

PARECERES DO CREMERJ

APRESENTAÇÃO

A nossa legislação ética tem como base a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, que cria os Conselhos de Medicina, e o Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, que a regulamenta.

O Código de Ética Médica, aprovado após ampla discussão com os médicos de todo o país, foi instituído através de Resolução do Conselho Federal de Medicina e orienta a prática médica em todo o território nacional. O mesmo acontece com o Código de Processo Ético-Profissional, no tocante à tramitação dos processos éticos abertos nos Conselhos de Medicina.

Os questionamentos que surgem no nosso dia-a-dia e não estão contemplados explicitamente na legislação, ou nos Códigos, são respondidos através de Resoluções. Para tanto, os Conselhos de Medicina, apoiados nas suas respectivas assessorias jurídicas, devem estar atentos às demandas do exercício ético da Medicina e procurar resolvê-las. É parte da atuação normativa dos Conselhos, respaldada em Lei.

O CREMERJ vem cumprindo seu papel normatizador ao longo dos anos, e nos diversos campos da nossa atuação profissional, como no caso dos Convênios, da AIDS, dos atestados médicos, do atendimento às emergências, entre outros.

Outro instrumento utilizado para responder aos questionamentos do dia-a-dia é o Parecer. Determinados assuntos, polêmicos ou complexos, exigem do respectivo Conselho de Medicina opiniões bem fundamentadas e competentes. Para obtê-las, um Conselheiro é designado relator, pesquisa sobre o tema, consulta as Câmaras Técnicas, emite seu relatório e o submete à Plenária, órgão máximo de deliberação sobre assuntos éticos. Uma vez aprovado, o Parecer passa a exprimir a opinião do Conselho, e não mais apenas de seu relator.

São muitas as consultas que chegam ao Conselho, sejam de médicos ou da sociedade em geral. Todas são respondidas, algumas como simples consulta. Só aquelas, cujas respostas transformam-se em jurisprudência para o exercício da Medicina, tomam a forma de um Parecer.

Neste livro, apresentamos todas as Resoluções Normativas (excluimos as de conteúdo administrativo) e os Pareceres emitidos pelo CREMERJ desde a sua fundação. Nosso objetivo é municiar a classe com os conhecimentos indispensáveis acerca da nossa legislação ética, contribuindo assim para o bom desempenho da prática médica em nosso Estado.

MAURO BRANDÃO CARNEIRO

Presidente

SUMÁRIO CRONOLÓGICO-ANALÍTICO: PARECERES DO CREMERJ

01/89 - Cobrança de honorários médicos tendo como base o CH congelado da Tabela de Honorários Médicos da AMB, com parte das despesas pagas em convênio com o INAMPS.

02/89 - Relatório de atendimento médico.

03/89 - Conduta a ser tomada quando os pais retiram seus filhos, de hospital, mesmo em estado grave, sem ordem médica.

04/89 - Participação em Jornada, de profissional de outra Instituição, sem que o fato fosse comunicado aos profissionais, da mesma área, da Instituição promotora do evento.

05/90 - Conceito de doença, desde uma perspectiva psiquiátrica, à luz da CID.

06/90 - Relações e compromissos mútuos entre médicos empregados, com especialidade, e órgão empregador.

07/90 - Criação de plantão geral no Hospital da Polícia Militar, com escala obrigatória de residentes em dupla, segundo área clínica e área cirúrgica.

08/91 - Imobilização gessada executada por enfermeiros.

09/91 - Questões éticas relacionadas com a atuação profissional de médicos conveniados e na inter-relação destes com a UNIMED, notadamente as que remetem a cópias de exames, ao prontuário integral de paciente, à substituição de médico assistente na alta de paciente e à cobrança de honorários de visita.

10/91 - Duração de consulta ambulatorial e de visita médica hospitalar à luz da Resolução CREMERJ n. 17/87.

11/91 - Solicitação de exames complementares, requisitados por médico de outra especialidade.

12/91 - Recusa de fiéis da igreja evangélica Testemunhas de Jeová em receber transfusão de sangue e hemoderivados.

13/91 - Esclarecimentos sobre hiperlipemia, atestada como um dos fatores de *causa mortis*, para fins de direito ao recebimento de prêmio de seguro de vida.

14/91 - Questões relativas ao prontuário médico, notadamente acerca do acesso ao mesmo por outros profissionais de saúde, e se esses podem fazer anotações no prontuário.

15/91 - Cobrança de honorários médicos por prestação de serviço particular.

16/92 - Obrigatoriedade ou não do médico comunicar ao (a) parceiro (a) do (a) paciente, resultado de teste de HIV.

17/92 - Meios de esterilização e campanhas de planejamento familiar.

18/92 - Fornecimento de laudo médico entre profissionais médicos.

19/94 - Interrupção de gravidez com feto morto e uso de fórceps.

20/94 - Atendimento a detentos escoltados e algemados.

21/94 - Cardiopatia grave caracterizada em Consenso da S. B. C.

22/94 - Prescrição de medicamentos controlados (Fenobarbitol, benzodiazepínicos etc).

23/94 - Permissão para tratamento experimental em pacientes vítimas de queimaduras em geral, não infectadas, e de ferimentos decorrentes de amputações acidentais das extremidades.

24/94 - Relações profissionais entre médicos.

25/94 - Recusa de pacientes, sob alegações de qualquer natureza, de se submeterem à transfusões de sangue e/ou seus derivados.

26/95 - Embriaguez em decorrência do uso de Biotônico Fontoura.

27/95 - Cobertura, pelos Planos de Saúde de reconstruções mamárias.

28/95 - Contrato padrão celebrado entre a Beauty Care Ltda., empresa especializada em agenciamento de cirurgias plásticas em condições facilitadas e médicos interessados no sistema.

29/95 - Reintegração de médico cirurgião contaminado pelo vírus HIV.

30/95 - Efeitos atribuídos à ingestão do medicamento nimodipina (oxigen-biosintética)

31/95 - Aplicabilidade do Art. 7º e 25 do CEM, responsabilidades de médico com processo em tramitação, de Diretor Técnico e do Corpo Clínico.

32/95 - Atuação do profissional formado em Enfermagem e Medicina, mas contratado como enfermeiro no Serviço Público, em situação de emergência.

33/95 - Encaminhamento de caso de emergência neurológica, feito por assistente social, para unidade assistencial de emergência psiquiátrica.

34/95 - Reconsulta - Golden Cross.

35/95 - Obrigatoriedade de médicos especialistas atenderem fora do âmbito de suas especialidades.

36/95 - Fechamento de emergência psiquiátrica, atuação de médico psiquiatra e recusa de internação psiquiátrica de emergência.

37/95 - Formação profissional de Tecnólogos em Radiologia.

38/95 - Técnico em Radiologia - atribuições.

39/95 - Competência do CREMERJ em interferir nas decisões administrativas de entidades de direito privado.

40/95 - Necessidade e/ou obrigatoriedade de equipe de cirurgia de plantão, quando da realização de intervenção de angioplastia coronariana.

41/96 - Posicionamento do CREMERJ frente à Res. SEE n. 1.978/95, a qual exige do Servidor que este permita ao médico lançar o código da doença no atestado médico ou no boletim de inspeção médica.

42/96 - Informação acerca da possibilidade de estabelecimento de saúde permitir o acesso ou entregar cópia de prontuário médico a herdeiros.

43/96 - Internação compulsória, por via judiciária, de paciente sub-júdice.

44/96 - Pedido de informação sobre instauração ou não de processo ético-profissional.

45/96 - Cobrança de honorários feita por profissional médico, credenciado a um plano de saúde, pelos atendimentos realizados em seus dependentes diretos e agregados, como também em si próprio.

46/96 - Obrigatoriedade de uso do carimbo médico.

47/96 - Supervisão de estágio regular de estudantes de nível médio, de Curso Técnico de Reabilitação, feita por médico fisiatra.

48/96 - Comercialização de sangue.

55/97 - Plantão à distância, por médico especialista em endoscopia digestiva, inclusive em emergências, com reconhecimento da carga horária dispensada no sobreaviso.

58/97 - Plantão médico - jornada dupla de trabalho.

64/98 - Questões acerca do relacionamento profissional entre a equipe de centro de tratamento intensivo e o médico assistente do paciente.

PARECER CREMERJ N. 01/89

INTERESSADO: Dr. A. M. M. C.

RELATOR: Conso Antonio de Oliveira Albuquerque

COBRANÇA DE HONORÁRIOS MÉDICOS TENDO COMO BASE O CH CONGELADO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS DA AMB, COM PARTE DAS DESPESAS PAGAS EM CONVÊNIO COM O INAMPS.

EMENTA: Esclarece que os honorários médicos poderão ser liberados para complementação de despesas por convênios de acordo com o combinado entre as partes; que se pode cobrar adicional noturno e que a cobrança para procedimento cirúrgico não deverá ser feita isoladamente para cada procedimento efetuado.

CONSULTA: Solicitação de Parecer sobre a cobrança de honorários médicos, tendo como base a tabela da AMB para procedimento cirúrgico cobrado isoladamente, adicional noturno e complementação por convênio com o INAMPS de acordo com a tabela da AMB e o CH congelado do mês.

PARECER: Preliminarmente, queremos declarar que toda argumentação aqui exposta, se baseia na Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira, embora que segundo o teor da consulta, houvesse um convênio com o INAMPS, tanto assim, que, diz a mesma: "Paciente ficou internado em apartamento com parte das despesas pagas pelo INAMPS e completada a parte hospitalar pela tabela da AMB".

A partir daí, pelas normas vigentes, o pagamento da equipe médica passa a ser feito através da mesma Tabela. Despreza-se portanto, desde que o paciente vá por livre escolha para acomodação fora do contrato do INAMPS, a Tabela deste e passe a se considerar, apenas, a Tabela da AMB.

Surge então o **primeiro quesito** do Processo Consulta: "O Cirurgião Plástico, segundo o advogado do paciente, cobrou isoladamente cada procedimento

cirúrgico (cinco incisões e suturas na face). Pela Tabela, paga-se pelo maior procedimento ou isoladamente cada?"

Respondemos: É óbvio que a via de acesso da face é a própria face. Não fora assim, como agiria o cirurgião plástico na cirurgia estética da face? Obrigatoriamente, teria ele de fazer 2 (duas) incisões à altura do implante do couro cabeludo: uma à esquerda, outra à direita. Cobraria por isso cirurgia em 2 (duas) faces? Na cirurgia de ovário, da mesma forma, tanto que o código 45.07.001.6, da citada Tabela da AMB, dá o mesmo valor, não desdobrando-o em dois códigos: "O ooforectomia uni ou bilateral".

O item 11 da Tabela da AMB, apesar de fazer referência às cavidades torácica e abdominal, é abrangente no seu contexto: "11 - Quando se verificar durante o ato cirúrgico, na cavidade torácica ou abdominal a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões (...)"

A face, é uma região só. Testu em seu Tratado de Anatomia Humana (v. 1, p. 818), descreve "Músculos da face", começando pelo frontal e terminando no zigomático. Que expressão teria a face se isoladamente cada músculo se manifestasse? Poderia haver um riso nos lábios, um choro nos olhos e um bater de asa no nariz, tudo ao mesmo tempo?

Mestre Aurélio, em seu Dicionário nos diz: "Face - parte da cabeça que fica na porção inferior e anterior do crânio, semblante, cara (...)"

Finalmente a Tabela da AMB, quando trata dos procedimentos radiológicos (p. 80), codifica: "crânio e face" - 01.32.01.000.1.

Não é, portanto, permissível a cobrança de mais do que um procedimento cirúrgico pelo cirurgião e, bem assim, pelo anestesista na sutura de incisões verificadas na mesma região, no caso, a face.

Segundo quesito: "Foi cobrado adicional noturno de 30%. É correto tal procedimento?"

Respondemos: Não somente correto, como também amparado desde 1962, quando foi implantada pelos antigos IAPês, a Unidade de Serviço (US), através da Resolução 262. A Tabela da AMB, diz: Item 18. "Os honorários médicos terão um acréscimo de 30% nas seguintes eventualidades: a) no período compreendido entre 19 h e 7 h do dia seguinte."

Terceiro quesito: "O anestesista era o de plantão de sobreaviso, mesmo assim, podia cobrar sua parte pela Tabela da AMB e também os 30% de adicional noturno?"

Respondemos: O item 17 das Instruções Gerais da Tabela da AMB diz "(...) b) Quando o paciente livremente se internar em INSTALAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES, diferentes daquelas normalmente programadas e autorizadas pelas suas respectivas instituições, **os honorários médicos serão liberados para uma complementação de comum acordo entre as partes.**"

Hoje, está plenamente reconhecido pelo INAMPS, que os pacientes internados em acomodações superiores, sofrerão uma cobrança à parte por qualquer membro da equipe médica que o atendeu. Está perfeitamente em acordo a cobrança do anestesista, segundo os termos e valores e nas mesmas proporções das estabelecidas para o hospital e o cirurgião, desde que observadas as limitações esclarecidas no quesito n. 1.

Quarto quesito: "Os valores a serem pagos, deverão ser feitos pelo CH da época?"

Respondemos: Os valores do CH de outubro de 1988, eram tabelados em Cr\$ 89,45. De lá para cá tivemos um surto inflacionário que veio se deter apenas no congelamento de 15 de janeiro, quando o CH estava em Cr\$ 186,05 - e aí foi congelado. Achamos portanto, que cobrar pelos valores vigentes em outubro e receber em março ou abril, seria um despropósito.

Com as Empresas Prestadoras de Serviços Médicos ficou estabelecido que pagamentos atrasados acima de 30 dias, conforme reza a Resolução n. 19/87, seriam pagos pelo CH do mês. Achamos portanto, que a mesma regra se estabeleça para o caso em tela.

Quinto quesito: "Quais seriam estes valores?"

Respondemos: No presente Processo Consulta, já dissemos exaustivamente tudo que nos pareceu certo e em conformidade com tabelas e valores a cobrar. Não podemos porém, dizer se o valor é este ou aquele, porque dependem dos cálculos a serem feitos tomando por base o acordado entre o hospital e o paciente; a cobrança e o enquadramento do código feito pelo cirurgião e pelo anestesista. Colocado o procedimento médico dentro do código e do porte da Tabela da AMB, cabe ao profissional médico cobrar os valores correspondentes, tomando por base o CH congelado.

É o nosso parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 10/05/89)

PARECER CREMERJ N. 02/89

INTERESSADO: Clínica Galdino Campos

RELATOR: Conso Antonio Mendes Biasoli

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO.

EMENTA: Dispõe sobre a rejeição do relatório de atendimento médico, por considerá-lo antiético, uma vez que fere o segredo médico.

CONSULTA: Consulta formulada pela Clínica Galdino Campos, solicitando parecer ético sobre "relatório de atendimento médico", documento este que foi exigido pelas gerências de seguros internacionais e hotéis, aos quais a clínica presta serviços.

PARECER: Designado para emitir parecer sobre consulta formulada pela Clínica Galdino Campos a respeito de "Relatório de atendimento médico", somos da seguinte opinião: que o mesmo em alguns itens de serviços realizados e complementares e na parte de conclusão, possibilita a informação sobre o diagnóstico, o que fere o segredo médico.

