informado é um documento importante e tem por finalidade esclarecer ao paciente de forma clara e objetiva aspectos relacionados a sua doença, informando as vantagens e os riscos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Importante esclarecer ao consulente que nenhum procedimento (diagnósticos e terapêuticos) será imposto ao paciente sem o seu consentimento esclarecido, com exceção nas situações de risco iminente à vida. O consentimento informado assinado pelo paciente não exime o médico das suas responsabilidades ética e jurídica, se algum evento adverso vir acontecer.

O consentimento informado pode ser oral ou escrito, mas a forma escrita, principalmente, é a mais recomendável. Quando escrito, ou mesmo na exposição oral, o consentimento informado deve ser obtido através de uma linguagem acessível, adaptada a cada tipo de paciente. É conveniente que a explicação inclua, necessariamente, os benefícios advindos do tratamento proposto e os possíveis riscos. Compete ao médico informar ao paciente ou seu responsável, em linguagem simples, todos os aspectos que envolvem a sua doença e o tratamento, neste caso a terapia renal substitutiva(TRS).

O Código de Ética Médica sobre o tema em análise dispõe ser vedado ao médico:

“Art. 41 – Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

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

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

Art. 56 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo à vida.

Art. 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.”

O Dr. Neri Tadeu Câmara Souza, sobre o tema dispõe: “Todo consentimento informado apresenta-se, necessariamente, composto de um conteúdo em informações forne-

cidas pelo médico ao paciente, necessita que haja compreensão destas informações por parte do paciente, deve ser voluntária a decisão do paciente e esta deliberação do paciente tem que se expressar em um consentimento, uma aquiescência. A Confederação Médica Latino-Americana e do Caribe – Confemel, em sua 3ª Assembléia Ordinária, realizada na cidade de Santa Marta, na Colômbia, em 10 de dezembro de 1999, como parte da Declaração sobre a Responsabilidade Legal do Exercício da Medicina, estabelece que se promova como ação imprescindível ao exercício da Medicina, entre outras, a “Utilização sistemática do consentimento idôneo, e ante uma comunicação clara, acessível, respeitosa da autonomia do paciente”.....Trata-se de expor ao paciente as alternativas diagnósticas, terapêuticas e prognósticas de seu caso, de uma maneira que isto lhe seja compreensível. Mas convém, neste ponto, ressaltar o consentimento informado não descaracteriza, em hipótese alguma, responsabilidades profissionais por parte do médico... Cabe ao paciente escolher, dentre os tipos que lhe são ofertados pela moderna Medicina, qual o tratamento que mais lhe convém. Isto exige a prévia informação necessária do médico sobre estes tratamentos. O paciente é o legítimo dono daquilo sobre o qual estamos decidindo ...”

Algumas sugestões são necessárias com relação ao conteúdo do impresso anexado pelo consulente, :

- 1) Na página 2, refere-se às complicações decorrente do tratamento, como “desconforto e sintomas”, sugiro listar todas as complicações de forma clara e fazer referência aos percentuais encontrados para estas complicações. Por exemplo: complicações cardiovasculares: hipotensão arterial ocorre em 25% das hemodiálises intermitentes.
- 2) Esclarecer que as complicações técnicas podem ser devido a erro humano ou de equipamento. Exemplos: contaminação do sistema, ruptura das linhas venosas ou do capilar, coagulação do sistema e outras.
- 3) Citar as complicações metabólicas que podem ocorrer na hemodiálise: hipocalcemia, hipernatremia, hipercalcemia e hipoglicemia.
- 4) Na página 4, no parágrafo 4, quando se referir às modificações do tratamento, estas devem ser informadas e novamente autorizadas pelo paciente.
- 5) Esclarecer o parágrafo 5, pois de acordo com a portaria do MS é necessário ser especialista em nefrologia. A que médico assistente não-especializado se faz referência?
- 6) Informar no início do impresso as vantagens das modalidades do tratamento da terapia renal substitutiva (TRS).

Portanto, entendemos ser lícito ao médico ou instituição hospitalar utilizar termo de responsabilidade ou consentimento esclarecido. Neste caso específico, não vislumbramos irregularidades na utilização do termo de consentimento informado utilizado, desde que acompanhado de uma leitura conjunta pelo médico e paciente, quando serão concedidos ao paciente todos os esclarecimentos de forma a serem dirimidas todas as dúvidas.

Concluimos parabenizando os médicos do referido Serviço de Nefrologia por esta iniciativa e sugerimos dar conhecimento aos outros serviços de nefrologia do Estado da Bahia a seguir tal orientação.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 26/08/2003.

TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA

PARECER 28/02

Assunto: Transmissão de Hepatite C por Transfusão de Sangue.

Relatora: Consa. Ceuci de Lima Xavier Nunes.

Ementa: A transfusão sanguínea pode ser veículo de transmissão de doenças, inclusive a hepatite C, quando não são realizados os testes de triagem, sendo estes normatizados pelo Ministério da Saúde. Não se pode responsabilizar legal ou penalmente bancos de Sangue, por transmissão de doenças, cuja obrigatoriedade da realização do teste sorológico não constava de Portaria Ministerial que regulava a matéria à época dos fatos.

EXPOSIÇÃO

O consulente informa que em 1991 foi submetido a uma “cirurgia de esquistosomose” num hospital de Salvador e que, em 2001, descobriu ser portador de hepatite C. Solicita parecer sobre a existência de relação entre a transfusão realizada na aquela época e a hepatite C e se existe algum teste que comprove isto.

Sabidamente a transfusão sanguínea é uma forma de transmissão de várias doenças, entre estas a hepatite C. Entretanto, esta possibilidade torna-se cada vez menor devido a introdução de exames capazes de detectar as principais infecções transmitidas pelo sangue.

O vírus da hepatite C (VHC) tem como principal característica epidemiológica sua transmissão sanguínea, que pode se dar por transfusão de sangue ou derivados contaminados, uso de drogas por via endovenosa ou acidentes perfurocortantes. A transmissão sexual também pode ocorrer, porém em menor proporção que a hepatite B. Outra característica importante da hepatite C é a forma aguda usualmente assintomática, o que leva a um diagnóstico tardio da infecção na maioria dos casos.

O teste para a detecção do VHC foi introduzido na rotina nos bancos de sangue do Brasil a partir da Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993, que altera a Portaria nº 721/GM, de 9/8/89, que aprova normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências.

A fim de subsidiar este parecer solicitamos ao hospital onde foi realizada a transfusão a informação de qual o banco de sangue que atuava no hospital à época dos fatos. Fomos informados que desde 1985 o referido hospital trabalha com o mesmo banco de sangue. Ao banco de sangue solicitamos a data de introdução do teste para VHC na rotina do serviço e fomos informados que foi em 26/10/1993. Com estas informações, procuramos nos informar com dois outros bancos de sangue que atuam na cidade, um deles o Hemoba, e obtivemos a informação de que no Hemoba foi iniciada esta triagem em 10/11/92 e no outro em 1991, sem precisão da data.

A cirurgia motivadora da consulta ocorreu em 1991, época em que ainda não era normatizada pelo Ministério da Saúde a realização da triagem sorológica para o VHC.

CONCLUSÃO

Pelas características da infecção pelo VHC, cuja infecção aguda é geralmente assintomática, e por ser a principal via de transmissão a sangüínea, não podemos descartar a possibilidade desta aquisição ter ocorrido pela transfusão de 1991, entretanto existem outras formas de transmissão possíveis e que foram relatadas no corpo deste parecer. Não existe um único teste que possa comprovar esta transmissão. Como a normatização ministerial ocorreu cerca de dois anos após, o banco de sangue não tinha ainda obrigação legal de proceder esta testagem.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 23/7/2002.

PARECER 07/03

Assunto: Autorização prévia por parte de planos de saúde para transfusão sangüínea.
Relatora: Consa. Ceuci de Lima Xavier Nunes.

Ementa: A prescrição de transfusão sangüínea constitui um ato médico terapêutico e, portanto não pode ser obstado, salvo em situação de incontestável benefício ao paciente. Constitui infração ética a solicitação por empresas intermediadoras de serviços médicos de autorização prévia para este procedimento.

O consulente solicita parecer sobre a solicitação de autorização prévia, exigida por alguns planos de saúde, para utilização de sangue e hemoderivados em pacientes internados.

O uso de sangue e hemoderivados constitui um método terapêutico eficiente e muitas vezes indispensável para manutenção da vida, entretanto não é isento de riscos relacionados à transmissão de doenças, reações alérgicas e reações transfusionais. Sua indicação cabe a equipe médica que assiste o paciente, que o fará criteriosamente, pesando riscos e benefícios.

Diante disto a autorização prévia para administração de sangue é inconcebível do ponto de vista ético e contraria princípios éticos basilares da profissão médica, como a autonomia. O Código de Ética Médica, nos seus princípios fundamentais, Art. 16 diz: - 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.

Mesmo os médicos-auditores, que prestam serviços a empresas de intermediação de trabalho médico e que têm acesso ao prontuário médico garantido, têm suas limitações para obstar a terapêutica prescrita pelo médico assistente. Neste sentido, as resoluções Cremeb nº 242/99 e a Resolução CFM nº 1.614/2001 tratam deste assunto.

Resolução Cremeb Nº 242/99 - Art. 10: Vedar ao médico-auditor a modificação da terapêutica proposta pelo médico assistente, bem como indicar métodos prope-dêuticos para o paciente, salvo em situação de indiscutível conveniência para o mesmo, devendo neste caso comunicar imediatamente o fato ao médico assistente.