Desta maneira, somos de opinião que o Conselho deve rejeitar o relatório de atendimento médico, por ser o mesmo antiético.

(Aprovado em Sessão Plenária de 10/05/89)

PARECER CREMERJ N. 03/89

INTERESSADO: Dr. M. A. L. M.

RELATOR: Conso Humberto José Coelho Martins

CONDUTA A SER TOMADA QUANDO OS PAIS RETIRAM SEUS FILHOS, DE HOSPITAL, MESMO EM ESTADO GRAVE, SEM ORDEM MÉDICA.

EMENTA: Dispõe sobre a responsabilidade do médico quando da remoção ou transferência de criança, a pedido dos pais ou responsáveis. Alerta que se o caso é grave, a retirada do paciente do hospital pode vir causar-lhe problemas maiores, e o médico não pode e não deve permitir que isto ocorra, mesmo com a existência do termo de responsabilidade, pois o mesmo só é admissível quando existe a certeza médica de que a remoção do paciente não lhe trará qualquer problema. Assim sendo, mesmo com a assinatura do termo de responsabilidade, o médico não está isento de ser processado pela família do paciente, caso ocorra dano a esse após a transferência.

CONSULTA: Trata-se de consulta solicitando orientação quanto ao procedimento dos médicos em casos nos quais os pais ou responsáveis resolvem retirar do hospital seus filhos, algumas vezes em estado grave. Questiona se o termo de responsabilidade tem algum valor jurídico, uma vez que há casos em que a família assina a retirada, o paciente falece e o médico é processado.

PARECER: Resposta à consulta do Dr. M. A. L. M., que solicita orientação quanto ao procedimento de médicos, em casos que pais ou responsáveis resolvem retirar do hospital seus filhos, algumas vezes em estado grave, mesmo quando aqueles assinam o termo de responsabilidade, sem autorização do médico acompanhante do paciente, baseada no parecer da Assessoria Jurídica do CREMERJ.

1. Se o caso é grave e a retirada do paciente do hospital pode vir causar-lhe problemas maiores, piorando seu estado de saúde, o médico não pode e não deve permitir que isto ocorra, mesmo com a existência e assinatura do termo de responsabilidade.
2. O termo de responsabilidade, como peça de valor jurídico correto, só é admissível quando existe a certeza médica de que a remoção do paciente, do local onde está internado, não lhe trará qualquer problema.
3. A remoção ou transferência de paciente é um ato de competência do médico, que é a única autoridade capaz de avaliar as condições do paciente. A autorização dada pelo leigo não exclui a responsabilidade do técnico em caso de danos.
4. Consideramos que até o momento, mesmo com a assinatura do termo de responsabilidade, o médico não está isento de ser processado pela família do paciente, caso ocorra dano a este paciente após a sua transferência.
5. Desta maneira, recomendamos ao médico responsável, que caso haja conflito insolúvel, se dirija às autoridades competentes.

(Aprovado em Sessão Plenária de 10/05/89)

PARECER CREMERJ N. 04/89

INTERESSADO: M. L. de B.

RELATOR: Conso José Eberienos Assad

PARTICIPAÇÃO EM JORNADA, DE PROFISSIONAL DE OUTRA INSTITUIÇÃO, SEM QUE O FATO FOSSE COMUNICADO AOS PROFISSIONAIS DA MESMA ÁREA, DA INSTITUIÇÃO PROMOTORA DO EVENTO.

EMENTA: Opina pelo arquivamento da denúncia, pelo fato do Código de Ética Médica não contemplar a pretensão do denunciante.

CONSULTA: A consulta versa sobre se há procedência na instauração de medida ética, pelo fato de profissional de outra Instituição ter sido convidado para participar em Jornada, sem que o fato fosse comunicado aos profissionais da mesma área, da Instituição promotora do evento.

PARECER: Um chefe de Serviço deve ter e tem autonomia para convidar qualquer colega de qualquer outro Serviço, para falar em uma Jornada. Será que o convidado não está desenvolvendo experiência em alguma terapêutica ou modalidade diagnóstica que interesse a quem o convidou?

Entendo que o Código de Ética Médica não agasalha a pretensão do denunciante, visto que em nenhum dos seus artigos existe uma posição.

Esperando que a paz se restaure, dou o meu parecer pelo arquivamento da denúncia.

(Aprovado em Sessão Plenária de 25/10/89)
PARECER CREMERJ N. 05/90

INTERESSADO: Sr. P. P. R.

RELATOR: Prof. Dr. Talvane M. de Moraes

CONCEITO DE DOENÇA, DESDE UMA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA, À LUZ DA C. I. D.

EMENTA: Esclarece que os distúrbios de personalidade (personalidade psicopática) não se constituem em doenças mentais e sim, em transtorno imutável e incurável do caráter e que a CID cataloga quaisquer situações onde possa haver intervenção médica, ou de serviços de saúde, sem com isso rubricar todas as situações previstas na CID como doença, no sentido estrito do termo.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre distúrbios de personalidade (psicopatia); se estes são ou não caracterizados como doença ou enfermidade, se cabe a reforma ex-ofício de militar portador de personalidade psicopática e se todas as catalogações existentes na CID são doenças, no sentido estrito do termo.

PARECER: Lendo-se o requerimento formulado pelo consulente, verifica-se que a questão fundamental se prende ao fato de ter sido ele reformado pelo Serviço Médico da Aeronáutica, sob a rubrica nosológica "personalidade psicopática", sendo que o citado Serviço Médico da Aeronáutica, consultado acerca de ser ou não a personalidade psicopática doença, opinou no sentido que tal distúrbio de caráter seria "doença porque está arrolado na CID e no NIDCM" (sic).

O peticionário, então, pergunta:

1. Os distúrbios de personalidade (PSICOPATIA) são ou não uma doença ou enfermidade?

2. As Leis Militares prevêem diversos motivos para a reforma ex-ofício. Dentre eles:

a) julgado inválido ou fisicamente incapaz para o serviço militar decorrente de doença sem relação de causa ou efeito com serviço;

b) julgado incapaz moral ou profissionalmente, em processo.

Em qual das duas situações cabe o enquadramento do portador de personalidade psicopática, para fins de reforma? Cabe a reforma por doença para a personalidade psicopática? Em que situações? Pode ser determinado por meio de simples entrevistas?

3. Pode a CID e o NIDCM serem considerados para definir o que é doença e o que não é?

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Verificamos, *in casu*, que a questão central da consulta se prende ao fato de se classificar a personalidade psicopática como **doença**, por se achar tal diagnóstico incluído na **Classificação Internacional de Doenças, da O. M. S.**

Somente aos leigos em Medicina, salvo melhor juízo, poderá parecer que o simples fato de existir uma classificação global de todos os distúrbios e transtornos, além de práticas médicas, como é o caso da C. I. D, autoriza o entendimento de que todos os itens ali incluídos se constituem em doença, *strictu sensu*.

Na realidade, como é sabido, a citada Classificação Internacional de Doenças se constitui em um catálogo sistemático, elaborado sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, que visa universalizar a terminologia médica, instituindo itens diversos que contêm diagnósticos de doenças, enfermidades, mal-formações, distúrbios e, inclusive, exames e práticas médicas. Senão, vejamos alguns exemplos:

281.0 = anemia perniciosa (doença);

295.3 = psicose esquizofrênica, tipo paranóide (Transtorno mental, doença mental, psicose);

2070.0 = exame médico geral de rotina num serviço de assistência à saúde;

2062.0 = desemprego;

650.9 = parto completamente normal;

Com os exemplos anteriores, resta claro que a Classificação Internacional de Doenças cataloga quaisquer situações onde possa haver interveniência médica, ou de serviços de saúde, sem querer rubricar todas as situações previstas na CID como doença, no sentido estrito do termo.

Vale a pena lembrar que o termo original da classificação, **DISEASE**, em inglês, tem vários sentidos, a saber: "to cause disease in; to interrupt or impair any or all the natural and regular functions of (an organ of a living body); to afflict with pain or sickness; to derange; to corrupt" - (Webster's Dictionary, second edition, USA,

1975). Em nosso vernáculo, pode-se traduzir a palavra por doença, enfermidade, moléstia, distúrbio.

Como vemos, o termo disease não significa somente **doença** e pode ter sentido semântico mais amplo.

Com o passar do tempo, a práxis médica internacional começou a verificar a falta de exatidão do termo disease, gerador de confusões terminológicas como a atual questão, e a Associação Psiquiátrica Americana (USA), adotou, então o termo **DISORDERS**, em sua classificação de transtornos mentais. Assim, a atual DSM-III-R adota a expressão "DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS", traduzido em português como "MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DOS DISTÚRBIOS MENTAIS", Lisboa, 1986.

Vemos que realmente, o termo **distúrbio** se presta muito melhor ao uso clínico psiquiátrico, eis que engloba toda a gama de transtornos, enfermidades, doenças, etc. que podem acometer os pacientes.

Temos notícia recente de que a OMS já se prepara para lançar a 10ª revisão da CID, onde o termo **disease** será alterado para **disorders**.

No presente caso, *sub consulta*, pelos elementos históricos que nos foram fornecidos, verifica-se que o consulente foi reformado pelo Serviço Médico da Aeronáutica sob o diagnóstico de **PERSONALIDADE PSICOPÁTICA** e que, consultada a citada instituição, foi alegado pelos especialistas da FAB que tal rubrica se refere a doença por estar enquadrada na Classificação Internacional de Doenças.

Ao compulsarmos a CID, 9ª revisão, temos que a rubrica personalidade psicopática aparece sob a nomenclatura de **transtornos da personalidade**, do título V, Transtornos Mentais, capítulo **Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais NÃO PSICÓTICOS (300-316)**.

Observa-se o cuidado da CID em separar, completamente, os capítulos das chamadas doenças mentais, *strictu sensu*, de outros transtornos da personalidade, enfatizando-os como não psicóticos, vale dizer, não assemelhados às doenças mentais típicas, que são as psicoses.

Também a DSM-III-R mantém o mesmo critério, classificando a personalidade psicopática em capítulo destacado do das denominadas doenças mentais, atribuindo-lhe a rubrica **DISTÚRBIOS DA PERSONALIDADE**.

Na realidade, é do conhecimento corriqueiro dos especialistas em Psiquiatria que a expressão doença mental se refere, estritamente, às psicoses, sejam endógenas ou exógenas, excluindo-se desta rubrica as neuroses e as personalidades psicopáticas. Tanto pela etiologia, quanto pela evolução, prognóstico e terapêutica, diferem radicalmente as personalidades psicopáticas das denominadas psicoses, ou doenças mentais propriamente ditas.

Dessa forma, em resposta conclusiva e objetiva ao que foi indagado pelo consulente, temos a responder que:

1. Os distúrbios de personalidade (personalidades psicopáticas) não se constituem em doenças mentais, classificando-se entre os transtornos da estrutura da personalidade, sendo, portanto, anormalidades que,

biograficamente, muito cedo se instalam no indivíduo, a partir de fatores heredo-constitucionais, ou precocemente adquiridos, tornando-se, por isso mesmo, imutáveis ao longo da vida e oferecendo poucas ou nenhuma chance de êxito terapêutico. O fato de tais distúrbios de personalidade se acharem incluídos na Classificação Internacional de Doenças, deve ser entendido como uma catalogação genérica de todos os distúrbios mentais e não como a espécie doença mental.

2. Parece mais adequado, pelo que foi exposto, que o enquadramento de alguém que apresente distúrbio de personalidade seja o de ser julgado incapacitado por tal transtorno de personalidade. Entretanto, poderá o especialista em Psiquiatria, ou a Junta Militar de Saúde, rotular o distúrbio, assinalando sua referência na Classificação Internacional de Doenças, explicando, contudo, que não se trata de psicose, ou doença mental propriamente dita, mas um transtorno do caráter que é imutável e incurável. Quanto ao diagnóstico, deve ser feito baseado em entrevistas, avaliação da curva biográfica do paciente e dados anamnésicos seguros, além de cuidadoso diagnóstico diferencial com outros distúrbios da esfera psíquica ou orgânica.

3. Por si só não, eis que, como foi exaustivamente exposto, trata-se de classificações genéricas de distúrbios mentais e não de um catálogo das doenças mentais, em sentido estrito.

É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 22/01/90)

PARECER CREMERJ N. 06/90

INTERESSADO: Dra. M. N. C. C.

RELATOR: Dr. Gilson Maurity Santos

RELAÇÕES E COMPROMISSOS MÚTUOS ENTRE MÉDICOS EMPREGADOS, COM ESPECIALIDADE, E ÓRGÃO EMPREGADOR.

EMENTA: Esclarece que o médico contratado como especialista, não está obrigado a executar ato médico fora de sua especialidade, porém, em condições de extrema emergência, risco de vida ou inexistência de presença de outros colegas, por uma questão ética e não contratual, esse profissional deve envidar seus melhores esforços assistenciais e particulares, no atendimento de pacientes.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a obrigatoriedade ou não de médico contratado como especialista prestar atendimento, fora de sua especialidade, nas seguintes situações: na emergência, quando na situação de não ser único profissional médico presente e não existir risco de vida extremo de paciente; como auxiliar nas operações cirúrgicas; participando da escala de remoções de pacientes em ambulância.

PARECER: Creio que tais dúvidas resultam da modificação do espírito que recentes concursos públicos proporcionaram. Estreitaram os compromissos dos médicos com as redes assistenciais que os empregassem, impedindo por princípio, as remoções de uma unidade para outra.

Arranjaram, apressadamente, um estatuto que, em reverso, amarrou os empregados ao exercício das especialidades para as quais foram contratados. O autoritarismo e a burocracia normalmente têm esses tipos de furos nas decisões, porque não são jamais coletivas e compartilhadas.

Bem, a resposta é muito clara. O médico contratado para exercer uma função muito especializada, não tem qualquer obrigação ou compromisso com a entidade que o emprega, fora dos termos desse contrato. Os compromissos do médico com sua profissão e a ética de sua categoria situam-se em um plano acima do resultante de contratos e não podem ser usados para fazer valer vantagens dos empregadores no contrato de trabalho. A Dra. vislumbrou muito bem em suas perguntas, esse compromisso ético, quando subentendeu, que na vigência de extrema urgência, risco de vida do paciente ou inexistência de outros colegas capazes, ela não teria dúvidas, assumiria e assumirá qualquer tarefa.

De resto, uma Instituição ou Empresa que coloca em função de assistência, colegas contratados para exercer atividades especializadas, há de ser responsabilizada pelos danos causados aos pacientes nos atendimentos, fora da especialidade.

O segundo aspecto que me parece relevante tratar aqui é algo que, com certeza, determina ou determinou, a eventual ordem que gerou as perguntas formuladas. Vejamos como:

Uma "equipe" de Emergência, como qualquer outra, evidentemente tem uma equifinalidade; se não tem deveria ter para uma equipe - ou seja, o atendimento de pacientes em condições que configurem emergência. Ora, se a "equipe" não é mobilizada pela chefia para essa finalidade geral, claro que vão aparecer "buracos negros" ou "zonas cinzentas" nos quais se dão os conflitos e o mau atendimento. A mobilização provida por um chefe faz-se através de medidas simples: a) **compartilhamento de informações** (não deve haver assuntos de equipe que só o chefe ou alguns saibam), b) **comportamento de apoio** (no qual o chefe busca incentivar o desenvolvimento das responsabilidades de seus subordinados) e c) **participação em todas as decisões, de todos os membros da equipe, quando se tratar de problemas da equipe** (normas, padrões, comportamentos etc). São assuntos de todos e não só de chefe. A isso se chama trabalho em equipe, genuíno, senão, não o é. Uma equipe para ser

realmente uma equipe é necessário que ela compartilhe não apenas nas ações mas também nas decisões.

Então o determinante das relações entre os membros da equipe é a própria maneira pela qual a equipe se conduz em trabalho conjunto. A atuação da chefia é absolutamente decisiva nisso. Um chefe autoritário desmoraliza e impede o crescimento de seus subordinados. Um chefe omissivo desmonta qualquer tipo de trabalho em conjunto, para citar dois exemplos típicos. Conclui-se que, sem as 3 medidas acima descritas, não há equipe que consiga ser, muito tempo, eficaz se algum dia o foi.

Ora, cada chefe de equipe é subordinado a uma equipe superior de Emergência, que tem um Chefe Geral onde a demanda por bons padrões de desempenho é igual. Sendo assim, os chefes de equipes de plantão são, ou não, mobilizados para a execução das funções de suas equipes. Da mesma maneira que o Chefe Geral, o Diretor de Divisão, até o Diretor do Hospital.

Só é possível alcançar-se os padrões de otimização se forem criados mecanismos para o estabelecimento dessa rede de equipes que se superpõem fazendo com que cada chefe de equipe seja subordinado de uma equipe superior. Chamamos este papel, de pino-de-ligação, que é o modo pelo qual uma equipe se subordina a outra.

Em que, isso se refere às perguntas da Dra.? Fácil. Se o chefe de uma equipe não usa as medidas simples descritas aqui, o que acontece? Começa a dar ordens de sua cabeça sem ter passado pelo crivo de uma discussão e decisões coletivas conseqüentes de sua equipe. Resultado: uso do poder e não de coordenação e uma liderança efetiva. No fim: conflitos, insatisfação no trabalho e assistência mal feita.

Até hoje nunca ouvi falar de um critério de competência para escolha de dirigentes de hospitais do Estado, creio que já é hora de começar.

As perguntas são muito oportunas e não teriam sido feitas se ela trabalhasse em uma equipe verdadeira, interativa e interinfluyente. Eventualmente ela poderia fazer tudo aquilo com que ela não tem compromissos, nem ético, nem contratual, porque teria sido colocado um outro compromisso: com sua equipe, seu grupo, que só uma boa chefia cria, mantém e desenvolve.

Resumindo e propondo a ementa das respostas a serem dadas às perguntas formuladas:

1) - O médico contratado ou empregado em cujo contrato esteja especificada a especialidade para a qual foi admitido não tem obrigação de exercer outra atividade. Claro que em condições de extrema emergência, risco de vida do paciente ou inexistência de outros colegas presentes, por uma questão ética e não contratual, deve ele envidar seus melhores esforços assistências e particulares.

2) - O médico especialista contratado para execução de assistência na especialidade, conforme mostra o contrato, também não é obrigado a participar de escalas de saídas em ambulâncias, exceto se se tratar de atendimento a enfermos com lesões que caibam na competência de sua especialidade;

sempre com a ressalva ética dos casos de risco de vida ou ausência de outros profissionais disponíveis.

3) - Também a colega não é obrigada a participar de escalas de cirurgias que não se relacionam com a especialidade para a qual foi contratada exercer, a não ser obviamente, para casos já previstos nas respostas anteriores pelo compromisso ético envolvido.

Salvo melhor juízo.

(Aprovado em Sessão Plenária de 13/06/90)

PARECER CREMERJ N. 07/90

INTERESSADO: AMERERJ

RELATOR: Conso Amancio Paulino de Carvalho

CRIAÇÃO DE PLANTÃO GERAL NO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR, COM ESCALA OBRIGATÓRIA DE RESIDENTES EM DUPLA, SEGUNDO ÁREA CLÍNICA E ÁREA CIRÚRGICA.

EMENTA: Esclarece ser a residência médica uma modalidade de pós-graduação médica, cujo cerne é o treinamento em serviço, sendo a especialização um produto da residência médica, e não sua premissa.

CONSULTA: A consulta diz respeito a possível conduta antiética por parte do Diretor de Hospital Militar obrigando os médicos residentes à um plantão geral, fora de sua área de treinamento, alertando que é tradição naquele Hospital de que os médicos residentes prestem plantões em suas especialidades.

PARECER:

Os termos da consulta enviada dizem respeito a possível conduta antiética por parte da direção do HPM, ao criar um plantão geral com Residentes em dupla, um da área clínica e outro da área cirúrgica.

Ora, por definição, a Residência Médica se constitui em modalidade de pós-graduação médica "*lato sensu*", cujo cerne é o treinamento em serviço. Como premissa acacia, somente médicos diplomados a podem cursar. Isto implica em formação geral que os deve ter capacitado na graduação ao atendimento de condições cirúrgicas simples e clínicas habituais, perfeitamente compatíveis com um plantão geral em um hospital de clínicas, desde que assegurada supervisão adequada pelo corpo médico.

A especialização é um produto da Residência Médica, e não sua premissa. Além do mais, tem sido política da própria Comissão Nacional de Residência Médica incluir um ano de treinamento em clínica médica e cirurgia geral, respectivamente, nos programas das especialidades clínicas e cirúrgicas. Os princípios que não devem ser feridos são:

1. A carga horária máxima semanal da Residência Médica: 60 (sessenta) horas;
2. A carga horária máxima de plantão por semana: 24 (vinte e quatro) horas;
3. O direito do Residente em não ser prejudicado no treinamento em sua especialidade.

Todas essas premissas podem e devem ser discutidas e acordadas entre os Residentes, representados pela AMERERJ e respectiva Associação Hospitalar, e a própria Direção do hospital envolvido.

(Aprovado em Sessão Plenária de 17/07/90)

PERECER CREMERJ N. 08/91

INTERESSADO: Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro

RELATOR: Conso Walter de Almeida Barbosa

IMOBILIZAÇÃO GESSADA EXECUTADA POR ENFERMEIROS.

EMENTA: Esclarece que a confecção do aparelho gessado não é exclusiva do ortopedista; a supervisão e a responsabilidade sim. Quando realizado por enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cabe avaliar se este encontra-se habilitado para esta tarefa. Respeita as considerações do COREN, que preceitua: "Médico e Enfermeiro são profissões distintas, profissões que exigem habilitação por serem técnicas especializadas em maior ou menor grau, em maior ou menor importância, indispensáveis à boa execução das atividades hospitalares". Inclui Anexo da SBOT-RJ e Decisão COREN-RJ n. 793/90.

CONSULTA: Presidente do COREN, solicita providências cabíveis do CREMERJ, quanto a documentação enviada por enfermeiros de Estabelecimento de Saúde, que abordados por médicos ortopedistas de plantão, questionaram sobre a execução de imobilização provisória tipo "calha gessada" por parte da equipe de enfermagem, respaldados pela Resolução n. 793/90 do COREN-RJ.

PARECER: A imobilização gessada é um procedimento médico tradicionalmente reconhecido, cabendo portanto ao médico a indicação e a orientação desta atividade.

A confecção do aparelho gessado é também de responsabilidade do médico, e quando realizado por enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cabe avaliar se este se encontra habilitado a esta tarefa, devendo o ortopedista assumir as imobilizações que requeram manobras e maiores cuidados técnicos, assim como orientar os pacientes sobre a evolução e possíveis complicações que possam ocorrer após a colocação do aparelho gessado.

A fim de não assumir uma posição pessoal, consultei a SBOT-RJ cuja resposta anexamos a este parecer.

Acreditamos que as considerações e a proibição do COREN conflita com uma realidade já estabelecida internacionalmente, por isso não concordamos que pelo fato de não constar do curriculum do curso de enfermagem esta atividade ortopédica, impeça que estes profissionais se habilitem a prática deste ato especializado.

Acrescento ainda que esta atividade auxiliar em ortopedia, não está restrita ao aparelho gessado, abrangendo outros procedimentos com o uso da serra de gesso, outros tipos de imobilizações, kits de tração etc, comuns numa sala de gesso. O afastamento destes profissionais acarretará sérios problemas ao atendimento do paciente ortopédico, principalmente se levarem em consideração o volume deste procedimento em nossos hospitais.

Concluimos que:

1. A confecção do aparelho gessado não é exclusiva do ortopedista, a supervisão e a responsabilidade sim.
2. Respeitamos a autonomia do COREN em punir, porém estamos dispostos a discutir os critérios que possibilitem estes profissionais de se habilitarem a esta tarefa.

(Aprovada em Sessão Plenária de 03/04/91)

ANEXO I

POSIÇÃO DOS ORTOPEDISTAS DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO A AUXILIARES DE IMOBILIZAÇÕES.

1. A SBOT-RJ preocupada com o desempenho dos auxiliares de imobilizações, realiza periodicamente um curso intensivo de Aperfeiçoamento Técnico Intensivo para Imobilizações, ao qual todos os Serviços de Ortopedia do Estado enviam seus funcionários para atualização.

O curso consta de programa teórico e prático além de prova escrita e crédito-estágio de 120 horas.

2. O médico é responsável pelas imobilizações que seus auxiliares, treinados e por eles supervisionados, venham a proceder.

3. Somente médicos, por ética e segurança, procedem imobilizações de risco, principalmente aquelas para coluna vertebral ou sob anestesia.

4. Não aceitamos a posição do COREN-RJ em **proibir** um tipo de atividade profissional especializada, alegando não constar do currículo do Auxiliar de Enfermagem ou de Enfermagem, noções de imobilizações! Estas ações são consideradas de extensão e não necessariamente devem ser incluídas no curso de graduação. Assim funciona nos países de Medicina Privada (EUA) como nos de Medicina Socializada (Inglaterra, Canadá): São os "After care", enfermeiros e auxiliares de enfermagem que após treinados são responsáveis até por gessados complexos como os de pé torto congênito e pós-operatórios. Este argumento, fecharia ao auxiliar e ao enfermeiro atuação em várias frentes, como por exemplo, o atendimento de urgência em via pública quando se faz necessário, em 90% dos casos, a imobilização do paciente.

5. Concordamos que IMOBILIZAR é tão nobre e tão técnico quanto dar banho, dispensar medicação ou limpar uma ferida, de um paciente. É um ato de responsabilidade, porém simples, reproduzível e controlável. Deve, entretanto, respeitar técnicas e normas.

6. Por reconhecer esta deficiência, é que a SBOT-RJ já organizou 09 (nove) Cursos para Confecção de Gessados, com o maior sucesso, e que após estes, a qualidade das imobilizações melhorou em 70%, conforme estatística obtida de Clínicas privadas e Hospitais Públicos.

7. A atual decisão do COREN-RJ prejudica a população e impede o aprimoramento técnico de seus profissionais, pois IMOBILIZAR É UM ATO ESPECIALIZADO.

8. Quando o auxiliar for efetivamente capaz e especializado para realizar, dentro das normas técnicas, uma imobilização adequada, sob supervisão médica, não há motivos para impedi-lo.

9. Segue anexo as opiniões conseguidas pela SBOT-RJ, da Comissão encarregada em avaliar a atuação do profissional de enfermagem nas imobilizações.

OPINIÕES DA COMISSÃO TÉCNICA DA SBOT-RJ QUANTO À ATIVIDADE DOS AUXILIARES DE CONFECÇÃO DE IMOBILIZAÇÕES.

A) São importantes por levar:

1. Agilidade do serviço ambulatorial e de urgência, principalmente em estabelecimentos públicos;
2. rapidez e eficiência no atendimento à população;
3. maior conservação e durabilidade de materiais (tesoura, serra, baldes etc.);
4. controle efetivo de gastos (custo x benefício) ;
5. limpeza do ambiente e do cliente;
6. melhor atendimento, pois um gessado à 4 mãos garante uma qualidade técnica superior da imobilização;
7. ao médico, maior tempo útil para diagnóstico e análise de conduta a utilizar quando procedem a imobilizações simples.

B) É entretanto necessário ao profissional:

1. Treinamento básico em curso de extensão;
2. reciclagem periódica;
3. supervisão médica de suas atividades.

ANEXO II

DECISÃO COREN-RJ N. 793/90

Proíbe que o pessoal de Enfermagem, confeccione e coloque aparelhos de gesso.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, dando cumprimento a deliberação do Plenário em sua 175ª Reunião Ordinária, pelo que lhe confere a Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973.

CONSIDERANDO o que preceituam os Artigos 8º, 10 e 11 do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986.

CONSIDERANDO que confecção e colocação de aparelho de gesso não faz parte da grade curricular dos Cursos do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

CONSIDERANDO não ter o pessoal de Enfermagem conhecimentos científicos e preparo técnico para confecção e colocação de aparelho gessado.

CONSIDERANDO os sérios riscos que poderão decorrer deste tratamento para o cliente, quando executado por pessoal não habilitado e sem preparo.

CONSIDERANDO o que preceitua o Código de Deontologia de Enfermagem, no seu Art. 12, que diz... "O Enfermeiro protege o cliente contra danos decorrente

de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde".

CONSIDERANDO o Art. 47 do Decreto Lei 3.688, (Lei das Contravenções Penais) de 03 de outubro de 1941, que diz: ... "Exercer sem preencher as condições a que por lei está subordinado o seu exercício".

CONSIDERANDO a que refere o Art. 29 do Decreto Lei 2.848 de 07 de dezembro de 1940, do (Código Penal) que diz:... "Quem de qualquer modo, concorre para o crime incide nas penas a estes cominadas, na medida de sua culpabilidade.

CONSIDERANDO o Art. 5o , Inciso XIII da Constituição da República Federativa do Brasil) ... "É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a Lei estabelece.

CONSIDERANDO o Art. 3o do Código de Infrações e Penalidades da Enfermagem, que diz... "Responde pela infração quem a cometer ou de qualquer modo concorrer para sua prática ou dela ser beneficiada".

CONSIDERANDO que a infração ética é uma ação ou omissão que implica em desobediência, ou inobservância às disposições do Código de Ética de Enfermagem (Art. 2o do Código de Infrações e Penalidades).

DECIDE: "O pessoal de Enfermagem está terminantemente proibido de confeccionar e colocar aparelho de gesso, ficando sujeito à infração ética pelo Artigo 8o, Inciso XIX do Código de Infrações e Penalidades: ... "prestar ao cliente serviço que, por sua natureza incube, a outro profissional ou ocupacional, salvo em caso de urgência, epidemia, guerra, calamidade pública ou grave crise social", cuja Pena poderá ser: advertência verbal ou censura, suspensão do exercício profissional ou cassação do direito a esse exercício."
Este ato decisório entrará em vigor na data de sua assinatura.

Rio de Janeiro, 03 de janeiro de 1990.

PARECER CREMERJ N. 09/91

INTERESSADO: Conselho de Administração da UNIMED de São Gonçalo - Niterói

RELATOR: Conso José Eberienos Assad.