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

Resolução CFM nº 1.614/2001 - Art. 8º - É vedado ao médico em função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Concluímos, portanto, que a autorização prévia para a utilização de transfusão de sangue ou derivados não tem amparo ético.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 6/2/2003.

PARECER 13/04

Assunto: Consulta quanto ao modelo de consentimento pré-informado para prevenção de problemas de parto em testemunha-de-jeová.

Relatora: Consa. Maria Theresa de Medeiros Pacheco.

Ementa: Cumpre o seu dever ético e legal o médico que procede a transfusão de sangue em pacientes sob iminente perigo à vida.

DA CONSULTA:

Requer a consulente informação deste conselho Regional de Medicina em questionamento pouco esclarecedor, porque solicita “modelo de consentimento pré-informado para prevenção de problemas de parto em testemunha-de-jeová”.

DO PARECER:

Não existe especificamente à luz dos nossos códigos, tal “modelo” sobre o assunto.

Consultando o nosso corregedor sobre a necessidade de pedir melhor esclarecimento à consulente, disse-me que seria seguramente a respeito de transfusão de sangue em testemunhas-de-jeová e, dessa forma esclarecesse, o que faço a seguir.

É por demais conhecido entre médicos, profissionais de direito, religiosos de todas as crenças, inclusive adeptos da própria religião “Testemunhas de Jeová”, a indagação às dúvidas suscitadas e os esclarecimentos justificados.

A base bíblica para os seguidores da crença referida encontra-se no Gênesis, no Levítico, nos Atos dos Apóstolos que, segundo interpretações dos seus adeptos, proíbe a transfusão de sangue.

O Direito brasileiro é bem claro quando explicita sobre a situação, portanto, direito de quem quer que seja de decidir sobre si mesmo, o que significa que a pessoa não pode ser constrangida a aceitar qualquer conduta terapêutica, ainda que, na visão de terceiros, essa conduta vá beneficiá-la. É o princípio da Autonomia capitulado no Código de Ética Médica, em seus artigos 46 e 48, proibindo a realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos sem o prévio consentimento do paciente, o que redundaria em constrangimento ilegal, infringindo o Código Penal. Ocorre, entretanto, que no mesmo Artigo 46 está assinalada a exceção relativa a obrigatoriedade do dever do médico de proceder no paciente, o indicado, mesmo contra sua vontade, em iminente perigo à vida.

Juridicamente, a legislação vigente, através dos seus Código Penal, Civil e o Código de Ética Médica, rege a atuação da profissão médica.

O Art. 135, do Código Penal refere a omissão de socorro para os casos de não-atendimento ao paciente em outras circunstâncias e, em especial, às pessoas em estado grave e iminente perigo à vida, penalizando o infrator.

Ainda a infringência aos artigos 121 e 129 do mesmo Código Penal, sobre homicídio e lesões corporais, nas suas formas culposas podem levar o médico a responder por imprudência, imperícia ou negligência.

A seu turno, o Art. 159 do Código Civil faz referência ao ressarcimento do dano causado a um paciente por imperícia, imprudência ou negligência médicas.

Enfim, Srs. conselheiros, têm sido insistentemente expostos, orientações, comentários de nossas leis maiores, dos nossos tribunais, da ciência médica ética e jurídica do País a respeito do assunto explanado.

Aqui mesmo, neste Conselho, temos o judicioso parecer do Cons. Domingos Coutinho que, igual aos demais de sua lavra, apresenta excelente argumentação com a orientação e determinação conclusivas.

Terá o médico a conduta mais consentânea com pleno conhecimento do assunto e que, hoje, com discretas variantes filosóficas é a generalizada.

CONCLUSÃO

1ª) Se não há iminente perigo à vida, o médico atenderá a vontade do paciente ou de seus familiares.

Ao contrário, se estamos diante de iminente perigo à vida do paciente e o procedimento se impuser, é óbvio que nenhuma falta ética estará o médico cometendo em face do seu Código de Profissional de Medicina.

É este o entendimento em obediência à legislação constitucional do País.

Aos preclaros membros do Conselho Regional de Medicina para melhor apreciação.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 4/3/2004.

PARECER 38/07

Assunto: Pagamento de honorários para instalação de hemoderivados.

Parecerista: Cons. Carlos Eduardo Aragão de Araújo.

Ementa: Cabe ao médico a avaliação clínica e a prescrição dos hemoderivados. A instalação de hemoderivados não é um ato exclusivo do médico, portanto não pressupõe cobrança de honorários médicos.

DA CONSULTA:

O consulente questiona se cabe ao médico que instala o hemoderivado cobrança de honorários por este ato. Faz considerações referindo que o seu uso é de indicação de várias especialidades médicas, que é cercada de responsabilidades de cunho jurídico, que possui remuneração específica e que a mesma é repassada para o responsável pelo banco de sangue e solicita parecer sobre os seguintes itens:

- 1) De quem é a responsabilidade médica pela instalação do hemoderivado?
- 2) De quem é a responsabilidade técnico-jurídica pela instalação do hemoderivado?
- 3) Caso seja do médico executor (quem indicou), não seria tácito e lícito que tal remuneração fosse recebida por ele?
- 4) Caso este direito seja do executor, como colocá-la em prática:

Ministério público ?
Administração hospitalar?
Operadora de convênio?

Existe alguma legislação específica vigente sobre o mérito da questão?

DOS ESCLARECIMENTOS:**Do Código de Ética Médica:**

É vedado ao médico.

Art. 87 – Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido por serviços não efetivamente prestados.

Art. 98 – Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, **manipulação ou comercialização de produto de prescrição médica de qualquer natureza**, exceto quando se tratar de exercício.

Art. 99 – Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, orteses e próteses, cuja compra decorra da influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Da Legislação – LEI nº 10.205, de 21 de março de 2001.

Regulamenta o § 4º do Art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades e dá outras providências.

TÍTULO I - Art. 7º As atividades hemoterápicas devem estar sob responsabilidade de um médico hemoterapeuta ou hematologista, admitindo-se, entretanto, nos locais onde não haja esses especialistas, sua substituição por outro médico devidamente treinado para bem desempenhar suas responsabilidades, em hemocentros ou outros estabelecimentos devidamente credenciados pelo Ministério da Saúde.

Capítulo II - Art. 14º & V – Permissão de remuneração dos custos dos insumos, reagentes, materiais descartáveis e da mão-de-obra especializada, inclusive honorário médicos, na forma do regulamento desta lei e das Normas Técnicas do Ministério da Saúde.

TÍTULO III – Art. 24º O processamento de sangue, componentes e hemoderivados, bem como o controle sorológico e imunohematológico poderão ser da responsabilidade de profissional farmacêutico, médico hemoterapeuta, biomédico ou de profissional da área de saúde com nível universitário, com habilitação em processos produtivos e de garantia e certificação de qualidade em saúde.

Da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

Em nenhum de seus códigos estabelece remuneração para o médico que indicou a transfusão ou para o profissional que realiza a instalação do hemoderivado.

CONCLUSÃO

Entende este conselheiro que, respeitadas a legislação em vigor das resoluções do CRM e CFM e do Código de Ética Médica, o ato de **instalar** o hemoderivado não se caracteriza como ato profissional exclusivo do médico. Ao médico cabe a prescrição médica do hemoderivado após a avaliação criteriosa da sua necessidade não cabendo a ele remuneração para a sua **instalação**, que pode ser realizada por profissional de saúde designado para este fim. Após identificação do paciente e as devidas provas de compatibilidade executadas pelo profissional responsável pelo serviço de hemoterapia.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 5/7/2007.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

PARECER 18/01

Assunto: Médicos do setor de emergência de um hospital privado, plantonistas contratados em regime de 24h semanais, questionam a obrigatoriedade de realizar a prescrição de rotina de um paciente internado em enfermaria/apartamento mediante ao não-comparecimento do seu médico assistente ao hospital.

Relator: Cons. Sílvia Porto de Oliveira.

Ementa: O médico plantonista de emergência não está obrigado a fazer prescrição de pacientes internados, salvo em casos de emergência ou que traga danos aos pacientes. É de responsabilidade do diretor técnico estabelecer as normas observando o Código de Ética Médica.

CONSIDERAÇÕES

A abordagem dos aspectos éticos que envolvam a relação médico-paciente durante hospitalização, bem como o relacionamento dos componentes do corpo clínico pode ser desdobrada de várias formas.

Enumeraremos alguns aspectos que consideramos relevantes:

1- RESPEITO AO PACIENTE – É fundamental na relação médico-paciente a questão da dignidade do ser humano. É necessário informar ao paciente amplamente suas condições e perspectivas de tratamento, tendo em vista o Código de Ética Médica, que diz que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde humana e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. É direito do médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalha, quando as julgar indignas do exercício profissional e prejudiciais aos pacientes (Art. 22 do CEM).

2 – TRABALHO EM EQUIPE – O chefe de serviço que interna um paciente sob a sua responsabilidade e trabalha com uma equipe de profissionais deve esclarecer ao paciente de maneira clara e compreensível esta situação e receber seu consentimento para aceitar o trabalho multiprofissional, explicando que o trabalho da equipe é extensão da ação do médico assistente e que todos os membros da equipe estão legalmente capacitados ao atendimento proposto e igualmente comprometidos à guarda das informações obtidas, preservando o sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções (Art. 11 e 107 do CEM).

3 – ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO – Os hospitais enquanto pessoas jurídicas estão disciplinados pelo Código de Ética Médica através do seu diretor responsável. O Decreto 20.931-32 determina que qualquer hospital público ou privado deve ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado legalmente para o exercício profissional da Medicina.