QUESTÕES ÉTICAS RELACIONADAS COM A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE MÉDICOS CONVENIADOS E NA INTER-RELAÇÃO DESTES COM A UNIMED, NOTADAMENTE AS QUE REMETEM À CÓPIAS DE EXAMES, A PRONTUÁRIO INTEGRAL DE PACIENTE, À SUBSTITUIÇÃO DE MÉDICO ASSISTENTE NA ALTA DE PACIENTE E À COBRANÇA DE HONORÁRIOS DE VISITA.

EMENTA: Esclarece que os laudos pertencem primeiro ao paciente e segundo ao seu médico assistente, não devendo ser repassados para a empresa de intermediação do Serviço Médico, sendo inclusive perfeitamente lícito a refusão de cessão de prontuário médico; que o médico deve sempre evoluir em detalhe seus pacientes, registrando dia e hora em que foi visto, e sempre de próprio punho, a menos que uma intercorrência exija sua presença, no momento evolutivo, em outro lugar; que ao CREMERJ o que interessa é saber se o médico substituto encontra-se em pleno gozo do exercício médico, matéria que deve reformar nas cláusulas contratuais, e caso seja inverídica a substituição, estará sendo cometido delito ético.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a existência ou não de impedimento ético à solicitação de envio de cópias de resultados de exames de laboratórios, raio x, ultra-som etc., pelos Serviços contratados, juntamente com as faturas de cobrança; se no prontuário o médico assistente deve colocar data e hora, prescrição e evolução clínica de próprio punho; se na alta do paciente o médico assistente pode ser substituído por outro, sem que haja anotação a respeito do impedimento, e, se neste caso, poderá haver cobrança de honorários de visita; se as entidades nosocomiais podem se eximir de encaminhar ao contratante o prontuário integral do paciente para melhor controle dos serviços médicos.

PARECER: Parecer motivado sobre consulta a respeito da divulgação de exames médicos, aponta:

Os questionamentos são formulados em 4 (quatro) perguntas:

1. Se existe impedimento ético na solicitação de envio de cópias de resultados de exames de laboratórios, Raios X, Ultra-som etc. pelos serviços contratados, juntamente com as faturas de cobranças:

Existe impedimento ético. Os prestadores de serviços médicos não podem enviar cópias dos exames e papeletas às empresas contratantes desses serviços.

É importante lembrar que a atividade médica é recalcada na confiança da informação, onde os pacientes descortinam seu interior externando ao médico fatos, frustrações, culpas e complexos que, só ele, paciente, conhecia.

A Medicina, que tem na anamnese o seu ponto importante no desvencilhamento das doenças, só sobreexiste pela garantia que o profissional médico inspira ao paciente. Se este trato consagrado milenarmente for escalavrado ou estropiado, sem dúvida alguma haverá uma ação erosiva sobre o conceito da Medicina.

Não nos informa o peticionário qual a razão que embalou tal consulta, embora se possa depreender que repouse sobre um controle administrativo da prestação de tais exames complementares.

Somos de opinião que os laudos pertencem primeiro ao paciente, segundo ao seu médico assistente, não devendo ser repassados para a empresa de intermediação do Serviço Médico, visto que diferentes pessoas, inclusive não médicas, passariam a deter informações sobre seus associados, as quais não devem ser divulgadas.

A empresa pode ter este controle através de supervisores médicos, não necessitando da transferência de todos os exames complementares.

O que entra no campo da necessidade de se manter o sigilo profissional, temática da preocupação de todos os legisladores que lidam com os deveres e direitos do ser humano, enquanto membro de uma sociedade.

Assim o Código Civil, no seu artigo 144 declama: "Ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo."

O Código Penal também não menoscaba a figura do segredo profissional, lembrando no seu artigo 153 e 154, que dizem respectivamente:

Artigo 153 - "Divulgar a alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem."

Artigo 154 - "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."

O Código de Processo Civil, embora não substantivo, um instrumento adjetivo, também não deixa de revelar este tópico, aninhando no seu artigo 406, que apregoa. "A testemunha não é obrigada a depor de fatos:

1. A cujo respeito, por estado de profissão, deve guardar sigilo."

Vemos pois que o instituto do segredo profissional é contemplado nos Códigos de nosso País, a fim de que a dignidade de uma pessoa seja preservada.

Por outro lado, os tribunais já registram jurisprudência firmada sobre este item, ressaltando-se sobremaneira o *Habeas Corpus* n. 39308, prolatado pelo Supremo Tribunal Federal, que afirma:

"É constrangimento ilegal exigir-se de clínicas ou hospitais a revelação de suas anotações sigilosas" (RTJ-24 / 466)

nos ensina que "o sigilo médico não tem caráter absoluto, embora deva ser tratado com a maior delicadeza, só podendo ser quebrado em hipóteses muito especiais; tratando-se da investigação de crime sua revelação deve ser feita em termos, ressaltando-se os interesses do cliente, pois **o médico não se pode transformar em delator de seu paciente**" (STF, RE 91128, mv, RTJ 151 / 676 e RJ 562 / 407 TSJP, Mand. Seg. 14687, RJ 567 / 305).

É constrangimento ilegal exigir-se de clínicas ou hospitais a revelação de suas anotações sigilosas (STF, HG 39308, RTJ 24 / 466). Ficha médica: colocada ela à disposição do perito, que não está preso a sigilo profissional, mas só ao segredo pericial, não se pode exigir a sua entrega em juízo (STF, RE 91218, mv, RJ 522 / 342), mas a decisão foi reformulada pelo STF. Elemento subjetivo, "O que a lei proíbe é a revelação ilegal, a que tenha por móvel a simples leviandade, a jactância, a maldade"; "o médico não é obrigado a guardar segredo, se sua própria cliente abriu mão do segredo (TJSP, HC 136032, RJ 517 / 317)", a transferência compulsória de resultados de métodos complementares ou mesmo papeletas médicas além de indelicado é ao nosso ver desrespeitoso pois qual pessoa gostaria que outros que não precisam saber tomassem conhecimento de uma gravidez escondida, de uma disritmia detectada ou de um HIV positivo registrado.

O sigilo médico não é propriedade do médico, portanto dele não podendo dispor sem a prévia autorização do paciente, mesmo assim só em condições ultra especiais.

Se infletirmos e mergulharmos no Código de Ética Médica, verificamos que ele consagra um capítulo sobre o segredo profissional, composto de oito artigos, do 102 ao 109, que rezam:

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 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 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 e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente."

Artigo 104 - "Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações legais."

Artigo 105 - "Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade."

Artigo 106 - "Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio

atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor."

Artigo 107 - "Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei."

Artigo 108 - "Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso."

Artigo 109 - "Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial."

Além do artigo 11, inserido nos Princípios Gerais do Código de Ética Médica.

Diante do exposto opinamos pela não revelação dos resultados sistematicamente em métodos complementares, a fim de que se persista o mais indevassável possível a alma do cidadão.

2. Se no prontuário o médico assistente deve colocar data e hora, prescrição e evolução clínica de próprio punho;

É óbvio que se levando em conta a nossa realidade, onde a informática não está a disposição da maioria dos profissionais médicos, portanto sem impressora de texto, o médico deve sempre evoluir em detalhe seus pacientes, registrando dia e hora em que foi visto, e sempre que possível de seu próprio punho, a menos que uma intercorrência exija sua presença no momento evolutivo em outro lugar.

3. Se na alta do paciente o médico assistente pode ser substituído por outro, sem que haja anotação a respeito do impedimento, e se, neste caso, poderá haver cobrança de honorários de visita.

Entendo que o item 3 (três) se restringe a um problema administrativo, contratual, gerencial.

É de se esperar que todo impedimento seja comunicado, a menos que ele se dê em condições de incomunicabilidade. Para o CREMERJ o que interessa é saber se o substituto encontra-se em pleno gozo do exercício médico.

Se a empresa aceitar a substituição o médico deverá receber seus honorários, o que se respalda no artigo 86, que preceitua:

"É vedado ao médico: Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorcidos, inclusive através de convênios."

Há de se lembrar que o artigo 88 afirma que:

"É vedado ao médico: Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participarem do ato médico, para efeito de cobrança de honorários."

O que em sendo inverídica a substituição, delito ético estará sendo cometido.

4. Se as entidades nosocomiais podem se eximir de encaminhar ao contratante o prontuário integral do paciente para melhor controle de procedimentos e cobranças.

Esta questão se enquadra perfeitamente no item n. 1.

Parece-me que, além de ser perfeitamente lícito a refusão de cessão do prontuário médico, deva ser conduta mais acertada, a fim de que a indevassabilidade do íntimo da pessoa humana não transite nos corredores e nos gabinetes, sendo tornada pública principalmente por pessoas que, por força de profissão ou ofício, não sejam obrigadas a guardar sigilo profissional.

"*Concessa venia*" ousou terminar meu parecer consultando reiterando que a Medicina varou séculos porque a intimidade do paciente é acovilhada no segredo profissional, já que a doença humilha seu proprietário e somente a discrição, segredo, sigilo e certeza da inquebrantabilidade destes institutos é que leva as pessoas a abrirem suas almas, muitas vezes feridas, frustradas, sofridas, embora esperançosas.

Há de se entender que o fundamental é a preocupação com o Homem, embora do ponto de vista comercial e gerencial o controle rígido de gastos seja o escopo.

"*Ex-vi legis*" e "*Ex-vi*" sua consciência profissional o segredo deve ser mantido, e esta "*Facultas agendi*" do médico é que lhe dá credibilidade, admiração e respeito.

Convém reproduzir para enfatizar o parecer do Desembargador Azevedo Franceschinelo, do Tribunal de Justiça de São Paulo, em voto vencido nos autos do mandado de segurança n. 135681, a saber:

a) "A divulgação de conteúdo de ficha médica se aplica toda a disciplina que garante o sigilo oral, pois a ficha clínica não passa de memorização das observações médicas sobre o caso".

b) também não importa que o episódio clínico haja saído da alçada médica e a ficha recolhida ao arquivo morto do nosocômio, ao qual só teriam normalmente acesso o pessoal burocrático. O segredo subsiste aliás, adverte Perrand Charmantier ("**Le secret Proficcionel** - f. 79) que muito embora a função de Diretor de um nosocômio (e outro tanto se diga de seus subordinados) seja meramente administrativo, também ela se encontra jungida ao segredo profissional".

No parecer do advogado Antonio Carlos Mendes, OAB / n. 28436, em resposta ao CREMESP, afirma:

"Evidentemente o constrangimento decorrente da requisição judicial ou pedido de informação da autoridade policial, evita a caracterização do crime de violação do segredo médico. Entretanto, esta circunstância não legitima as citadas requisições e pedidos de informações, isto é, o constrangimento ilegal não obriga "*de jure*" o médico a fornecer as informações ou as anotações clínicas, o mesmo acontecendo com os funcionários e dirigentes de hospitais.

A esta disciplina jurídico-penal sujeitam-se também os médicos, funcionários e dirigentes de hospitais mantidos ou subvencionados pelo poder público, inclusive aqueles credenciados pela Previdência Social.

Não é aleatoriamente que o Código de Ética Médica, além dos demais Códigos, se preocupa com a avaliação do segredo médico, sendo o CEM, no entender do Supremo Tribunal Federal, a resposta a Representação 1023(RJ), as normas nele contidas são normas jurídicas especiais submetidas a regime semelhante ao das normas e atos normativos federais."

O grande Nelson Hungria nos ensinou que:

"A vontade do segredo deve calar o pedido formulado pela cliente para que a faça abortar, do mesmo modo que o advogado deve silenciar o confessado propósito de fraude processual do seu constituinte, embora, num e noutro caso, devam os confidentes recusar sua aprovação ou entendam de desligar-se da relação profissional."

Ainda, mesmo que o segredo verse sobre fato criminoso deve ser guardado. Entre dois interesses colidentes - o de assegurar a confiança geral dos confidentes necessários e o da repressão de um criminoso - a lei do Estado prefere resguardar o primeiro por ser mais relevante. Por outras palavras: entre dois males - o da revelação das confidências necessárias (difundindo o receio geral em torno destas com grave dano ao funcionamento da vida social) e a impunidade do autor de um crime - o Estado escolhe o último que é o menor.

CONCLUSÃO

Concluindo as respostas às inquirições do peticionário, pensamos:

1. Papeletas, bem como resultados de exames não podem ser copiados e remetidos para fora do local onde o ato médico se dá;
2. a evolução tem que ser feita com data e hora da sua execução;
3. não nos cabe opinar sobre a legitimidade de médico ser substituído na hora da alta e se deve receber honorários, já que é matéria que deve reformar nas cláusulas contratuais.

"*Permissa Venia*" senhor Presidente, encerro com um poema lindo, lindíssimo, de Paulo Mendes Campos, intitulado "Poema Didático", que reforça exatamente o ponto de vista de que importante é o Homem, sua vida, sua alma, sua história e sua felicidade.

Diz ele:

"E desprezando o outrora não permiti que a rosa me perturbasse

Não olhei a fábrica, mas o homem que trabalha na fábrica;

Não olhei a ferrovia, mas o homem que sangrava na ferrovia;

Não olhei as estrelas, mas o rosto que resplandecia o seu fulgor."

É o nosso parecer, s. m. j.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Código Civil Brasileiro
- 2- Código Penal Brasileiro
- 3- Código de Processo Civil Brasileiro
- 4- Código de Ética Médica
- 5- Parecer sobre Segredo Médico
Antonio Carlos Mendes - CREMESP
- 6- Nelson Hungria - Comentários ao Código Penal

(Aprovado em Sessão Plenária de 13/06/91)
PARECER CREMERJ N. 10/91

INTERESSADO: Dr. L. E. de M. P.

RELATOR: Conso Ricardo Lacerda Baptista

DURAÇÃO DE CONSULTA AMBULATORIAL E DE VISITA MÉDICA HOSPITALAR, À LUZ DA RESOLUÇÃO CREMERJ N. 17/87.

EMENTA: Orienta quanto a duração média de consulta ambulatorial e visita médica hospitalar em paciente de enfermaria ou quarto, baseada no Art. 12 da Resolução CREMERJ n. 17/87 e Art. 27 do Código de Ética Médica. Recomenda às direções hospitalares a estabelecerem parâmetros junto ao Corpo Clínico e em consonância com as respectivas Comissões de Ética para a humanização do atendimento médico, não impondo a cronometragem como critério de eficiência da atenção prestada ao paciente.

CONSULTA: Consulta solicitada com o objetivo de esclarecer dúvidas surgidas em Corpo Clínico, diante do Art. 13 da Resolução CREMERJ n. 17/87, o qual permite interpretar que o tempo médio de atendimento , em assistência ambulatorial, deverá ser de 20 (vinte) minutos para cada paciente, tendo por base uma jornada de 04 (quatro) horas.

PARECER: Realmente procede a interpretação dada pelo consulente, e, certamente terão razão aqueles que se atendo, exclusivamente, aos dados numéricos e utilizando-se da aritmética e da matemática, concluírem por um tempo médio para cada consulta ou atendimento. Entretanto, sabemos todos nós, que lutamos por uma boa prática médica, que o objetivo final do ato médico não será alcançado simplesmente cronometrando-se seu tempo de duração, mas sim, e principalmente, quando o médico dedicar ao paciente o melhor de

sua capacidade profissional, no sentido de buscar um diagnóstico, o mais preciso possível, dos males que o afligem e da terapêutica necessária ao alívio ou cura desses males, utilizando, para atingir esse objetivo, o tempo que julgar necessário.