A Resolução CFM 1.445/94 estipulou que todos os hospitais adotem nos seus Regimentos Internos do corpo clínico as diretrizes gerais de ajustamento às normas do CFM, trazendo de maneira clara seus objetivos, sua competência, composição e seus direitos e obrigações.

A Resolução 1.493/98 do CFM determina de forma clara que cabe ao diretor clínico do estabelecimento de saúde tomar as providências cabíveis no sentido de que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável desde a internação até a alta.

4 – OBRIGAÇÃO DO ATO MÉDICO – A Medicina tem como característica ética importante a liberdade do exercício de suas atividades, na mais ampla autonomia compatível com a ordem pública e social, de maneira lícita e necessária, desde quando sua negativa não possa trazer danos irreversíveis ao paciente (Art. 7º do CEM).

O Artigo 5º, item XIII da Constituição Federal diz que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, observadas as condições de capacidade que a lei estabelecer”.

Assim, não há nenhum dispositivo ético ou legal no sentido de obrigar o médico a tratar de um paciente, a não ser que ele se encontre obrigado por um contrato tácito ou expresso, seja o único médico do local, esteja diante de um caso de urgência ou emergência ou que sua negativa possa trazer danos ao paciente.

Atualmente existe unanimidade em acatar o princípio da liberdade relativa, pois a profissão médica traz em si elevados interesses ligados à pessoa humana, e pode haver momentos em que se pode exigir do médico uma obrigação de assistência. Outro aspecto importante a se considerar são os direitos e deveres dos médicos acordados no Regimento do Corpo Clínico, que pode determinar funções hierarquizadas de seus membros estabelecendo que, na ausência do chefe do corpo clínico ou diretor técnico, o plantonista assume esta função com todas as responsabilidades inerentes ao cargo.

Devemos considerar também a questão da solidariedade, respeito e consideração dos componentes de um corpo clínico, assumindo responsabilidades de outro colega em situações especiais, sempre visando ao bem-estar dos pacientes internados, evitando constrangimentos e prejuízos à sua recuperação, já que todos os médicos devem ter como princípio na organização de um corpo clínico a responsabilidade profissional pela qualidade.

É importante também ressaltar que pode existir situação em que seja necessário apontar possíveis erros, como imprudência, imperícia e negligência, o que deve ser levado ao conhecimento da Comissão de Ética do hospital para as devidas providências legais consoante o nosso Código de Ética Médica.

5 – O ATO MÉDICO SUBSTITUTO - A prescrição médica de rotina pelo plantonista ou os chamados “médicos de enfermaria” devem ter considerações distintas. No primeiro caso, há um prejuízo considerável aos pacientes, que passam a ser vistos por especialistas diversos, cada dia diferente, às vezes sem conhecimento adequado de sua

enfermidade. Temos um problema ético importante (Art. 62 do CEM) que considera negligência o médico prescrever tratamento ou outro procedimento sem o necessário exame direto do paciente, sem conhecimento do seu quadro nosológico, exceto em intercorrências de urgência e emergência, quando o médico assistente deverá ser avisado e comparecer de imediato ao hospital após o seu eventual impedimento.

No segundo caso, não encontramos uma resolução ou norma do CFM. Existe uma Resolução do Cremesp 74/96 que leva em conta a prestação dos serviços médicos em sistema de internação chamado “plantão de disponibilidade de trabalho”, como atividade do médico que permanece à disposição do hospital em jornada de serviço preestabelecido de forma remunerada e acionado por determinação de equipe médica de plantão.

O médico substituto deve evitar a alteração da prescrição do tratamento do paciente, salvo situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo o fato ser comunicado ao médico responsável (Art. 81 do CEM).

CONCLUSÃO

O médico contratado como plantonista de emergência de um hospital deve seguir as Normas do Corpo Clínico da instituição e eventualmente exercer atividades que salvaguardem o bom conceito da Medicina e preserve a saúde dos pacientes internados.

Não deve acatar a obrigatoriedade de realizar rotineiramente prescrições de pacientes internados, desde quando deve ser tarefa do médico assistente ou em condições especiais por médicos contratados para esta finalidade ou que esteja estabelecido no seu contrato de trabalho e aceito tacitamente pelo médico contratado.

Compete ao diretor clínico fazer cumprir o Regimento do Corpo Clínico, que deve estar de acordo com as Normas do CFM.

O médico plantonista pode eventualmente cumprir este papel de prescrever e atender pacientes internados dentro do princípio da responsabilidade profissional, da consideração, solidariedade e respeito aos colegas.

Os casos em desacordo com o Código de Ética Médica em vigor e que não respeite o Regimento do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde deverão ser encaminhados à Comissão de Ética.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 24/7/2001

PARECER 28/01

Assunto: Tratando-se de pacientes que compareçam ao setor de radiologia de um hospital privado para a realização de exames contrastados eletivos, é OBRIGAÇÃO do médico contratado do setor de emergência prescrever sedação, desensibilização ou qualquer outro tipo de medicação necessária à realização do exame?

Relator: Cons. José Márcio Villaça Maia Gomes.

Ementa: Não há obrigatoriedade do médico plantonista do Setor de Emergência prescrever sedação, desensibilização ou outra medicação necessária à realização de exames contrastados eletivos do Setor de Radiologia.

COMENTÁRIO:

A presente consulta solicita esclarecimentos em relação à possível obrigação de médico do setor de emergência prescrever sedação, desensibilização ou outro tipo de medicação necessário à realização de exame radiológico contrastado eletivo, não se reportando à solicitação de acompanhamento dos referidos exames.

PARECER:

Antes de entrarmos na análise objetiva de possível obrigação do médico da emergência em relação ao atendimento de pacientes em outros setores do hospital, é fundamental registrar-se que o Regimento Interno do Corpo Clínico deve conter claramente a definição da competência e atribuições dos profissionais médicos ali atuantes.

Como frisado está na consulta que os exames são eletivos, em princípio o preparo dos pacientes, tanto no que diz respeito à desensibilização quanto à sedação, deve fazer parte da rotina do Serviço de Imagem, onde o procedimento será realizado.

Se houver a necessidade da presença de um médico anestesiológista, no caso de alguma intercorrência, a sua solicitação deve ser feita a partir do Serviço de Imagem.

Retornando ao Regimento Interno do Corpo Clínico, entendemos ser imprescindível que ali constem os deveres dos profissionais médicos e a quem caberia, nas situações em que existam dúvidas sobre as funções, dirimi-las (chefia do Setor de Emergência, diretor médico...).

CONCLUSÃO

O médico contratado como plantonista da emergência de um hospital deve voltar-se prioritariamente para o atendimento dos pacientes que se dirigirem a este setor.

A extensão dos cuidados profissionais, que eventualmente sejam a ele solicitados fora do âmbito da emergência, deve ser entendida como uma excepcionalidade, que se viabilizará a depender da possibilidade do plantonista de se afastar do setor, não implicando sua ausência em risco aos pacientes ali presentes.

Na situação específica de prescrição, desensibilização ou outra medicação aos pacientes para realização dos exames radiológicos não-eletivos, entendemos não haver obrigatoriedade destes profissionais em relação ao procedimento.

Este é o PARECER.

APROVADO EM 23/10/2001

PARECER 51/02

Assunto: Obrigatoriedade do plantonista de unidade de emergência em realizar suturas.

Relator: Cons. Sílvio Porto de Oliveira.

Ementa: Os hospitais públicos ou privados que possuem serviços de Emergências ou Prontos-socorros devem funcionar de acordo a Resolução CFM 1.451/95, que estabelece uma equipe médica mínima dos seguintes profissionais: anestesista, clínico geral, pediatra, cirurgião geral e ortopedista.

Causa-me estranheza o fato da diretora da unidade não ser uma médica, e a função de gerente médico-odontológica, por quem é exercida e qual a finalidade. As funções de diretor técnico ou clínico de um estabelecimento de saúde obrigatoriamente devem ser exercidos por profissionais médicos.

Quanto ao assunto, existe claramente uma resolução do CFM de número 1.451/95 que trata desta matéria e estabelece que todos os serviços de Emergência, Prontos-Socorros públicos ou privados deverão ser estruturados com uma equipe médica de plantão de no mínimo os seguintes profissionais: anesthesiologista, clínico geral, pediatra, cirurgião geral e ortopedista.

Pressupõem-se que os estabelecimentos de saúde com atendimentos de urgência e emergência devam garantir condições estruturais, materiais e humanas adequadas ao atendimento à população, garantindo todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

O Cremerj é mais realista em relação a esta matéria e estabelece através da Res. nº 100/96, quatro níveis de complexidade de atendimento em urgência/emergência, definindo o nível I com capacidade resolutiva limitada à urgência médica, dando o primeiro atendimento, apenas para manter as condições vitais e propiciar uma forma ágil e segura no transporte do paciente para uma unidade referenciada. O corpo clínico pode ser limitado a dois clínicos e um pediatra. A Unidade de Nível I será denominada Unidade Básica de Atendimento de Urgência, não podendo referenciar-se como pronto-socorro.

As unidades definidas como Nível II, deve ter condições de prestar adequado atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas de menor complexidade e às emergências obstétricas. O corpo clínico deve ser composto de dois clínicos gerais, um cirurgião, um pediatra, um ortopedista, um anestesista e um obstetra, caso não haja maternidade de referência na localidade.

As unidades de níveis III e IV com capacidades diferenciadas para todos os atendimentos, inclusive os especializados e de queimados, com equipes completas da Medicina de urgência.

O conselheiro José Abelardo Garcia de Meneses também traz uma importante contribuição a esta matéria, com o trabalho “A Ética nas Emergências”, quando atribui que os profissionais médicos que militam nas unidades de urgência e emergência devam ter um amplo conhecimento de medicina interna e cirurgia, e considera o atendimento em urgência e emergência uma atividade médica polivalente e com compromissos morais baseados nos fundamentos éticos estabelecidos.

CONCLUSÃO

Fica evidente que o atendimento em Pronto-Socorro ou Serviço de Emergência de complexidade mínima deva ter nos seus quadros de atendimento médico profissionais em condições de prestar um atendimento de qualidade e de garantia do suporte básico de vida, com um mínimo de cinco profissionais nas áreas de anestesiologia, clínica médica, clínica cirúrgica, ortopedia e pediatria, qualificados para o exercício da medicina de urgência, nos limites da sua capacidade de resolução médico-hospitalar.

As unidades de atendimento básico, apenas em urgência clínica, não podem ser consideradas como unidades de Pronto-Socorro, e para responder diretamente ao questionamento das consulentes, sobre a obrigatoriedade de médicos clínicos ou pediátricos realizarem pequenos procedimentos cirúrgicos, como suturas simples, deve ser observado se a recusa é por motivo de incapacidade profissional por não saber fazer, é aceitável para não infringir o Art. 29 no tocante à imperícia, ou se a recusa é por motivo outro, o que também pode incorrer em infração ética por deixar de atender em setores de urgência ou emergência, quando seria a sua obrigação fazê-lo.

A recomendação para as consulentes é que adaptem a sua estrutura de Pronto-Socorro do hospital às normas do Conselho Federal de Medicina ou transformem a sua unidade em atendimento básico de urgência, e de preferência com profissionais considerados polivalentes no atendimento de urgência básica, capazes de resolver os mínimos problemas e manter os pacientes em condições viáveis para serem referenciados as unidades de maior porte.

APROVADO EM 5/12/2002

PARECER 01/04

Assunto: Publicidade de equipe plantonista em unidade de emergência.

Relatora: Consa. Maria Lúcia Bomfim Arbex.

Ementa: O médico plantonista em unidades de atendimento de urgência-emergência tem contato frequente com pacientes lesionados por causas violentas, que necessitam de registros específicos, para respaldo em prováveis desdobramentos legais; por isso, seu nome e número de registro no Cremeb, junto à indicação do local de atendimento, podem constar dos registros da ocorrência.

DA CONSULTA

Através de ofício, encaminhado ao Cremeb, vem a solicitação de posicionamento desta instituição sobre a associação frequente, nos boletins de ocorrência do Corpo de Bombeiros, do nome do médico plantonista que prestou assistência, e de seu número de inscrição no CRM, a eventos envolvendo acidentes automobilísticos, delitos, uso de armas de fogo e afins.

A consulente diz-se muito incomodada com esta situação uma vez que não participa de maneira alguma destas ocorrências policiais, visto que trabalha apenas dentro da unidade hospitalar.

DO PARECER

Os médicos que trabalham em unidades de urgência e emergência, principalmente em hospitais públicos, têm contato constante com pacientes lesionados por causas violentas, que lhes são trazidos por profissionais autorizados a prestar tal serviço e que, por sua vez, devem registrar, para controle próprio e ou controle de sua corporação e como fonte de dados para prováveis desdobramentos legais, todas as etapas, profissionais e serviços envolvidos neste processo.

Os hospitais mantêm em locais visíveis relações com nomes dos médicos que formam as equipes de plantão, acessíveis a todos que ali chegam ou a funcionários de outros serviços similares que contatam estas unidades para saber se tem ou quem é o plantonista daquele período, para ali enviarem pacientes; é incoerência ser contrário à inclusão do nome e identidade do profissional médico que efetivamente assistiu o paciente, associado ao hospital onde ocorreu o atendimento, em qualquer documento que envolva este procedimento.

CONCLUSÃO

Apesar da insatisfação em ver sua identidade profissional ligada a atendimentos médicos relacionados a atos, não só violentos, mas também marginais ou ilegais, o médico que trabalha com urgência/emergência está exposto freqüente e obrigatoriamente, por força da sua função, a estas situações. Entendendo que o médico plantonista não participa da causa dos eventos em questão, mas, sim, do seu desenrolar, desde quando presta assistência profissional às vítimas nele envolvidas, seu nome e Creneb, junto a indicação do local de atendimento, podem constar dos registros da ocorrência.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 9/1/2004.

PARECER 35/05**Assunto:** Utilização de Desfibrilador.**Relator:** Cons. Marco Aurélio de Miranda Ferreira.

Ementa: A configuração dos desfibriladores automáticos externos permite seu uso por leigos, desde que adequadamente treinados nas manobras de reanimação cardíaca e na ausência de profissionais médicos.

Trata este expediente de consulta elaborada pela médica de um terminal rodoviário, onde, estando disponível um desfibrilador DX-10 Plus e havendo dúvidas quanto às circunstâncias em que o equipamento deve ser utilizado, solicita do Cremeb as seguintes orientações:

- 1) Quais os profissionais que devem ser treinados, considerando que o citado terminal funciona ininterruptamente, enquanto o ambulatório permanece à disposição no período das 7h às 16h30m?
- 2) Onde se poderia conseguir profissionais qualificados a transmitir o treinamento?
- 3) Seria possível selecionar do seu quadro de pessoal (seguranças, agentes de limpeza, supervisores) alguém que pudesse participar do treinamento?

PARECER:

Rezam as nossas estatísticas que, durante um ano, ocorrem mais de 250 mil mortes súbitas, em sua maioria geradas por doenças cardiovasculares, e, destas, cerca de 80% acontecem na casa das vítimas ou em locais públicos, como estádios, casas de espetáculos, aeroportos ou outros locais sem disponibilidade de recursos médicos imediatos. Se considerarmos que o fenômeno inicial desencadeante da morte súbita, na maioria das vezes é a fibrilação ventricular, cuja única possibilidade terapêutica é a desfibrilação imediata, podemos deduzir a grande importância da disponibilização do desfibrilador nesta circunstância tão crítica.

E experiência de outros países tem demonstrado que a única alternativa viável para combater este problema reside na possibilidade de tornar acessível o desfibrilador externo automático (DEA) à pessoas treinadas, em locais de grande concentração pública, o que não se traduz em maiores dificuldades técnicas, uma vez que tais aparelhos, dotados de moderna tecnologia, são capazes de analisar o ritmo cardíaco da vítima e definir com exatidão se o choque é ou não necessário, sem que exista a necessidade de um diagnóstico do ritmo cardíaco pelo operador. Isso faz com que qualquer pessoa com um pequeno treinamento seja capaz de usá-lo. Entretanto, necessário se faz ter em mente que o uso do DEA, embora procedimento-chave, necessita ser complementado com o conjunto de outras ações sequenciais, definidas como a corrente da sobrevivência, e um bom treinamento deve ser focado em todos os seus elos, tal como preconizado pelo cursos básicos e avançados de suporte de vida (BLS e ACLS), que vêm sendo postos em prática no Brasil pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Apesar de toda esta necessidade, no Brasil alguns aspectos obstam sua aplicação prática nos moldes que já vem sendo praticados em outros países. Nos Estados Unidos, por exemplo, os paramédicos são bombeiros que recebem treinamento especial, mas, como eles, no Brasil não podem realizar a desfibrilação cardíaca não-automática, além de outros procedimentos, o trabalho fica bastante limitado. Além disso, o CFM em sua Resolução nº 1.718/2004 veda o ensino de atos médicos a profissionais não-médicos, inclusive aqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, o que limita o treinamento de leigos àqueles estabelecidos pelo BLS (desfibrilação com DEA, massagens cardíacas externas, respiração boca a boca etc.) uma vez que ficam impedidos de praticar outros procedimentos, como intubação, aplicação de drogas, respiração mecânica, uso de desfibriladores não-automáticos, previstos no ACLS.

Feitas estas considerações, respondemos à médica consultante:

- 1) Durante o horário de expediente administrativo do ambulatório, o(s) médico(s) ali situado(s) deve(m) receber o treinamento previsto no ACLS, e fora deste horário poderão ser selecionados profissionais de outras áreas como de segurança, supervisores, auxiliares de enfermagem em regime de plantão e outros que se mostrarem interessados. Estes, obrigatoriamente, receberão os treinamentos previstos no BLS.
- 2) Estes treinamentos existem em Salvador e poderão ser disponibilizados através consulta à Sociedade Brasileira de Cardiologia, Seção da Bahia.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 21/6/2005.

PARECER 81/05

Assunto: Atendimento pré-hospitalar em situação de exposição à violência urbana.

Relator: Cons. Antonio José Pessoa da Silveira Dórea.

Ementa: O médico em atendimento pré-hospitalar tem o dever de socorrer os pacientes independentemente do local de assistência. Em situação específica em que possa ser vítima de violência ou submetido a risco de morte, comunicará ao diretor técnico da empresa para que adote medidas para a sua segurança. Se assim não for possível tem o direito de recusar-se a prestar o atendimento e comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

PARECER

Trata-se de expediente consulta protocolado neste Conselho sob nº 113.576/05 em que os consulentes denunciam a frequência de assaltos e violência contra equipes médicas de atendimento, independentemente de horários noturnos ou diurnos em carros pequenos ou ambulâncias. Alertam para o fato de que isto tem motivado a saída de muitos profissionais das empresas prestadoras de saúde e as ocorrências vêm acontecendo nas áreas de alto risco da cidade, como por exemplo Liberdade, Pero Vaz etc. Ao se levar estas questões à diretoria da empresa, a argumentação que tem ouvido é a “de que deixar de atender às solicitações seria omissão de socorro”, “haveria possibilidade de processos contra a empresa por ferir o pactuado no contrato”, “existe proteção do código de Ética Médica à empresa e ao associado”, levando o profissional a realizar o chamado sob forte coação e pressão emocional, prejudicando a sua atuação. Citam ainda, os consulentes que devido à persistência desta atitude administrativa, nos dois últimos meses, 8(oito) médicos além deles desligaram-se das suas funções, pois a única solução oferecida, fazer o atendimento sob escolta policial, poderia agravar o problema, desde quando fosse interpretado pelos meliantes como uma provocação.