Assim, entendemos que o conteúdo do artigo e da resolução citados, recomendam apenas o número máximo de pacientes que deverão ser atendidos e não o tempo necessário a cada atendimento. Além disso, entendemos que o atendimento ou a assistência ao paciente internado, situa-se numa escala diferente do ambulatorial, uma vez que o paciente internado é visitado diariamente pelo médico, o que pode alterar, ao longo do tempo, a quantidade de tempo necessário, a um bom atendimento, para um mesmo paciente.

Para finalizar, nos reportamos também ao Parecer n. 30/90, do Conselho Federal de Medicina, aprovado em 14/09/90, onde o Conselheiro Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Relator, diz que: "o tempo de que necessita o médico em favor do seu paciente, não pode ser cronometrado" e recomenda que se busque "a humanização do atendimento médico, não impondo a cronometragem como critério de eficiência da atenção ao paciente".

Dessa forma, considerando nossa argumentação, concluímos que:

As visitas médicas hospitalares, com relação ao tempo de duração, deverão, para satisfazer a boa prática médica, seguir o disposto no Artigo 12, da Resolução CREMERJ n. 17/87, e no Artigo 27 do Código de Ética Médica, que dizem respectivamente:

"O médico deve utilizar o tempo efetivamente necessário ao bom relacionamento médico-paciente e à perfeita execução do ato profissional, em todas as modalidades de atendimento".

"É direito do médico: Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente".

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 26/08/91)

PARECER CREMERJ N. 11/91

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde de São João de Meriti

RELATOR: Conso José Eberienos Assad

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, REQUISITADOS POR MÉDICO DE OUTRA ESPECIALIDADE.

EMENTA: Esclarece que ao médico é permitido indicar o procedimento adequado ao paciente, independente de ser especialista ou não-especialista.

Alerta para a necessidade de corrigir o perfil de excessiva solicitação de exames caros. Conclui não ser permitido o impedimento ao médico de solicitação de exames, sugerindo que os exames de tecnologia de ponta sejam solicitados após exames complementares mais simples, exceto em condições emergenciais e naqueles casos onde a Clínica julgá-los indispensáveis.

CONSULTA: O parecer responde a questionamento de ser ou não lícito, somente médicos da especialidade a que se referem os exames, poderem solicitá-los.

PARECER: O Parecer a mim solicitado, em última análise, se prende ao questionamento se é ou não é lícito somente médicos da especialidade a que se referem os exames, poderem solicitá-los.

É nítido o estabelecimento de algumas transgressões, de matiz ético e de natureza técnico-científica.

A primeira imperfeição é denunciada pelo Código de Ética Médica, no capítulo II, Direitos do Médico, no seu artigo 21 que preconiza:

"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".

Logo, não há o que se questionar quanto ao direito do pedido de exame.

No que concerne ao aspecto técnico científico exemplificamos com o pedido de ultrasonografia abdominal.

Por que só o gastroenterologista poderá solicitar tal exame, se esta região do organismo pode ser sede de interesse do cardiologista, que busca uma etiologia para a hipertensão, de um pneumologista que pesquise uma possível metástase, ou de um hematologista que perscruta um estadiamento de alguma doença do sistema hemolinfopoiético? Do mesmo modo, o ECG pode ser alvo do interesse de um oncologista que requeira encontrar uma miocardite tóxica, ou de um endocrinologista, que tenta respaldar eletrocardiograficamente a sua impressão de um diagnóstico de hipotireoidismo. Os exemplos não se exaurem nestes, porque o mesmo endocrinologista, ou clínico, podem buscar derrame pericárdico numa hipofunção tireoideana, ou o reumatologista perseguí-lo na suspeita de uma colagenose. Por que uma bradicardia não pode ser investigada ao nível do cérebro, por um cardiologista que solicita uma TC para diagnosticar aumento pressórico em território cerebral?

De outro lado é assustador o número de exames sofisticados que se apresentam normais.

Em 1972 surgiu no "New England Journal of Medicine", um artigo de dois autores, Cohn e Gorlin, no qual se apresentava um protocolo que ensejava prospectivamente saber se um cidadão teria ou não comprovação de coronariopatia suspeitada na cinecoronariografia.

Este trabalho surgiu em decorrência da preocupação do alto percentual de coronariografias normais (cerca de 30%), e evidentemente, o alto custo destes procedimentos, muitos dos quais desnecessários.

O acerto do índice proposto por Cohn e Gorlin, na Coronariopatia Sintomática, atingiu 94%, o que é um índice bastante satisfatório.

Há de se ressaltar que nem todo exame normal representa desperdício, visto que muitas das vezes esta normalidade sidera uma linha de investigação diagnóstica.

Somos de opinião que é indiscutivelmente necessário fazer-se um esquema que obrigatoriamente há de anteceder à solicitação de tais exames complementares, o que, além de oneroso, quando desnecessário adiciona uma carga dispensável de periculosidade ao paciente. Se de um lado achamos não haver substrato legal para o impedimento de solicitação, por outro entendemos, salvo casos emergenciais, que há de se seguir um roteiro onde os exames básicos que antecedem aos complementares, sejam feitos com competência, e eles aí sim, apontarão no sentido da necessidade e da improcastinação de outros exames de tecnologia de ponta. Exemplificando, a mim me parece eivado de licitude que um clínico solicite uma tomografia computadorizada de cérebro, desde que a anamnese, o exame clínico, o exame neurológico e, quando for o caso, o EEG mostrarem ser de valia para o diagnóstico tal solicitação. Contudo, nos parece inaceitável, como não raramente ocorre, que a TC anteceda ao exame clínico neurológico e, até em alguns casos, a própria anamnese.

O clínico pode solicitar um ecocardiograma. O que não se aceita é que este exame atrepele a semiótica convencional, e desloque de seus lugares o Raio X e o eletrocardiograma, quando indicados.

Finalizando, acho que é delito ético impedir que qualquer médico solicite o procedimento adequado ao paciente. Outrossim, entendo ser legítima a sistematização, isto é, que os exames complementares, frutos de tecnologia de ponta, sejam precedidos pela semiótica convencional, que num grande número de casos, por si só, será suficiente para fazer diagnóstico e por outros exames mais simples, para que a escada de complexidade dos exames seja subida, a medida que o degrau inferior apontar possibilidade que o seguinte possa ofertar subsídios diagnósticos e mesmo terapêuticos.

Resumindo:

- a. Baseado no Código de Ética Médica, no artigo 21, que permite ao médico indicar o procedimento adequado ao paciente;
- b. na lei 3268/57, que é a lei do médico, a qual não distingue os médicos inter-especialistas e não especialistas;
- c. dada a necessidade inquestionável de corrigir o perfil de excessiva solicitação de exames caros, concluo que:

1. - Não é permitido o impedimento ao médico de solicitação de exame;
2. - é lícito sistematizar esta solicitação para os exames de tecnologia de ponta, exceto em condições emergenciais e naqueles casos onde a Clínica julgá-los indispensáveis. Rotineiramente, contudo, deverão ser procedidos por

todo cortejo investigatório, anamnese, exame clínico e neurológico e outras solicitações complementares mais simples, e que é de um senso na escalada diagnóstica.

Este é o meu parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 26/08/91)

PARECER CREMERJ N. 12/91

INTERESSADO: Hospital Geral de Jacarepaguá

RELATOR: Conso José Eberienos Assad

RECUSA DE FIÉIS DA IGREJA EVANGÉLICA TESTEMUNHAS DE JEOVÁ EM RECEBER TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMODERIVADOS.

EMENTA: Alerta para mudanças consuetudinárias trazidas por algumas seitas, que em determinadas circunstâncias, podem colidir com valores ético-moral-jurídico, além do aspecto técnico-científico. No que concerne à questão de transfusão e hemoderivados, o médico não pode transigir com os preceitos básicos do exercício profissional, e, diante do risco de vida, em plena profundidade de uma emergência, é injutivo que todas as medidas, manobras e técnicas terapêuticas têm que ser acirradas para que o direito à vida seja preservado e respeitado. Diante do risco de vida, o médico não pode titubear em colocar ao alcance de seu paciente todos os recursos, mesmo que preceitos religiosos preconizem a inação e entendam que hemoterapia seja um elemento inablutor da alma humana.

CONSULTA: Parecer originado por consulta encaminhada pelo Hospital Geral de Jacarepaguá, concernente à transfusão de sangue, envolvendo fiéis da Igreja Evangélica Testemunhas de Jeová.

PARECER: A consulta trata de um assunto da maior relevância.

A proliferação infrene de novas seitas, e das já existentes, tem trazido à sociedade, por alguns de seus membros, mudanças consuetudinárias que, por sua vez, em determinadas circunstâncias, podem colidir com valores aliando o tripé ético-moral-jurídico, além do aspecto técnico-científico.

O compromisso do médico, qualquer que seja a faceta ótica escolhida, é com a vida e com a felicidade do ser humano, em cujo objetivo impõe-se-lhe empenhar com denodo, respeito e perícia para sua preservação e conquista.

No que concerne à questão de transfusão e hemoderivados às Testemunhas de Jeová, o médico não pode transigir com os preceitos básicos do exercício

profissional, e, diante do risco de vida, em plena profundidade de uma emergência é injutivo que todas as medidas, manobras e técnicas terapêuticas têm que ser acirradas para que o mais sagrado e inalienável direito de cidadania, o direito à vida, seja preservado e respeitado.

Que contra-senso se estabeleceria se o médico deixasse, indiferentemente, a morte em choque hipovolêmico de uma Testemunha de Jeová e ardentemente se envolvesse para salvar a vida de um suicida, pois a se respeitar a volição do extermínio da vida, deverá a mesma indiferença que perpassou o caso do choque hipovolêmico temperar o episódio do suicídio.

Isto é respaldado pelo Parecer 1.021/80 do Conselho Federal de Medicina.

No entender do jurista José Aguiar Dias, "não há, como geralmente se pensa, conflito algum entre decisão de paciente e obrigação do médico ou opção a cargo deste". Continua ele: "conflito, impondo opção entre procedimentos, só existe quando se apresentem ao profissional valores iguais ou idênticos. A Medicina é aconfessional, como é também apartidária, no sentido político. Ao médico só é dado optar entre um e outro tratamento, entre os que a ciência lhe oferece. Não há conflito e, portanto, não há opção a tomar, entre a vontade do paciente e o tratamento destinado a aliviar a dor ou sofrimento, este sim, o mandamento iniludível a que está o médico sujeito, pelo juramento de Hipócrates, tão exato e tão adequado que persiste através dos séculos.

Resumindo, diante de risco de vida, o médico não pode titubear em colocar ao alcance de seu paciente todos os recursos, mesmo que preceitos religiosos preconizem a inação e entendam que hemoterapia seja um elemento inabulor da alma humana.

Este é o nosso parecer, que respaldado na jurisprudência estabelecida, vem com intuito de reforçá-la, pois ao médico é dado o dom, o direito e antes de mais nada, o dever de lutar sempre contra a dor, a infelicidade, a miséria e mais do que nunca contra a morte, portanto a favor da vida, procurando aumentar a sua extensão, melhorando a sua qualidade.

Este é o nosso parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 02/10/91)

(Revogado em Sessão Plenária pelo Parecer n. 25 de 16/12/94)

PARECER CREMERJ N. 13/91

INTERESSADO: Advogada da família do Sr. A. A. P.

RELATOR: Conso Jorge Fahra

ESCLARECIMENTOS SOBRE HIPERLIPEMIA, ATESTADA COMO UM DOS FATORES DE CAUSA MORTIS, PARA FINS DE DIREITO AO RECEBIMENTO DE PRÊMIO DE SEGURO DE VIDA.

EMENTA: Esclarece que a hiperlipidemia ou hiperlipemia é uma condição patológica cujo diagnóstico só pode ser estabelecido, com segurança, por meio de exame laboratorial específico, o qual demonstraria a elevação dos níveis de gordura no plasma.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a patologia hiperlipemia, para fins de direito ao recebimento de prêmio de Seguro de Vida.

PARECER: Algumas considerações técnicas

A hiperlipemia ou hiperlipidemia é a denominação do excesso de lipídios (gorduras) no sangue.

As principais gorduras circulantes são o colesterol, os triglicerídios, os fosfolipídios e os ácidos graxos livres, sendo que apenas os dois primeiros estão implicados com a arteriosclerose e conseqüentemente com os distúrbios coronarianos entre outros distúrbios vasculares.

A elevação do colesterol e/ou triglicerídios no sangue pode ser primária, por distúrbio herdado da síntese de lipoproteínas (substâncias que transportam estas gorduras no sangue), ou secundária à diversas condições patológicas como diabetes mellitus, hipotireoidismo, síndrome nefrótica, obstrução biliar, ingestão de álcool, dieta rica em gorduras etc.

Sempre que uma dessas gorduras encontra-se em circulação acima dos níveis normais, pode ocorrer deposição das mesmas, particularmente do colesterol, na região interna (camada íntima) dos vasos sangüíneos até conduzir à sua obstrução.

Na maioria das vezes esta seqüência se observa nas artérias coronárias conduzindo a infartos, arritmias e morte súbita.

Qualquer que seja a causa da hiperlipemia, primária ou secundária, as conseqüências são as mesmas, e esta é a principal causa de morte nos grandes centros urbanos. Entretanto, deve-se ressaltar que a hiperlipemia é tão somente um dos fatores de risco coronariano, não o único.

O diagnóstico definitivo das hiperlipemias é laboratorial, ou seja, se faz pela determinação química dos níveis destas gorduras no plasma.

Embora a maioria dos pacientes portadores de hiperlipemia seja assintomática, ou seja, não apresenta qualquer manifestação clínica de doença, raros casos podem apresentar um ou outro sinal ou sintoma.

Um desses sinais é o xantelasma, que se forma pela deposição do colesterol em placas na pele das pálpebras superiores e inferiores, entretanto nem sempre o xantelasma é indicativo de elevação dos lipídeos no sangue.

Por esta razão os sinais e sintomas clínicos devem servir apenas de alerta para o médico, ou seja, são elementos de suspeição diagnóstica, jamais permitem firmar um diagnóstico de certeza.

O dado indispensável para o diagnóstico definitivo é a demonstração da elevação dos níveis de colesterol e/ou triglicéridios no plasma por intermédio de exame laboratorial específico, como afirmamos.

CONCLUSÃO:

A hiperlipidemia ou hiperlipemia é uma condição patológica cujo diagnóstico só pode ser estabelecido com segurança por meio de exame laboratorial específico, demonstrando a elevação dos níveis de gordura no plasma.

(Aprovado em Sessão Plenária de 25/11/91)

PARECER CREMERJ N. 14/91

INTERESSADO: Dr. G. T. S.

RELATORA: Consa Maria Filomena Xavier Mendes

QUESTÕES RELATIVAS AO PRONTUÁRIO MÉDICO, NOTADAMENTE ACERCA DO ACESSO AO MESMO POR OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, E SE ESSES PODEM FAZER ANOTAÇÕES NO PRONTUÁRIO.