Após esta breve narrativa, comentaremos individualmente os questionamentos feitos pelos consulentes:

- 1) É obrigado o médico que presta serviços a uma empresa de APH – (Atendimento Pré-Hospitalar), responder as solicitações de atendimento de urgência/emergência que tragam alto risco à sua saúde e equipe de trabalho ou mesmo risco de morte?

Em parecer solicitado pela Consa. Maria Madalena de Santana à Consultoria Jurídica deste Conselho Regional, destacamos algumas considerações:

“A relação da empresa com o segurado é contratual, portanto, devem ser cumpridas pelas partes as cláusulas pactuadas, de forma a não ferir a segurança jurídica dos contratantes. Não pode assim a empresa deixar de prestar o serviço para o qual foi contratada, independentemente do local em que se encontre o associado, uma vez que se exige da mesma o cumprimento do serviço em contrapartida ao pagamento da mensalidade pelo associado”.

“No tocante à relação de trabalho entre o profissional médico e a empresa, temos que analisar as cláusulas do contrato. Sendo uma relação contratual, perante a qual se prevê que os médicos contratados irão realizar atendimento aos associados no local onde os mesmos estiverem, não pode o médico discricionariamente decidir onde irá ou não atuar”.

O Capítulo II do Código de Ética, em seu Artigo 24 diz:

“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”.

Entendemos e concordamos plenamente com as afirmações descritas acima, desde quando a atividade do médico esteja sendo desenvolvida de acordo com o que diz o Artigo 3º do Capítulo I do CEM que diz: “A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”.

A questão que a pergunta nos traz é se o médico é obrigado a trabalhar em situação de alto risco da saúde ou mesmo risco de morte. Neste caso, achamos ter que considerar mesmo as condições que envolvam situações de urgência/emergência.

Interpretando o Artigo 23 do Capítulo II do CEM que diz: “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”, entendemos como resposta que um profissional temendo pela sua vida ou por sério agravo a sua saúde jamais terá condições de exercer o pleno exercício da sua profissão, pois a sua primeira preocupação será a de preservar a própria vida.

Pergunta 2 – É permitido ao médico prestar atendimento médico, ainda que de urgência/emergência, sob qualquer forma de coação, seja física ou emocional? Não estaríamos nós, desta forma, incorrendo em risco de maiores agravos à condição do paciente?

Para esta resposta evocamos os artigos 8º, 12 e complementamos mais uma vez com o Art. 23 do CEM que dizem respectivamente:

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. 12 - O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 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.

Pergunta 3 – Existe alguma regulamentação do CRM ou de algum outro órgão

relacionado ao Ministério da Saúde ou a entidades jurídicas que regulamentam os serviços de APH no que diz respeito à atitude dos profissionais em situações semelhantes às descritas acima?

O Artigo 2º da Resolução CFM nº 1.671/03 que dispõe sobre a regulamentação ao APH (atendimento pré-hospitalar), e dá outras providências resolve: “Que todo serviço de APH deverá ter um responsável técnico médico, com registro no CRM da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes”.

Parágrafo Único – Os serviços de APH vinculados a estabelecimentos hospitalares deverão ter um médico responsável técnico específico.

Em parecer expedido em 30.5.2005 pela Consultoria Jurídica do Creneb sobre consulta protocolada de nº 113.576/05 com o título “Condições Inseguras para o Trabalho Médico”, relatam os pareceristas:

“Vale ressaltar que a relação da empresa com o segurado é contratual, portanto, devem ser cumpridas pelas partes as cláusulas pactuadas de forma a não ferir a segurança jurídica dos contratantes. Não pode assim a empresa deixar de prestar o serviço para qual foi contratada, independentemente do local onde se encontra o associado, uma vez que se exige da mesma o cumprimento do serviço em contrapartida ao pagamento da mensalidade pelo associado”.

“No tocante à relação de trabalho entre o profissional médico e a empresa, temos que analisar as cláusulas do contrato. Sendo uma relação contratual, perante a qual se prevê que os médicos contratados irão realizar atendimento aos associados no local onde os mesmos estiverem, não pode o médico discricionariamente decidir onde irá ou não atuar”.

Ressalta o parecer que poderá ser realizada denúncia ao Creneb contra o diretor técnico que não estaria garantindo a integridade física dos médicos prestadores de serviço e, portanto, estaria infringindo o Artigo 17 que diz: “O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina”.

Entendemos como uma missão inapropriada e isenta de garantias para um diretor técnico de uma instituição de APH responder pela integridade física de um profissional médico exposto às condições implacáveis de violência urbana, desde quando esta é uma questão de segurança pública, tanto dos governos estaduais e federal que se tem mostrado impotentes quanto a sua resolução. Há casos relatados em que os próprios órgãos de segurança evitam expor-se e simplesmente omitem-se a uma proteção adequada. Temos consciência que se trata de uma questão de ordem social, que foge da atribuição de um diretor técnico médico, apto as questões da saúde. Para uma melhor compreensão do papel deste, somos da opinião que o diretor técnico deve promover todos os esforços necessários junto aos órgãos competentes para o desempenho do atendimento médico ou, se impossível, não concretizar ou mesmo cancelar o contrato com o contratante. Sendo assim, estamos de pleno acordo com o Art. 17 do CEM quando o diretor técnico tomar a decisão de

impedir o trabalho médico julgando que as condições mínimas não estejam asseguradas para o seu devido desempenho ético profissional.

Pergunta 4 – Como agir diante de tais fatos, o que deve ser implementado, da nossa parte como médicos e de parte da empresa, para que tais fatos não se repitam, o que se vem tornando rotineiro.

Ainda no mesmo parecer citado na pergunta anterior da Consultoria Jurídica do Creneb, aquela observa: “O médico contratado para prestar serviços em APH deve ser informado pela empresa contratante das áreas de cobertura a qual deverá prestar serviços, não podendo escusar-se na hipótese da empresa contratada não fazer qualquer restrição ao local dos atendimentos”.

Em outro parecer da mesma Consultoria Jurídica exarado sobre o assunto, protocolado sob número 57.670/94, de 20/12/1994, com o título “Condições de Trabalho”, foi discorrido em resposta a uma das perguntas formuladas:

O CEM estabelece que é direito do médico:

“Art. 22 – Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição”.

Isto posto, cabe ao consultante levar ao conhecimento do diretor médico tais fatos para que sejam adotadas as providências.

A Resolução CFM nº 1.671/03 de 29.7.2003, no que se refere ao “Perfil Profissional e Competências”, observa no item 3.7 que: “O médico quando investido no corpo de Diretor Técnico do serviço deverá efetuar a supervisão geral e demais atividades pertinentes à função”.

Entendemos que o médico deverá ter o conhecimento ipse litere do contrato a ser assinado de APH com detalhes sobre áreas onde irá atuar, o que o deixará confortável para decidir sobre o livre arbítrio de sua conveniência. Em caso de contrato já assinado, cujas áreas de atuações passaram a constituir-se em zonas de perigo, deve o médico levar o problema devidamente ao seu diretor técnico solicitando as providências adequadas que o deixem seguro para o desempenho das suas funções. Se não for resolvido o problema, deverá comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia justificando a recusa em atender sob condições que o submetam a atos de violência e risco de morte. Mesmo por motivo de força maior, o atendimento ficaria prejudicado, desde quando o médico seja agredido, passando, neste caso, a ser também um paciente.

Provavelmente, a grande maioria destes contratos foi feita quando ainda não se previa uma escalada tão progressiva da violência urbana. Fatores sociais, como desemprego, falta de moradia, a saúde comprometida, a falta de comprometimento com a educação e bons costumes, contribuíram para uma mudança radical do comportamento humano.

Concluindo por ordem, em primeiro lugar, sugerimos que a empresa busque junto aos órgãos públicos competentes mecanismos que possibilitem o exercício seguro das atividades das equipes de APH. Segundo, ter a autocrítica necessária de poder cumprir com este objetivo ou não, sob pena de conscientemente escusar-se do contrato. Finalmente, a decisão do médico é soberana em garantia da sua vida.

Pergunta nº 5 – Em caso de as regulamentações existentes serem omissas em relação às situações assim descritas – não achei referências a estas situações específicas nem no CEM, tampouco nas orientações sobre serviços de APH do SUS, que deveria servir de modelo para o serviço de APH particular – devemos continuar a atender a tais chamados, pondo em risco nossa integridade física?

A Resolução CFM nº 1.671/03 de 29.7.2003 no que diz respeito à “Normatização da Atividade na Área da Urgência – Emergência na sua fase pré-hospitalar”, no item 1.2 que aborda a Regulação Médica diz:

“O setor privado que atua em atendimento pré-hospitalar deverá contar obrigatoriamente com médicos reguladores e de intervenção, o que pode ser exigido, inclusive, nos códigos municipais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas ao regulador público sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-emergencial”.

“Em caso de necessidade de atuar como porta-voz em situações de interesse público, o médico regulador deverá manter-se nos limites do sigilo e da ética médica”.

Ainda falando sobre a normatização no que diz respeito à DEFINIÇÃO e OBJETIVO, a última frase do último parágrafo diz:

“Considerando-se as particularidades regionais, os CRMs poderão normatizar sobre outro modo de regulação médica”.

Quanto à indagação sobre continuar a atender, pondo em risco a integridade física, creio já termos abordado na pergunta anterior.

Creio após comentários minuciosos às perguntas deste expediente consulta, concluirmos em sinopse que os profissionais que prestam este tipo de serviço o fazem pelo bem do paciente em situação de risco para a sua saúde, não podendo fazer qualquer tipo de discriminação, uma vez não constando qualquer restrição ao atendimento onde se encontra o paciente, estabelecida em relação contratual entre empresa x segurado. Mas diante de uma situação em que o atendimento torna-se extremamente perigoso para o médico, seja em forma de qualquer violência ou que o exponha a risco de morte, não cabe qualquer forma de coação, seja financeira ou emocional, devendo o mesmo comunicar o fato imediatamente ao diretor técnico da empresa para adoção de medidas viáveis, que deverá zelar inclusive pela segurança do seu contratado. Se isto não for possível, resguarda-se a nosso ver o direito do profissional de recusar o atendimento, devendo proceder comunicação ao Conselho

Regional de Medicina. Nesta situação específica, não encontramos qualquer legislação sobre o assunto, acreditando que, quando as normas para regulação deste tipo de atendimento pré-hospitalar foram estabelecidas, a sociedade ainda não vivenciava tamanha violência urbana atual. Será inevitável a criação de novas normas que contemplem a realidade do que está ocorrendo agora, para que se adequem condutas que não afetem esta forma de procedimento. Enquanto isto não ocorrer, o bom senso e o desempenho de todos os envolvidos serão fundamentais.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 20/12/2005

PARECER 11/06

Assunto: Consulta acerca de procedimentos a serem adotados em unidade hospitalar diante da falta de leito para internação.

Relatora: Consa. Dorileide Loula Novais de Paula

Ementa: Na circunstância da falta de leitos para internamento na unidade hospitalar, o médico pode proceder a suspensão dos atendimentos; todavia, em casos de urgência e emergência, o atendimento torna-se imperioso e, caso não o faça, poderá ser caracterizada omissão de socorro.

A consulente, médica obstetra, através de ofício expõe a realidade de falta de leitos e alta demanda na unidade em que trabalha. Indaga quanto aos procedimentos a serem adotados diante da falta de leitos para internação, mais especificamente nas seguintes situações:

- 1) Quando todos os leitos do pré-parto e da enfermaria estão cheios, somos orientados a fazer um comunicado para o Same que suspenda às fichas para atendimento por falta de vaga. Este ato é legal?

Acatando parecer da Consultoria Jurídica: “Em toda a unidade hospitalar na hipótese de inexistir vaga para internamento é feita a suspensão dos atendimentos. Portanto, na verdade, não se trata de suspensão de fichas, e sim suspensão dos atendimentos. Não há nenhuma irregularidade em tal fato”.

- 2) Fazemos o comunicado, encaminhamos para o Same. Ao chegar uma paciente que refere estar com muita dor e na hora de parir, somos contatados pelo Same e pelo fiscal de plantão, solicitando avaliação da paciente mesmo sem ficha. Esse ato é legal?

Nos casos de urgência e emergência, o atendimento se faz imperioso, nos termos dos artigos 2º, 7, 58 do Código de Ética Médica. O não-atendimento, nesses casos, pode ser caracterizado como omissão de socorro. Todo atendimento realizado em unidades de saúde deve ser precedido pelo preenchimento da ficha de atendimento; contudo, tal ficha pode ser preenchida posteriormente no caso de urgência.

- 3) Se não examinarmos a paciente e ela evolui para trabalho de parto na porta do hospital (porque não temos como precisar o que está acontecendo com a paciente se não examinarmos), seremos processados?

Não se pode responsabilizar o profissional por atendimento que não realizou. Todavia, como previamente citado, há a possibilidade de tentativa de indicição de tais profissionais por omissão de socorro, caso se caracterize o não-atendimento em casos de urgência e emergência. Não se poderia conjecturar sobre o desfecho de tal situação, que ficaria na dependência da análise do caso.

- 4) Ou se caso atendermos esta paciente e constatamos que se encontra em trabalho de parto com 4cm de dilatação e ela, com seus acompanhantes, disser que não

irá sair da unidade. Colocar esta paciente em uma maca para acompanhar seu trabalho de parto é legal?

Segundo dispõe o Código de Ética Médica: “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”. Assim, caso atenha-se aos preceitos citados, há a possibilidade de defesa do médico na circunstância de abertura de processo. Há de se ressaltar a importância dos meios de prova, notadamente das testemunhas e de todas as anotações do prontuário médico.

- 5) Se a paciente chegar em período expulsivo temos que interná-la. É legal deixá-la em uma maca após o parto? Por que se referirmos no prontuário que a parturiente encontra-se em uma maca por falta de leitos, e de repente ela cai da maca e apresenta uma lesão, serei processada por isso?

Segundo parecer da Consultoria Jurídica: “Não podemos afirmar que o profissional nesta hipótese estará livre de instauração do processo, entretanto, a defesa do mesmo deve estar no relato do prontuário. Por outro lado, chamamos a atenção para as questões relativas às condições de trabalho dos médicos e a responsabilidade dos diretores das unidades de saúde, devendo ainda ser relatado tais fatos no livro de ocorrências do hospital”.

- 6) Posso, por falta de vaga, colocar pacientes nas mesas do centro cirúrgico, sala de parto e de curetagem? Não sendo uma emergência como período expulsivo, abdome agudo hemorrágico e outras.

Tal indagação encontra-se respondida nas anteriores.

Deve-se frisar que todo e qualquer cidadão que entender ter havido lesão de direito seu poderá impor ação judicial, assim como todo profissional em exercício poderá responder processo em juízo. Portanto, deve-se ressaltar a importância dos meios de defesa do médico, principalmente o completo e adequado preenchimento do prontuário, além de anotações relativas às dificuldades verificadas no exercício da profissão no livro de ocorrências.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 7/2/2006.

PARECER 15/06

Assunto: Obrigatoriedade de Atendimento a Recém-Nascido Após a Alta Hospitalar.

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses.

Ementa: Nos casos de hospitais que não dispõem de atendimento de urgência e ou emergência, não há obrigatoriedade do atendimento a recém-nascido após a alta hospitalar do binômio materno-fetal. Entretanto, o primeiro atendimento deve ser priorizado, visando à preservação da saúde e quiçá da vida.

O gestor do Sistema Único de Saúde deve elaborar rotinas para que a população não fique desassistida, inclusive tornando público as unidades de referência no atendimento pediátrico e neonatal.

EXPOSIÇÃO

A consulente dirige-se ao Cremeb nos seguintes termos:

“Necessito saber com urgência se existe responsabilidade legal por parte de algum hospital de ser obrigado a atender qualquer RN que nele tenha nascido, até 28 dias de vida, mesmo se tratando de caso ambulatorial, e mesmo que o nosocômio não disponha de serviço de emergência pediátrica?”

Instada a manifestar-se a Consultoria Jurídica do Cremeb reduz o seu pensamento na seguinte ementa: *“Em regra, a responsabilidade do hospital no qual foi realizado o parto apenas concerne a assistência ao recém-nascido no período posterior ao atendimento na sala de parto, incluindo-se sua permanência no berçário ou alojamento conjunto, até o instante de sua alta.”* (Grifo nosso).

Esta matéria envolve o atendimento em urgência e emergência disciplinado pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1.451/95.

Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro – Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

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

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

– Anestesiologia;

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÃO

Obviamente não é excessivo lembrar que a atuação médica deve visar ao bem-estar do paciente, para o qual deve empreender todos os esforços ao seu alcance visando à preservação da saúde e quiçá da vida. Nesse sentido, o primeiro atendimento deve ser sempre priorizado. No mesmo esteio deve estar claro, como água de rocha, que a alta hospitalar não deve prescindir de critérios técnico-científicos.

In casu verifica-se que determinada unidade onde se realizam partos não dispõe de atendimento pediátrico, nem neonatal, para os pacientes externos, incluindo-se aí os recém-natos da própria instituição, após a sua alta. O atendimento das crianças é interno, visando ao adequado atendimento do binômio mãe-filho. A questão deve ser tratada inclusive por saber, e nos autos não consta, se a unidade anuncia-se como atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA. Se assim for e não dispuser do pediatra de plantão, para atendimento externo, estará afrontando o disposto na Resolução CFM 1.451/95, tendo em vista que, segundo a consulente, a instituição de atendimento à saúde não dispõe de Serviço de Emergência Pediátrica.

Recomenda-se que a direção técnica do hospital em questão empreenda esforços junto ao gestor do Sistema Único de Saúde visando adaptar às circunstâncias, como, por exemplo, disponibilizar a rede de assistência pediátrica e neonatal para os usuários do sistema após a alta hospitalar de unidades que não disponham de atendimento emergencial.

É recomendável ainda que na alta hospitalar pós-parto – tanto da mãe como do recém-nascido, quando for o caso de altas em separado – que a própria instituição hospitalar forneça formalmente informações detalhadas sobre a rotina a ser seguida em casos de emergência, uma vez que os casos ambulatoriais devem ser atendidos pelo Programa de Atenção Básica do SUS. Ressalte-se que o estabelecimento de protocolos pelo próprio Serviço de Pediatria/Neonatologia irá nortear estas ações.