EMENTA: Esclarece que o prontuário é um documento pertencente ao paciente, sob a guarda da Instituição que lhe presta atendimento; que sua elaboração, preenchimento correto, legível e sua guarda, são de responsabilidade do médico, dos profissionais da equipe e da hierarquia médica da Instituição; que cada atendimento deve ser registrado no prontuário, devendo constar a identificação do profissional de saúde que procedeu ao mesmo; que a

equipe de saúde que cuida do paciente, está sob sigilo profissional, o mesmo se aplicando a toda a hierarquia da Instituição que presta atendimento à saúde.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre prontuário médico, notadamente se outros profissionais da área de saúde (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos) podem ter acesso ao prontuário médico e fazer anotações no mesmo.

PARECER

LEGISLAÇÃO:

Constituição da República Federativa do Brasil, artigo 5o, inciso X: "São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação."

- PARECER JURÍDICO DO CFM DE 30/05/86 E PARECER-CONSULTA CFM N. 3.016/89.

"O segredo médico alcança todos os documentos que poderiam ser considerados como instrumentos ou meios suficientes à revelação do sigilo profissional, assim também como alcança o médico e todos os seus auxiliares e pessoas afins, que por dever de ofício tenham acesso às informações confidenciais constantes de boletins médicos, diagnósticos, papeletas, fichas médicas, guias de internação etc..."

PROCESSO CONSULTA CFM N. 1242/89.

"A consulta a prontuários deve ser de competência e exclusiva dos médicos, da equipe de saúde e do paciente. Os profissionais estão sujeitos ao segredo profissional".

RESOLUÇÃO 29/89 DO CREMERJ.

- **Art. 3o** - "O trabalho coletivo ou em equipe, não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos atos praticados."

- **Art. 10** - "É da responsabilidade da Direção da Instituição garantir que os boletins e os prontuários sejam rigorosamente elaborados de modo a garantir a continuidade da assistência médica."

MANDATO DE SEGURANÇA N. 135.681, DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

"Também não importa que o episódio clínico haja saído da alçada médica e a ficha recolhida ao arquivo morto do nosocômio, ao qual só tem normalmente

acesso o pessoal burocrático. O segredo subsiste. Aliás, adverte PERRAUD CHARMANTIER ("Le Secret Professionnel", f. 79), que muito embora a função de Diretor de um nosocômio (e outro tanto se diga de seus subordinados) seja meramente a administrativa, também ela se encontra jungida ao segredo profissional".

CAPÍTULO V DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

- **Art. 6o** - "É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente".

CAPÍTULO IX DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

- **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".

DISCUSSÃO:

Já é passado o tempo em que a Medicina era tida enquanto a profissão única detentora da promoção da saúde, assim como a própria saúde era tida enquanto apenas a ausência de doença. A Humanidade evolui e os conceitos foram ampliados.

Saúde, não significa a higidez física, mas todo um conjunto de condições como se lê no texto Cidadania e Ética Médica (CREMERJ / 88). "Entende-se por saúde, não a ausência de doença, mas o resultante das adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde". "Assim entendida, a saúde de uma comunidade não pode ser o resultado da atuação isolada de uma única profissão, mas sim, das atividades multiprofissionais."

Hoje, o médico não mais trabalha de forma isolada, mas em equipe. O médico é parte integrante da equipe de saúde. Uma equipe multiprofissional, onde cada um tem o seu quinhão de responsabilidade para com o paciente.

Paciente este, que não pode ser visto em departamentos estanques, isolados; que não pode ser abordado de forma desintegrada.

A equipe de saúde, multiprofissional, trabalha para o bem estar do paciente e isso só ocorrerá, se o trabalho se der com entrosamento mútuos.

O prontuário pode ser abordado por várias faces. A primeira delas, seria o de "documento" pertencente ao paciente, merecendo todo o cuidado e respeito em seu manuseio. A segunda, seria a de ponto aglutinador de uma história de vida de um cidadão, onde cada profissional descreveria as suas impressões, seus exames, suas prescrições. Só dessa forma, se garantiria que a passagem de informações se daria, de forma precisa, podendo ser esclarecida qualquer dúvida que surgisse no contacto pessoal ou nas reuniões das equipes.

Não se pode pensar num trabalho integrado, se os vários profissionais que cuidam do paciente não tiverem acesso ao que os que lhes antecederam pensaram, prescreveram etc...

Assim como não haveria continuidade num tratamento, se a cada passo as anotações não fossem feitas.

O prontuário é uma das formas de integração da equipe da saúde que está atendendo o paciente.

O acesso ao prontuário é exclusividade da equipe multiprofissional que cuida do paciente. Quaisquer outras pessoas que solicitem vistas ao mesmo, submetem-se à autorização por escrito do paciente e do médico assistente.

A outra face a ser considerada, é a de documento real, de avaliação profissional. Não há como se comprovar o que não é escrito. E apenas o que consta em prontuário tem valor legal para eventual salvaguarda do profissional.

Toda a equipe de saúde, está subordinada ao segredo profissional. Cada membro dessa equipe, tem sua responsabilidade no atendimento do paciente e na integração desse atendimento. E o prontuário é parte do mesmo.

CONCLUSÃO

1. O prontuário médico é um documento pertencente ao paciente, sob a guarda da Instituição que lhe presta atendimento.

2. Sua elaboração, preenchimento correto, legível e sua guarda, são da responsabilidade do médico, dos profissionais da equipe de saúde e da hierarquia médica da Instituição.

3. Cada atendimento deve ser registrado em prontuário, devendo constar a identificação do profissional da equipe de saúde que procedeu ao mesmo.

4. A equipe de saúde que cuida do paciente está sob sigilo profissional, o mesmo se aplicando a toda a hierarquia da Instituição que preste atendimento à saúde.

(Aprovado em Sessão Plenária de 25/11/95)

PARECER CREMERJ N. 15/91

INTERESSADO: Dr. J. F. P. N.

RELATOR: Conso Antonio de Oliveira Albuquerque

COBRANÇA DE HONORÁRIOS MÉDICOS POR PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PARTICULAR.

EMENTA: Institui que o médico que presta atendimento a paciente em caráter particular, devidamente comprovado, faz jus aos honorários cobrados, com as correções a que tiver direito, não estando sujeito, sob qualquer hipótese, à Tabela da AMB.

CONSULTA: O parecer trata de honorários médicos não recebidos, motivo pelo qual entrou o consulente com uma ação contra a Prefeitura de Campos e solicita ao CREMERJ que dirima a dúvida, no que tange ao pagamento dos seus honorários.

O consulente, na condição de médico traumato-ortopedista, solicitado para atender vítima de atropelamento por caminhão de propriedade da Prefeitura Municipal, em caráter particular por conta e responsabilidade da referida Prefeitura, pergunta, se o médico cirurgião está obrigado a cobrar os seus honorários pela Tabela da AMB, ou pode cobrar os seus honorários sem obedecer a referida tabela, por se tratar de prestação de serviço particular.

PARECER:

DOS FATOS

Diante do quadro cirúrgico e clínico descritos, o consulente na condição de médico traumato-ortopedista, prestando seus serviços profissionais ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campos, foi solicitado para atender em caráter particular, por conta e responsabilidade da Prefeitura, paciente menor, vítima de acidente por atropelamento ocasionado por um caminhão de propriedade da referida Prefeitura. Segundo informações, o motorista do caminhão atropelador evadiu-se do local do acidente, omitindo o socorro à vítima. A paciente apresentou o seguinte quadro clínico: dilaceramento ósteo-músculo-esquelético, com crepitação e impotência funcional, mais dor de forte intensidade com volumoso edema, com sofrimento de tecidos da região dorsal do pé, com exposição do hálux, com deformidades das respectivas falanges - a "paciente apresentava total impotência funcional".

DO DIAGNÓSTICO

a) Fratura exposta, ossos da perna esquerda mais luxação exposta hálux E., e do 2º pododóctilo E., mais fratura cominutiva do 1º ao 4º metatarsiano E.

DA CIRURGIA

a) Redução cruenta de fratura exposta da perna esquerda, mais redução cruenta de luxação do 2º e 1º pé esquerdo;
b) Exames Radiológicos no ato, RX. controle perna E., e pé esquerdo;
c) Em 22/06/90, foi feita a retirada de pontos salteados da paciente;
d) Em 11/08/90, a paciente por apresentar complicações na lesão primária, foi submetida a outra intervenção cirúrgica, a qual fora realizada pelo autor da presente consulta. O médico apresentou - conforme anteriormente assentado com a Prefeitura daquela cidade - a sua conta de honorários médicos os quais até hoje não foram recebidos e consulta este Conselho quanto ao objeto de sua pretensão, ou seja: o recebimento de seus honorários pelo valor da Medicina Privada e não atrelando-os à Tabela da AMB. Isto posto nos manifestamos a respeito e ao final submeteremos a julgamento o nosso Parecer à decisão da Plenária deste egrégio Conselho. Reza o artigo 3º do CEM:

Art. 3º - "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".

Por sua vez o Art. 10 do citado Código diz textualmente:

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

É de se salientar ainda que o médico não infringiu nenhum dos artigos constantes do capítulo VII: Remuneração Profissional, do Código de Ética Médica (Artigos 86 a 101).

Acrescente-se por final que a Lei 73/67 que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, estipula: Art. 129 - "Fica instituído o Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de Assistência Médica e Hospitalar". Art. 130 - "A garantia do Seguro-Saúde constituirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado".

Saliente-se por fim que a Tabela da AMB, objeto de uma luta tenaz das Entidades Médicas para a sua implantação, visou essencialmente aos convênios, com objetivo de fazê-los cumprir um preço mínimo para remuneração dos médicos. A Tabela em questão baseou-se primordialmente na tabela criada pela Previdência Social, em 1962 e que pagava aos médicos através de Unidade de Serviços (US), que correspondiam à época a um centésimo do salário mínimo vigente por cada Unidade. Nada tem a ver as tabelas citadas com a remuneração devida a médicos que prestam seus

serviços em caráter estritamente particular, mesmo quando o paciente seja beneficiário de qualquer tipo de convênio ou seguro público ou privado.

Somos de Parecer portanto, que o médico, faz jus aos honorários cobrados, com as correções a que tiver direito, não podendo no seu caso correlacioná-los com a Tabela da AMB, que é uma tabela de honorários mínimos para médicos conveniados ou prestadores de serviços a convênios.

Sendo assim, o médico que presta atendimento a paciente em caráter particular devidamente comprovado, não está sujeito sob qualquer hipótese à Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira ou à Tabela do Instituto Nacional de Seguridade Social.

Este é o nosso parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 25/11/91)

PARECER CREMERJ N. 16/92

INTERESSADO: Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcante (IEHASC)

RELATORES: Comissão Técnica de Assessoramento para a Prevenção, Controle e Tratamento da AIDS.
Conso. Walber Vieira (Membro da Comissão)

OBRIGATORIEDADE OU NÃO DO MÉDICO COMUNICAR A (O) PARCEIRO (A) DO (A) PACIENTE, RESULTADO DE TESTE HIV.

EMENTA: Esclarece ser o médico ética e moralmente obrigado a comunicar a (o) parceiro (a) sexual de um indivíduo infectado pelo HIV este fato, desde que o (a) paciente haja sido alertado pelo médico quanto ao risco a que expõe o (a) companheiro (a) e os meios para minimiza-lo, e mesmo assim, dispor o médico de evidências de que tal exposição ocorre, e ainda advertir prévia e legalmente o (a) paciente de sua intenção, incluindo, inclusive neste caso, o paciente menor.

CONSULTA: Consulta enviada pelo IEHASC, formulando os questionamentos: se é obrigação do médico responsável pelo (a) paciente, convocar o (a) parceiro (a) sexual para comunicar que aquele (a) é portador (a) do HIV e o seu significado; se mesmo não sendo obrigado, mas por dever de consciência, o médico fizer a comunicação a (o) parceiro (a), estaria o profissional acobertado pela lei; que comportamento ante paciente menor, portador (a) de HIV (+) e sexualmente ativo (a), finalizando com proposta do (a) paciente tomar ciência do exame através de documento oficial.

PARECER:

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O problema trazido ao CREMERJ pelo IEHASC é de considerável interesse prático, havendo já abundantes meios para resolvê-lo. A questão da AIDS, se nova em si, não inova neste ponto específico.

Em relação aos dois primeiros questionamentos, é verdade que o Código de Ética Médica (CEM) em seu artigo 102 veda ao médico "Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, **salvo por justa causa**, dever legal ou autorização expressa do paciente." No entanto, como acentuado pelo ilustre Conselheiro-CFM Antonio Rafael da Silva (Parecer n. 18/89, aprovado pelo CFM em 02/08/89), "o segredo médico não pode persistir quando o infectado negar a informação quando sua obrigação, como no caso de casado ou de futuro cônjuge...", sendo "... que no caso das doenças infecciosas cabe ao médico a preservação do grupo social..."

Prevalece aqui o princípio do **mal menor**, considerando-se a alta probabilidade de evolução para a doença de uma infecção pelo HIV, e sua então inexorável evolução para a morte, no estágio atual dos conhecimentos terapêuticos: o médico deve considerar que o mal advindo a um paciente infectado pela quebra do sigilo será menor do que o que adviria à (o) sua (seu) parceira (o), caso viesse a se infectar, e deve pois científicá-la (o) do risco de infecção.

É claro que este procedimento somente poderá ser licitamente tomado pelo médico se:

I. o paciente tiver sido exaustivamente comunicado das prováveis consequências para sua (seu) parceira (o) do estabelecimento de relações sexuais inseguras, ou não protegidas;

II. o médico tiver esclarecido seu paciente da natureza das relações sexuais seguras;

III. o médico tiver evidências de que seu paciente expõe a risco a sua (seu) parceira (o); e, maxime;

IV. o paciente for adequadamente informado por seu médico de sua intenção de convocar a (o) parceira (o), e com que fim.

Cabe ainda acentuar que tais providências se situam frente a um(a) ou vários (as) parceiros (as) conhecidos (as), sendo vedado ao médico a divulgação *urbe et orbe* do estado de seu paciente, seja a que pretexto for.

No que tange ao terceiro questionamento, este parecer invoca o Art. 103 do CEM: "é vedado ao médico: 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-lo**, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente."

Sendo assim, deve o médico esclarecer o paciente menor das consequências de seus atos em relação a si e a outrem, devendo, em justa causa e respeitadas as premissas anteriormente expostas quanto aos dois primeiros quesitos, convocar sua (seu) parceira (o) para comunicação de sua exposição ao risco de infecção.

Na questão específica dos riscos e cuidados a serem tomados em relação ao menor, e contemplando-se a hipótese de comunicar aos pais ou responsáveis legais o estado de portador ou doente do paciente menor, tal fato só deve ocorrer licitamente caso esteja presente o risco de danos ao paciente, conforme a letra e o espírito do Art. 103.

Em relação ao último questionamento, não cremos haver, sob o ponto de vista ético, qualquer impedimento quanto à apresentação ao paciente de documento nos moldes do anexo à consulta. No entanto, a sua adoção poderá ser entendida pelo paciente como medida coercitiva e prejudicial à relação médico-paciente, e poderia fazer com que outras pessoas não se submetessem ao teste. Portanto, somos contrários a sua adoção.