Finalmente o Cremeb cumprindo o seu desiderato pode e deve contribuir com os envolvidos para a solução desta pendência, inclusive na busca de soluções junto aos gestores do Sistema Único de Saúde.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 2/3/2006

PARECER 40/06

Assunto: *Plantões e falta de plantonistas médicos em Centro de Saúde da PMS e outros assuntos.*

Relator: Cons. Carlos Antonio Melgaço Valadares.

Ementa: O médico não pode deixar o plantão sem que seus pacientes tenham a continuidade do acompanhamento e tratamento, adotando todas as providências para que tal ocorra, devendo o médico investido em função de direção assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da medicina.

CONSULTA:

Trata-se de consulta ao Cremeb em que o médico de um centro de saúde da prefeitura, com pronto-atendimento de 24 horas, não tem plantonista clínico durante 4 dias por semana, no período diurno, e que, com a implantação do Samu, os pacientes que lhe solicitam atendimento são encaminhados para postos que funcionam 24 horas, para depois serem transferidos, via Central Estadual de Regulação.

Como, segundo a consulta, a malha hospitalar de Salvador não é suficiente para atendimento em tempo hábil desses pacientes, na grande maioria permanecem nesses postos, às vezes por tempo superior a 10 dias. Os plantões noturnos daquele posto são cobertos por médicos clínicos plantonistas, profissionais que possuem outras atividades diariamente.

Conclui a consulta perguntando que posição os profissionais devem adotar nesta situação, já que não há profissional para passagem de plantão.

Cabe ressaltar que a obrigação primeira do profissional médico é com o paciente e sua saúde, e o Art 2º do Código de Ética Médica estabelece:

“Art 2º - 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”.

Sendo vedado ao médico:

“Art 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave”.

E “Art 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior”.

Como o centro não possui médico clínico plantonista durante o período diurno, cria-se uma situação de fato para o médico do plantão noturno, o qual deverá fazer uma avaliação precisa do quadro clínico do paciente para que tenha condições de tomar uma decisão.

O resultado da avaliação pode definir a necessidade do plantonista noturno não poder se afastar do posto médico e continuar a prestar o atendimento.

O médico plantonista não pode, assim, deixar o plantão sem que seus pacientes tenham a continuidade do acompanhamento clínico, devendo adotar todas as providências para que tal ocorra.

O plantonista pode contatar outros médicos do plantão e verificar a continuidade do acompanhamento clínico, mesmo com colega de outra especialidade, mas que se sinta habilitado para tal.

Esta ocorrência caracteriza um problema de responsabilidade do sistema gestor e, buscando uma solução, deve-se comunicar o fato ao diretor técnico do centro e ao gestor do serviço, Secretaria Municipal de Saúde, para que providencie que o atendimento clínico diurno seja efetivado, e os pacientes tenham a continuidade do tratamento até sua alta ou transferência. O Samu pode e deve ser comunicado dessa situação, que deve ser transitória, para avaliar o encaminhamento de pacientes para este posto de atendimento, seja no período noturno ou diurno, garantindo o melhor e adequado atendimento. O CEM em seu Art. 17 – O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional de Medicina.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 5/10/2006.

PARECER 29/07

Assunto: Solicita parecer sobre a pertinência de passagem de cateter duplo lúmen por cirurgião geral na emergência.

Relator: Cons. Renê Mariano de Almeida.

Ementa: A utilização de cateter duplo lúmen nos serviços de urgência e emergência pelo médico treinado constitui-se em um recurso frente a uma necessidade do paciente. Entretanto, como qualquer ato ou procedimento médico, deve estar justificada por uma prática médica focada na qualidade da assistência e nos benefícios para o paciente.

Como não ficou claro o conceito de “pertinência” do consultante, faremos considerações sobre aspectos técnicos e sobre aspectos éticos. Há, contudo, direta relação entre os dois pontos de vista para benefício do paciente.

Nosso Código de Ética Médica assegura ao médico:

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

Art. 21 – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Além disso, veda ao médico:

Art. 29 – Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 57 – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Os riscos da técnica de acesso venoso central em situações de emergência devem ser avaliados frente aos benefícios que um cateter central poderá trazer ao paciente. Além disso, nesse caso questiona-se a oportunidade de utilizar um cateter duplo lúmen e não de lúmen único. Por ser mais complexa a técnica de acesso venoso central, há necessidade de maior treinamento do médico, além de estar indicado o controle radiológico imediato. O paciente pode beneficiar-se de um único procedimento para obtenção de dois acessos. Cada paciente com suas necessidades ou demandas deve merecer uma avaliação especial quanto a essa “pertinência” em utilizar o cateter duplo lúmen. Até porque o dispositivo de duplo lúmen é mais caro, justificando-se nas necessidades de múltiplas administrações venosas com maior permanência.

Os riscos do acesso venoso central colocam essa técnica nas situações de emergência como uma segunda escolha, preferindo-se, sempre que possível, um ou mais acessos venosos em veia periférica. Entretanto, há um certo número de pacientes, com perfis especiais, que podem beneficiar-se do acesso venoso central, já desde o serviço de emergência. Assim o médico deve, asseguradas suas autonomia e responsabilidade, oferecer o melhor da sua capacidade profissional em benefício do paciente.

O cateter de duplo lúmen apresenta dois canais com orifício(s) lateral(is) (canal proximal) independente(s) do orifício do canal distal, para uso em veia central implantado geralmente sob anestesia local segundo a técnica de Seldinger. Essa técnica, por ser aberta, requer maiores cuidados que a punção venosa periférica. Requer manipulação do material e de campos estéreis e paramentação do médico com gorro e máscara, em uso de luvas e aventais estéreis. A instalação é feita por punção de veia central, geralmente em veia jugular ou subclávia. Implanta-se o dispositivo venoso de duplo canal, deslizando-o sobre um fio guia e depois do uso de dilatadores de trajeto. Serve muito bem para a administração de soluções que não devem ou em que não se recomenda a mistura antes ou durante a infusão.

Geralmente esse tipo de cateter tem sido utilizado para pacientes que necessitam ou necessitarão de veia central para infusão, por exemplo, de soluções parenterais ou mesmo nutrição parenteral total, sendo utilizado o segundo lúmen ou canal para administração de medicamentos como, p. ex., antimicrobianos, soluções contendo potássio ou contendo cálcio, ou outros componentes que geram precipitação ou são irritantes vasculares. Também pode ser utilizado para quimioterapia provisoriamente independentemente do uso do segundo lúmen para outras diversas utilidades. Além disso, paciente com múltiplas administrações endovenosas, em que “bombas” de infusão contínua controlarão um dos canais de uso de medicação que não pode ser interrompida pode beneficiar-se de ter já assegurado esse recurso.

Vislumbrando-se o perfil do paciente e suas necessidades evitar-se-ia o uso de soluções concentradas e irritantes endoteliais em múltiplas veias periféricas, pode ser uma oportunidade que o acesso venoso seja estabelecido precocemente.

Outro cateter específico de duplo lúmen, o cateter de Sorensen, pode ser utilizado para hemofiltração ou até hemodiálise, mas apenas no paciente específico e já poderia ser instalado na sala de emergência, se as condições permitirem e se for ser utilizado logo a seguir.

Sabemos que o acesso vascular central obtido em condições de emergência apresenta índice de maior número de acidentes de punção, resultando algumas vezes em hemotórax ou pneumotórax. Entretanto, nas mãos de cirurgiões treinados essas ocorrências podem ser minimizadas, justificando-se suas outras vantagens específicas para pacientes específicos.

Outra questão é porque não utilizar o cateter de lúmen único quando indicado o acesso venoso central na sala de emergência. Também deve ser isso objeto de julgamento do cirurgião. O paciente poderá necessitar de um segundo acesso vascular central, requerimento comum para o paciente hospitalizado. Isso evita a troca do dispositivo e a realização de novas punções. Sabemos da existência cada dia mais freqüente de pacientes complexos que são atendidos nas emergências por problemas relacionados ou não com suas doenças de base, já bastante manipulados e com acessos periféricos difíceis, às vezes impossível. Como no caso de portadores de neoplasias e pós-quimioterapia, habituais freqüentadores de emergência, como os pacientes com dores crônicas, desnutridos graves, já com acessos vasculares periféricos comprometidos.

As vantagens, características e demandas de cada paciente devem ser então os aspectos principais que justificam o uso desse dispositivo mais moderno e mais disponível a cada dia em nossos serviços hospitalares. Somente considerando a indicação e justificativa do cirurgião frente às demandas do paciente é que poderemos considerar adequados ou não sua indicação e seu emprego. De modo geral, há que se considerar que o cirurgião geral ao indicar esse instrumento ou dispositivo deve basear-se apenas na maior conviência para o paciente.

Não se recomenda utilizar como rotina esse acesso vascular para todos os pacientes que necessitem de venóclise em situações de urgência e emergência, exceto naqueles em que o acesso venoso periférico é impossível ou tornou-se inconveniente.

Outra situação é que em alguns serviços hospitalares a disponibilidade de cirurgião treinado para acesso venoso central e a exequibilidade do procedimento podem estar restritos ao serviço de emergência.

A freqüente dificuldade de obtenção de leitos hospitalares e às vezes de tempo para programação desse procedimento em centro operatório fazem com que os pacientes tenham assistência de nível hospitalar complexa no próprio serviço de emergência. Nessas situações, o próprio cirurgião da emergência é levado a realizar o procedimento, mesmo quando o paciente não está oficialmente internado, porém já está utilizando os benefícios e os recursos disponíveis no hospital.

Assim, não existindo regra ou protocolo técnico que contra-indique a utilização desse recurso para o paciente de urgência e emergência, existindo situações de real vantagem ou necessidade para o paciente, torna-se atribuição do cirurgião que realiza o acesso vascular escolher e justificar sua utilização. Mesmo assim, após uma avaliação inicial nesse sentido, durante a evolução uma nova situação poderá resultar em mudanças de conduta, na previsão e no tempo de uso de acesso vascular central.

Podemos concluir que não há dúvidas das vantagens de uso desse dispositivo mais sofisticado de maior recurso para o paciente de urgência ou emergência, entretanto, somente as reais vantagens e as reais necessidades para o paciente poderão orientar sua utilização.

Finalmente, não seria adequado utilizá-lo rotineiramente para todo e qualquer paciente na urgência que necessite de acesso venoso, como seria aéctico impedir ou condenar seu uso, pois haveria situações de real vantagem e indicação para o paciente.

Este é o PARECER, SMJ.

APROVADO EM 19/4/2007.

PARECER 39/07**Assunto:** Atendimento a RNs.**Relator:** Cons. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.

Ementa: A Resolução CFM 1.451/95 que estabelece as normas de funcionamento de Prontos-Socorros Públicos e Privados define que a equipe médica mínima destas unidades deve ser constituída por: Anestesiologista, Clínico, Pediatra, Cirurgião Geral, Ortopedista. Cabe ao Diretor Técnico assegurar o cumprimento da resolução citada

DA CONSULTA

O consulente vem por meio de expediente consulta, registrado junto ao Cremeb solicitar parecer deste Cremeb a respeito da prestação de assistência por parte de cirurgiões do quadro de plantonistas de Unidade de Saúde de Urgência, a recém-nascidos recebidos para atendimento nessa unidade, existindo na mesma neonatologista de plantão em UTI neonatal.

EXPOSIÇÃO

O Código de Ética Médica (CEM) em seu Capítulo I, Artigo 2º, 8º e 17, reza que:

“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 da sua capacidade profissional.”

“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.”

“O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.”

O Código de Ética Médica (CEM) em seu Capítulo II, Artigo 22, reza que:

“É direito do médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas ao 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.”

O Código de Ética Médica (CEM) em seu Capítulo III, Artigos 35 e 36, reza que:

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

“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.”

O Código de Ética Médica (CEM) em seu Capítulo V, Artigo 58, reza que:

“É vedado ao médico deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo”.

A Resolução CFM 1.451/95 que estabelece normas de funcionamento de Pronto-Socorro Público e Privado e define Urgência e Emergência aponta que:

Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos-Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro – Defini-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

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

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

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

Em Parecer Cremeb nº 15/06, o conselheiro José Abelardo Garcia de Meneses apontou que a unidade de saúde que anuncie atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA e não dispuser de pediatra de plantão, para atendimento externo, estará infringindo a Resolução CFM 1.451/95. O mesmo parecer recomendou ao diretor técnico do hospital em questão que empreendesse esforço para se adaptar, disponibilizando assistência pediátrica e neonatal para os recém-nascidos assistidos na unidade após a alta hospitalar.

CONCLUSÃO

Isto posto, a situação descrita pelo consultante é de resolução complexa. O consultante na sua petição revelou prudência, preocupando-se com possível desfecho negativo para os pacientes assistidos por médico especialista em cirurgia, quando eles necessitariam de médico neonatologista.

Os pacientes quando buscam atendimento médico de urgência e emergência procuram um médico e não um especialista. Entretanto, considerando os avanços da ciência biomédica, e como consequência do aparato tecnológico diagnóstico e terapêutico é muito difícil na contemporaneidade um médico conhecer todos os procedimentos e protocolos de todas as especialidades médicas reconhecidas (53, segundo à Resolução CFM 1.785/06).

Dessa forma, compreende-se a preocupação e a prudência revelada na petição do consulente, que objetiva predominantemente a não-maleficência, ou seja, não prejudicar os pacientes que busquem atendimento de urgência e emergência na Unidade de Saúde onde está lotado.

Do exposto, deve-se buscar uma solução administrativa para o impasse, pois não é adequado que neonatologistas de plantão em UTI neonatal abandonem o atendimento a pacientes em estado grave, deslocando-se até o serviço de urgência e emergência, transgredindo dessa forma o Artigo 36 do CEM.

Deve-se buscar a solução negociada e democraticamente discutida entre as partes envolvidas, cirurgiões, neonatologistas e diretor técnico da unidade, que tem a responsabilidade ética e técnica de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina. O Parecer Cremeb nº 15/06 recomendou que serviço de saúde que anuncie atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA e não dispuser de pediatra de plantão, para atendimento externo, o seu diretor técnico estará incorrendo em infração ética.

Finalmente, por desconhecer o que reza o contrato de trabalho firmado entre as partes (médico plantonista – serviço de saúde) e por também desconhecer as Normas do Corpo Clínico da instituição em tela, recomenda-se ao consulente uma solução negociada entre as partes envolvidas (cirurgiões, neonatologistas e diretor técnico).

APROVADO EM 5/7/2007

Índice Remissivo

Parecer 03/00	Pg. 35	Parecer 01/04	Pg. 390	Parecer 81/05	Pg. 394
Parecer 04/00	Pg. 325	Parecer 03/04	Pg. 145	Parecer 01/06	Pg. 327
Parecer 06/00	Pg. 7	Parecer 06/04	Pg. 46	Parecer 07/06	Pg. 229
Parecer 09/00	Pg. 301	Parecer 09/04	Pg. 147	Parecer 08/06	Pg. 310
Parecer 27/00	Pg. 125	Parecer 10/04	Pg. 359	Parecer 09/06	Pg. 259
Parecer 28/00	Pg. 275	Parecer 11/04	Pg. 203	Parecer 11/06	Pg. 400
Parecer 09/01	Pg. 27	Parecer 12/04	Pg. 186	Parecer 13/06	Pg. 53
Parecer 18/01	Pg. 383	Parecer 13/04	Pg. 376	Parecer 14/06	Pg. 56
Parecer 22/01	Pg. 345	Parecer 15/04	Pg. 303	Parecer 15/06	Pg. 402
Parecer 28/01	Pg. 386	Parecer 17/04	Pg. 17	Parecer 18/06	Pg. 312
Parecer 11/02	Pg. 319	Parecer 19/04	Pg. 280	Parecer 19/06	Pg. 239
Parecer 23/02	Pg. 348	Parecer 27/04	Pg. 29	Parecer 22/06	Pg. 245
Parecer 25/02	Pg. 71	Parecer 28/04	Pg. 117	Parecer 23/06	Pg. 58
Parecer 28/02	Pg. 373	Parecer 31/04	Pg. 179	Parecer 28/06	Pg. 314
Parecer 32/02	Pg. 157	Parecer 33/04	Pg. 305	Parecer 34/06	Pg. 297
Parecer 34/02	Pg. 79	Parecer 39/04	Pg. 193	Parecer 36/06	Pg. 361
Parecer 35/02	Pg. 249	Parecer 43/04	Pg. 335	Parecer 38/06	Pg. 60
Parecer 37/02	Pg. 252	Parecer 03/05	Pg. 289	Parecer 40/06	Pg. 405
Parecer 38/02	Pg. 354	Parecer 04/05	Pg. 265	Parecer 41/06	Pg. 291
Parecer 40/02	Pg. 143	Parecer 10/05	Pg. 48	Parecer 42/06	Pg. 272
Parecer 49/02	Pg. 321	Parecer 11/05	Pg. 307	Parecer 46/06	Pg. 93
Parecer 51/02	Pg. 388	Parecer 13/05	Pg. 197	Parecer 47/06	Pg. 81
Parecer 02/03	Pg. 237	Parecer 16/05	Pg. 149	Parecer 49/06	Pg. 62
Parecer 04/03	Pg. 213	Parecer 24/05	Pg. 199	Parecer 50/06	Pg. 66
Parecer 07/03	Pg. 375	Parecer 26/05	Pg. 21	Parecer 01/07	Pg. 189
Parecer 15/03	Pg. 41	Parecer 28/05	Pg. 339	Parecer 07/07	Pg. 118
Parecer 16/03	Pg. 128	Parecer 30/05	Pg. 224	Parecer 13/07	Pg. 87
Parecer 17/03	Pg. 43	Parecer 35/05	Pg. 392	Parecer 14/07	Pg. 83
Parecer 18/03	Pg. 217	Parecer 37/05	Pg. 129	Parecer 22/07	Pg. 111
Parecer 24/03	Pg. 183	Parecer 39/05	Pg. 285	Parecer 23/07	Pg. 113
Parecer 25/03	Pg. 279	Parecer 41/05	Pg. 267	Parecer 28/07	Pg. 135
Parecer 33/03	Pg. 160	Parecer 45/05	Pg. 99	Parecer 29/07	Pg. 407
Parecer 39/03	Pg. 133	Parecer 46/05	Pg. 139	Parecer 34/07	Pg. 107
Parecer 41/03	Pg. 365	Parecer 48/05	Pg. 100	Parecer 35/07	Pg. 255
Parecer 49/03	Pg. 366	Parecer 49/05	Pg. 50	Parecer 38/07	Pg. 378
Parecer 56/03	Pg. 222	Parecer 62/05	Pg. 270	Parecer 39/07	Pg. 410
Parecer 57/03	Pg. 368	Parecer 66/05	Pg. 165	Parecer 40/07	Pg. 175
Parecer 60/03	Pg. 163	Parecer 72/05	Pg. 253		
Parecer 65/03	Pg. 328	Parecer 73/05	Pg. 187		
Parecer 66/03	Pg. 333	Parecer 77/05	Pg. 102		
Parecer 72/03	Pg. 171	Parecer 78/05	Pg. 153		