CONCLUSÕES

Conclui-se então, em relação aos quesitos preliminarmente apresentados:

1. O médico está ética e moralmente obrigado a comunicar ao parceiro sexual de um indivíduo infectado pelo HIV este fato, desde que o (a) paciente haja sido adequadamente alertado (a) pelo médico quanto ao risco a que expõe o companheiro (a) e os meios para minimizá-lo, e mesmo assim dispor de evidências de que tal exposição ocorre, e ainda se advertir prévia e legalmente o paciente de sua intenção.
2. Despiciendo.
3. O médico deve respeitar o direito de seu paciente menor ao segredo médico, considerando porém a sua obrigação de preservar outras pessoas de riscos para a saúde, nos moldes do item 1 acima.

É o meu parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 07/02/92)

PARECER CREMERJ N. 17/92

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo
RELATORES: Comissão da Previdência e Controle da Mortalidade Materna
Consa Maria Filomena Xavier Mendes.

MEIOS DE ESTERILIZAÇÃO E CAMPANHAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.

EMENTA: Informa que até o momento, o CREMERJ condena todos os métodos que foram denunciados pela prática de esterilização, uma vez que é proibida pelo Código Penal, razão pela qual sugere que o parágrafo único do Art. 155, da Lei Orgânica Municipal de São Gonçalo, deva ser suprimido da referida Lei, pois como demonstram as estatísticas e fica claro nas pretensões da consulta, esterilização em larga escala está sendo praticada em famílias carentes, como se esse fosse o caminho para diminuir a pobreza.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo, solicitando posição do CREMERJ, quanto aos métodos de esterilização utilizados no município, respaldados pela Lei Orgânica Municipal de São Gonçalo, em seu Art. 155 - "Cabe ao Município promover e colaborar nas campanhas de planejamento familiar", no seu Parágrafo único - "Criar na rede hospitalar municipal, para pessoas comprovadamente carentes e psicologicamente conscientes, serviços de ligadura tubária e vasectomia".

PARECER: A Secretária Municipal de Saúde de São Gonçalo, consulta o CREMERJ sobre os meios de esterilização, uma vez que a Constituição Federal e a Lei Orgânica Estadual não são categóricas sobre a matéria e a Lei Orgânica de São Gonçalo determina no seu artigo 155: "Cabe ao município promover e colaborar nas campanhas de planejamento familiar.

Parágrafo Único - Criar na rede hospitalar municipal, para pessoas comprovadamente carentes e psicologicamente conscientes, serviços de ligadura tubária e vasectomia".

O Código Penal Brasileiro, no seu artigo 129, parágrafo 2o, inciso III estabelece:
"Art. 129 - Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Par. 1 -

Par. 2 - Se resulta:

I -

II -

III- debilidade permanente de membro, sentido ou função;"

Prevê como penalidade:

"Pena - reclusão, de dois a oito anos."

"- perda ou inutilização de membro, sentido ou função;"
prevê como penalidade "reclusão, de dois a oito anos."

O Código de Ética Médica, no seu artigo 43 diz que "é vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento".

A Constituição Federal, no artigo 226, parágrafo 7o, assegura "Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas".

Não especifica sobre qualquer método contraceptivo ou anticoncepcivo.

A discussão sobre a legalidade da laqueadura tubária e da vasectomia prende-se ao fato de que não existe proibição nem permissão definidas especificamente.

Entretanto, não há dúvida de que ocorre perda da função reprodutiva através de esterilização, o que configura infração ao artigo 129 do Código Penal Brasileiro, posição defendida em pareceres anteriores do Conselho Federal de Medicina.

Até o momento, o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina não consideram a esterilização cirúrgica método legal. Entendem, também que, por ser um processo definitivo, que traz complicações orgânicas, é método de planejamento familiar. É necessário que seja feito planejamento familiar com os outros métodos existentes, dando a cada indivíduo a oportunidade de escolher o que melhor lhe convier.

Ressalte-se que os níveis alarmantes de esterilização no Brasil (44,56% de mulheres que fazem anticoncepção - PNAD 86 - IBGE) são fruto ou programa de esterilização em massa, ou total descaso em se oferecer um planejamento familiar como livre opção, com segurança, utilizando-se os métodos de maneira, comportamentais e anovulatórios.

Não se justificam esses índices no nosso país quando nos países mais desenvolvidos menos de 77% dos indivíduos que fazem anticoncepção optam por esterilização e usam todos os outros métodos citados acima.

Apenas nos países do Terceiro Mundo, com densidade demográfica muito mais baixa que nos industrializados (África 14 hab / km²; Brasil 16 hab. / km²; Holanda 360 hab / km²; Japão 300 hab / km²) a esterilização encontra caminho aberto, financiada inclusive por entidades estrangeiras especialmente criadas para esse fim (Association for Voluntary Sterilisation AVS. Pathfinder Foundation

etc.) que já despejaram no Brasil no período de 1979 a 1986, 70 milhões de dólares.

Como demonstram as estatísticas e fica claro nas pretensões da consulta e na Lei Orgânica Municipal de São Gonçalo, tem sido utilizada a esterilização em larga escala em famílias carentes, como se esse fosse o caminho para diminuir a pobreza. Esquece-se que a mortalidade infantil também é maior no meio carente, funcionando como "seleção natural" e certamente influenciando no equilíbrio demográfico.

Concluindo, o Conselho Regional de Medicina até o momento condenou todos os métodos que foram denunciados pela prática de esterilização, uma vez que é proibida pelo Código Penal.

A Lei Orgânica do Município de São Gonçalo no seu artigo 155, Parágrafo Único colide com o Código Penal, razão pela qual o Parágrafo Único do Art. 155 deveria ser suprimido da referida lei.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/05/92)

PARECER CREMERJ N. 18/92

INTERESSADO: C. M. S. Oswaldo Cruz da II RA
RELATOR: Conso Jorge Farha

FORNECIMENTO DE LAUDO MÉDICO ENTRE PROFISSIONAIS MÉDICOS.

EMENTA: Alerta para o fato de o segredo médico ter por finalidade prioritária resguardar os interesses do paciente. O médico torna-se confidente do paciente e fica obrigado a guardar sigilo sobre toda informação que obtiver em decorrência de sua atuação profissional. A revelação do sigilo a outro médico, dar-se-á para obtenção de parecer, tratamento ou diagnóstico, devendo o médico assistente, no caso, pautar-se segundo o Art. 106 do Código de Ética Médica.

CONSULTA: Médico do Setor Público questiona sobre obrigatoriedade e legitimidade de pedido de laudo médico de paciente falecido, solicitado por médico de Empresa, situação agravada por diagnóstico de doenças altamente estigmatizantes, que na maioria das vezes não consta nas certidões como causa básica do óbito.

PARECER: A propósito da consulta feita a este CRM pela CMS II RA, esclarecemos que o sigilo médico tem como finalidade primeira resguardar os interesses do paciente.

O médico que na sua atividade profissional torna-se um confidente necessário do paciente, está obrigado a guardar sigilo sobre toda informação que obtiver em decorrência de sua atuação profissional.

A revelação do sigilo a outro médico só se fará em benefício do paciente, ou seja, para obtenção de parecer, para tratamento ou diagnóstico.

No caso em tela, a conduta do médico assistente deverá pautar-se segundo o estabelecido no Art. 106 do Código de Ética Médica:

Art. 106 - É vedado ao médico - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 14/09/92)
PARECER CREMERJ N. 19/94

INTERESSADO: Dr. P. H. D. N.

RELATOR: Conso Cantídio Drumond Neto

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ COM FETO MORTO E USO DO FÓRCEPS.

EMENTA: Esclarece que em feto morto retido, não há indicação obstétrica de operação cesariana, muito menos na iteratividade; que o fórceps é instrumento indispensável à obstétrica, devendo ser usado com indicações de praticabilidade e que laceração de colo não é causa de embolia amniótica.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre interrupção de gravidez, com feto morto e retido em paciente com antecedente de duas cesárias; sobre a utilização de fórceps e se a embolia amniótica pode ser causada por laceração do colo.

PARECER: Em resposta às questões formuladas pelo Dr. P. H. D. N., afirmamos o seguinte:

1 - Em feto morto retido não há indicação obstétrica de operação cesariana, muito menos na iteratividade.

2 - O fórceps é instrumento indispensável à Obstetrícia. Deve ser usado com indicações de praticabilidade.

3 - Laceração de colo não é causa de embolia amniótica. Embolia amniótica ocorre pela passagem de células fetais, vérnix caseosa ou mecônio à circulação venosa materna, através da circulação feto-placentária, sendo mais freqüente no feto morto.

(Aprovado em Sessão Plenária de 18/05/94)

PARECER CREMERJ N. 20/94

INTERESSADO: Dra. A. M. B. C.

RELATOR: Conso Cantídio Drumond Neto

Conso José Carlos de Menezes

ATENDIMENTO A DETENTOS ESCOLTADOS E ALGEMADOS.

EMENTA: Orienta se constituir em omissão de socorro a negativa de atendimento a paciente detento, algemado e escoltado por policial e que o atendimento ao preso em estabelecimento de saúde é muito mas adequado do que na Delegacia. Os presos comparecem algemados com a finalidade de dar proteção e segurança aos profissionais da saúde que ali trabalham. Quanto a presença do policial na sala de exame, deve ser decidida pelo médico que faz o atendimento, embora sempre o policial deva permanecer próximo à porta da sala.

CONSULTA: Consulta motivada por queixa contra falta de segurança no atendimento a detentos escoltados e algemados, atendimentos estes sob a mira das armas de fogo da escolta, causando assim, pânico nos demais pacientes. Ante o inusitado da situação, a consulente recusou a fazer atendimento a um preso, sendo então, convidada a comparecer ao Setor de Investigações Gerais da 26a D. P., a fim de prestar esclarecimentos. Lá chegando, foi informada que se tratava de uma denúncia por omissão de socorro ao mesmo preso, formulada pelo carcereiro que na ocasião o escoltou.

Ante o exposto, a consulente solicita alguns esclarecimentos:

1. Considerando-se o que dispõe o Código de Ética Médica, indaga se esta situação (abster-se de prestar atendimento a presos nas condições acima referidas), pode ser classificada como omissão de socorro.

2. Ainda dentro do que preceitua o mesmo Código, estaria sendo respeitada a ética médica, quando um profissional se dispõe a fazer atendimentos nas condições acima descritas?

3. Estariam sendo proporcionadas condições de segurança tanto aos profissionais do PAM-MÉIER, quanto à população que o demanda, quando nas situações de atendimento a presos sob a mira de armas de fogo?

4. Ou ainda, quem garantiria a integridade física da população e dos profissionais, ante a não pouco provável circunstância de tentativa de resgate de um ou mais presos por entidades ligadas ao crime organizado, como já antes registrado em outras instituições?

5. Está de acordo com o que preceitua o Código de Ética Médica, proceder-se à exame clínico em pessoas algemadas, algumas vezes umas às outras?

6. Apesar de tratarem-se de indivíduos temporariamente privados da liberdade, é digno e condizente com os direitos da pessoa humana, obrigar-se os presos a atendimentos na presença de terceiros, violando sua intimidade?

PARECER: A consulente denuncia o que caracteriza como irregularidade no acontecido no PAM-Méier.

Anteriormente tais atendimentos eram feitos na 26ª D. P., a mando da Direção do PAM-Méier, o que realmente não seria o procedimento mais adequado, salvo para situação de emergência.

A seguir, tais atendimentos passaram a ser feitos no próprio PAM com os presos escoltados e algemados. A Dra. de um lado se queixa da falta de segurança e, de outro, reclama que as condições de exame com o paciente algemado e, na presença de policial, não é adequado e pergunta se o não atendimento aos mesmos pode ser considerado como omissão de socorro.

Em minha opinião, o atendimento ao preso no PAM com todas as desvantagens referidas é muito mais adequado do que na Delegacia. Quanto ao fato dos presos comparecerem algemados não tem outra finalidade do que dar proteção e segurança aos profissionais de saúde que ali trabalham.

Quanto à presença do policial na sala de exame acho que a mesma deve ser decidida pelo médico que faz o atendimento. O mesmo poderá exigir ou dispensar a presença policial na sala de exame, devendo sempre o policial permanecer próximo à porta da sala.

Em relação à negativa de tais atendimentos, acho que não cabe e que pode ser caracterizado como omissão de socorro, embora fosse de todo desejável que o próprio Corpo Clínico do PAM-Méier e a Direção do mesmo buscassem a forma ideal para se proceder a tais atendimentos.

PROPOSTAS PARA REGULAMENTAR TAIS ATENDIMENTOS:

- No atendimento aos pacientes detentos o mesmo só será feito no presídio em casos de emergência ou na impossibilidade de o paciente, por deficiência física, comparecer ao posto de atendimento.

- O detento, ao comparecer ao P. A., deve sempre estar algemado e ser acompanhado por um policial.

- Durante o exame do detento, caberá ao médico encarregado do mesmo definir se é necessária ou não a permanência do policial dentro da sala de exame. Em caso negativo o policial deverá permanecer junto à porta da sala de atendimento.

- Os atendimentos aos detentos deverão ser feitos de preferência em uma das salas, sempre que possível afastada das demais salas de atendimento e, por médicos de serviço em esquema de rodízio que deverá ser feito pela chefia do P. A.

- Não é permitido ao médico negar-se a participar do rodízio podendo ser caracterizado como omissão de socorro a não participação.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/06/94)

PARECER CREMERJ N. 21/94

INTERESSADO: H. C. de A. F.

RELATOR: Conso Cantídio Drumond Neto

CARDIOPATIA GRAVE CARACTERIZADA EM CONSENSO DA S. B. C.

EMENTA: Ressalta que a Sociedade Brasileira de Cardiologia reuniu, em 1993, grupo de renomados cardiologistas, com o intuito de caracterizar cardiopatia grave em consenso. Sugere que este passe a normatizar a definição da mesma.

CONSULTA: Consulta solicitada pelo Dr. H. C. de A. F. que pergunta se a doença mencionada como insuficiência coronária se refere a cardiopatia grave de acordo com a Lei Estadual 1084/86.

PARECER: Tendo em vista que a Sociedade Brasileira de Cardiologia reuniu, em 1993, grupo de renomados cardiologistas com o intuito de caracterizar cardiopatia grave em consenso.

Que este consenso foi publicado nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, volume 61, agosto de 1993, sugerimos que este consenso passe a normatizar a definição de cardiopatia grave.

Seria conveniente que o CREMERJ enviasse ao Conselho Federal de Medicina, se aprovada, o parecer com cópia da publicação do consenso, para que possa ser estendido aos demais Conselhos do país.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/06/94)

ANEXO

CONSENSO NACIONAL SOBRE CARDIOPATIA GRAVE (Comunicação Preliminar. A versão final deverá ser publicada futuramente nos "ARQUIVOS")

CARDIOPATIA GRAVE

A importância da expressão **Cardiopatia Grave**, na área médica, resultou de sua utilização na área jurídica, com implicações em múltiplos campos do Direito, particularmente o Trabalhista, o Previdenciário e o Tributário. O tema, complexo e de difícil conceituação, foi objeto de debates durante a Reunião de Consenso, organizada pela SBC, com a participação de 40 cardiologistas, em Angra dos Reis, de 02 a 04 de abril de 1993, da qual resultou este documento pioneiro, já que não existe, na literatura especializada, qualquer referência ao assunto. A dificuldade, sob o ponto de vista estritamente médico, advém da necessidade de se englobarem, no conceito, todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como agudas.

As cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, podem tornar-se crônicas, passando ou não, a caracterizar uma cardiopatia crônica grave, ou evoluir para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como **Cardiopatia Grave**, com todas as injunções legais.

Ficou estabelecido, que a cardiopatia crônica é grave quando limita, progressivamente, a capacidade física, funcional e profissional, não obstante tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando pode induzir à morte prematura. A limitação de que trata o conceito é definida habitualmente pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia. Para insuficiência cardíaca e/ou coronária, classificam-se como graves as enquadradas nas classes III e IV da classificação da NYHA e, eventualmente, as da classe II, na dependência da idade, da atividade profissional e da incapacidade de reabilitação.

Sob o aspecto estritamente médico, cardiopatia grave implica tão somente em prognóstico reservado em relação à morbidade, à história natural da cardiopatia, à qualidade de vida e à mortalidade. Do ponto de vista sócio-econômico e legal, implica na impossibilidade de o paciente desempenhar uma atividade profissional em sua plenitude, comprometendo o seu padrão de vida e de sua

família, podendo mesmo, levá-la ao desamparo, na eventualidade de morte prematura.

Este documento visa, em especial, oferecer aos cardiologistas, subsídios para melhor avaliação e padronização do prognóstico dos cardiopatas, caracterizando com maior precisão sua gravidade. Por sua condição pioneira, é um documento aberto, dinâmico, que não pretende ser definitivo, porém sujeito a reformulações, aperfeiçoamentos e atualizações, na medida em que sua aplicação prática assim o indicar e a ciência médica evoluir, alterando a história natural e o prognóstico de determinadas cardiopatias.

Dadas as dificuldades inerentes ao problema, a SBC julga que o diagnóstico de **Cardiopatia Grave** seja da responsabilidade de uma junta, composta por três cardiologistas titulados. O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de **Cardiopatia Grave**, como acima definido, estão relacionados para as seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e *cor pulmonale* crônico.

Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção <0,35). Na grande maioria dos casos, a princípio, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la.

CARDIOPATIA ISQUÊMICA

1. Quadro Clínico

- Angina classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar da terapêutica.
- Manifestações clínicas de insuficiência cardíaca.
- Arritmias (associar com dados de ECG e Holter).

2. Eletrocardiograma (repouso)

- Zona elétrica inativa (localização e magnitude)
- Alterações isquêmicas de ST-T
- Distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular
- Hipertrofia ventricular esquerda
- Fibrilação atrial crônica
- Arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter)

3. Radiografia do Tórax

- Cardiomegalia
- Congestão venocapilar pulmonar

4. Teste Ergométrico

- Limitação da capacidade funcional (<5 MET)
- Angina em carga baixa (<5 MET)
- Infradesnível do segmento ST:
 - Precoce (carga baixa)
 - Acentuado (≥ 3 mm)
 - Morfologia horizontal ou descendente
 - Múltiplas derivações
- Duração prolongada (>6 min no período de recuperação)
- Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio.
- Comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD ≥ 30 mmHg)
- Insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca)
- Sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço.
- Arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.

Cintilografia Miocárdica Associada a Teste Ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnésio)

- Defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias)
- Dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço
- Hipercaptação pulmonar
- Fração de ejeção (FE) em repouso $\leq 0,35$ (valor específico para o método)
- Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%)
- Motilidade parietal regional ou global anormal

Cintigrafia Miocárdica Associada a Dipiridamol e outros fármacos

- Interpretação semelhante é definida para a cintigrafia com teste ergométrico.

Ecocardiograma (em repouso)

- Fração de ejeção $\leq 0,40$ (valor específico para o método)
- Alterações segmentares da contratilidade ventricular.
- Dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada a hipertrofia ventricular esquerda.
- Complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

Associado a esforço ou procedimentos farmacológicos

- Aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso.

- Acentuação das alterações de contratilidade pré-existentes.
- Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%)

Eletrocardiografia Dinâmica (Holter)

- Alterações isquêmicas (ST-T) associadas a dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda.
- Isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração)
- Arritmias ventriculares complexas
- Fibrilação atrial associada à isquemia
- Distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

Cinecoronarioventriculografia

- Lesão de tronco de coronária esquerda $\geq 50\%$
- Lesões triarteriais moderadas a importantes ($\geq 70\%$ do terço proximal ou médio), e "eventualmente do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida".
- Lesões bi ou uniarteriais $\leq 70\%$, com grande massa miocárdica em risco.
- Lesões ateromatosas extensas e difusas
- Fração de ejeção $\leq 0,40$
- Hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas
- Áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia
- Aneurisma de ventrículo esquerdo
- Complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Fatores de risco e condições associadas

- Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar.
- Vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico).

Pós-infarto do miocárdio

- Disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia)
- Isquemia à distância (em outra área que não a do infarto)
- Arritmias ventriculares complexas
- Idade avançada
- Condições associadas

Quando o tratamento adequado - clínico, intervencionista ou cirúrgico - melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado.

CARDIOPATIA HIPERTENSIVA

Do ponto de vista exclusivamente de cifras, é considerada grave a hipertensão arterial $\geq 200/115$ mmHg, não obstante tratamento adequado. Se a pressão diastólica for menor do que 110mmHg e acompanhada de danos a órgão(s)-alvo, é definida como cifra baixa complicada. Se a pressão diastólica for ≥ 110 mmHg e acompanhada de dano a órgão(s)-alvo, é definida como cifra alta complicada. Os órgãos-alvo que podem ser comprometidos por uma cifra baixa durante longo tempo, são o coração, o cérebro, os rins, as artérias periféricas e a retina.

O comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isto ocorre, os demais órgãos-alvo freqüentemente também estão comprometidos. De outra parte, em alguns casos, um ou mais dos órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva e sim de hipertensão arterial complicada.

Na cardiopatia hipertensiva, a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- Hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou ecocardiograma, que não regride com o tratamento.
- Disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção $\leq 0,40$.
- Arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial.
- Cardiopatia isquêmica associada.

A cardiopatia hipertensiva é agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgãos-alvo, como abaixo discriminados:

- Em relação ao cérebro: isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico.
- Em relação aos rins: creatinina $\geq 3,0$ mg/dl.
- Em relação às artérias periféricas: aneurisma e/ou dissecção da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida $\geq 70\%$.
- Em relação à retina: hemorragias, exsudato e papiledema, especialmente quando não regridem com tratamento adequado.

MIOCARDIOPATIAS

1. Miocardiopatias Hipertróficas

- História familiar de morte súbita
- Paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica.
- Diagnóstico na infância (baixa idade)

- Hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T.
- Cardiomegalia
- Disfunção ventricular esquerda sistólica
- Fibrilação atrial
- Síndrome de Wolff-Parkinson-Write
- Arritmias ventriculares complexas
- Regurgitação mitral importante
- Doença arterial coronária associada
- Forma obstrutiva com gradiente de via de saída ≥ 50 mmHg

2. Miocardiopatias Dilatadas

- História de fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia importante
- Ritmo de galope (B3)
- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Fração de ejeção $\leq 0,30$
- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares complexas
- Distúrbios da condução intraventricular

3. Miocardiopatia Restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose)

- História de fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia
- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Envolvimento do ventrículo direito ou biventricular
- Fibrose acentuada
- Regurgitação mitral e/ou tricúspide importante

4. Cardiopatia Chagásica Crônica

- História de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia acentuada
- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares complexas
- Bloqueio bi ou trifascicular sintomático
- Bloqueio atrioventricular de grau avançado

VALVOPATIAS

I - Insuficiência Mitral

1. Quadro clínico

- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Frêmito sistólico palpável na região da ponta
- Primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral
- Sopro holossistólico no foco mitral, de intensidade $>3/6$, com irradiação em faixa ou círculo
- Segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar
- Desdobramento amplo e constante da segunda bulha no foco pulmonar.

2. Eletrocardiograma

- Sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas
- Fibrilação atrial

3. Estudo radiológico

- Aumento acentuado da área cardíaca, com predominância das cavidades esquerdas
- Sinais de congestão venocapilar pulmonar
- Sinais de hipertensão pulmonar

4. Ecocardiograma

- Presença de jato regurgitante de grande magnitude
- Comprometimento progressivo de função ventricular sistólica
- Aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo
- Inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar
- Sinais de hipertensão pulmonar

5. Hemodinâmica a Angiografia

- Onda "v" com valor ≥ 3 vezes, em relação à média do capilar pulmonar
- Opacificação do átrio esquerdo igual ou maior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers.
- Fração de regurgitação $\geq 60\%$ (FR=volume de regurgitação/volume sistólico total).

II - Estenose Mitral

1. Quadro Clínico

- História de comissurotomia mitral prévia
- Fenômenos tromboembólicos
- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Episódios de edema pulmonar agudo
- Escarros hemopticos
- Fibrilação atrial

- Estalido de abertura da valva mitral precoce
- Impulsão sistólica de ventrículo direito
- Segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar
- Sinais de insuficiência tricúspide

2. Eletrocardiograma

- Fibrilação atrial
- Sinais de sobrecarga de câmaras diretas

3. Estudo radiográfico

- Inversão do padrão vascular pulmonar
- Sinais de hipertensão venocapilar pulmonar
- Sinais de hipertensão arteriolar pulmonar.

4. Ecocardiograma

- Área valvar <1,0 cm²
- Tempo de ½ pressão >200 ms
- Gradiente transvalvar mitral médio >15mmHg
- Sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar >50 mmHg)
- Presença de trombo no átrio esquerdo

5. Hemodinâmica

- Área valvar <1,0 cm²
- Gradiente diastólico mitral médio >15mmHg
- Pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo >20mmHg
- Pressão sistólica da artéria pulmonar >50mmHg

III - Insuficiência Aórtica

1. Quadro Clínico

- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope)
- Síndrome de Marfan associada
- Presença de galope ventricular (B3)
- Sopro de Austin-Flint na ponta
- *Ictus* hipercinético, deslocado externamente
- Pressão diastólica próxima a zero
- Queda progressiva da pressão arterial sistólica

2. Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda com onda T negativa em precordiais esquerdas
- Sinais de sobrecarga atrial esquerda
- Fibrilação atrial

3. Estudo radiográfico

- Aumento importante da área cardíaca com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota")
- Dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente.
- Dilatação do átrio esquerdo

4. Ecocardiograma

- Jato regurgitante Ao/VE largo e extenso
- Fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente
- Abertura valvar mitral ocorrendo somente com a sístole atrial
- Piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda
- Queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço

5. Medicina Nuclear associada a teste ergométrico

- Comportamento anormal da fração de ejeção.

6. Hemodinâmica e Angiografia

- Baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aorto-ventriculares
- Pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2VE) elevada (≥ 20 mmHg)
- Opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de Sellers)
- Fração de regurgitação $\geq 60\%$

IV - Estenose Aórtica

1. Quadro Clínico

- Sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope)
- Angina de peito
- Presença de terceira bulha
- Insuficiência cardíaca
- Pressão arterial diferencial reduzida
- Pico tardio de intensidade máxima do sopro
- Desdobramento paradoxal da segunda bulha
- Fibrilação atrial

2. Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnívelamento de ST e onda T negativa em precordiais esquerdas
- Sobrecarga atrial esquerda
- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares
- Bloqueio atrioventricular total

3. Ecocardiograma

- Área valvar $\leq 0,75 \text{ cm}^2$
- Gradiente médio de pressão transvalvar aórtica $\geq 50 \text{ mmHg}$
- Gradiente máximo $\geq 70 \text{ mmHg}$
- Sinais de hipocinesia ventricular esquerda

4. Hemodinâmica

- Área valvar $\leq 0,75 \text{ cm}^2$
- Hipocinesia ventricular esquerda
- Coronariopatia associada

V - Prolapso Valvar Mitral

1. História familiar de morte súbita
2. História de síncope
3. Fenômenos trombo-embólicos
4. Síndrome de Marfan associada
5. Arritmias ventriculares complexas
6. Fibrilação atrial
7. Disfunção ventricular esquerda
8. Regurgitação mitral importante
9. Prolapso valvar tricuspídeo associado
10. Cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas)
11. Rotura de cordoalhas tendíneas

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

Caracterizam-se como graves, as cardiopatias congênitas que apresentam:

I. Do ponto de vista clínico

- Crises hipoxêmicas
- Insuficiência cardíaca (classe III e IV)
- Hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica

- Arritmias de difícil controle e potencialmente malignas

II. Do ponto de vista anatômico

- Doença arterial pulmonar
- Necrose miocárdica por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias
- Drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas
- Hipotrofia ventricular direita
- Agenesias valvares (pulmonar e aórtica)
- Hipoplasia ou atresia do coração esquerdo
- Estenose mitral
- Transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações
- Ventrículos únicos com atresias valvares
- Ectopias cardíacas com alterações múltiplas
- Cardiopatias complexas

III. Do ponto de vista anátomo-funcional

- Sobrecargas diastólicas ventriculares associadas a hipocontratibilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas.
- Sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e esproporcionada ou com miocardiosclerose e manifestações clínicas.
- Cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas.

ARRITMIAS CARDÍACAS

Constituem características de maior gravidade:

1. Disfunção do nó sinusal sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia, e especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia.

2. Bradiarritmias

- Bloqueio atrioventricular (BAV) do 2o grau, tipo II, ou BAV avançado
- Bloqueio atrioventricular total:
 - Sintomático
 - Com resposta cronotrópica inadequada ao esforço
 - Com cardiomegalia progressiva
 - Com insuficiência cardíaca
- Fibrilação atrial com resposta ventricular baixa
- Bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).

3. Taquiarritmias

- Taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia.
- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia.
- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos), desencadeadas por qualquer mecanismo.

4. Síndrome de pré-excitação, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos.

5. Portadores de marcapasso cardíaco definitivo (anti-bradi ou anti-taquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

COR PULMONALE CRÔNICO

1. Quadro clínico

- Manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em vaqueta de tambor)
- Insuficiência cardíaca direita
- Dores anginosas
- Crises sincopais
- Hiperfonese clangorosa da segunda bulha no foco pulmonar
- Galope ventricular direito (B3) - PO₂ <60mmHg; PCO₂ >50mmHg

2. Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas

3. Ecocardiografia

- Hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica
- Grande dilatação do átrio direito
- Pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD ≥ 60 mmHg
- Insuficiência tricúspide importante
- Inversão do fluxo venoso na sístole atrial

4. Estudo Hemodinâmico

- Dilatação do tronco da artéria pulmonar
- Dilatação do ventrículo direito

- Dilatação do átrio direito
- Pressão na artéria pulmonar >60mmHg
- Pressão no átrio direito >15mmHg
- Insuficiência pulmonar
- Insuficiência tricúspide

PARECER CREMERJ N. 22/94

INTERESSADO: Dra. M. D. N.

RELATOR: Conso Cantídio Drumond Neto

Membro da Equipe de Processo e Consulta (EPC)

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS (FENOBARBITOL, BENZODIAZEPÍNICOS ETC.).

EMENTA: Aborda a necessidade do médico em prescrever medicação controlada para paciente com disritmias cerebrais, já orientado por neurologista, bem como o uso do bloco azul para prescrição de medicamento controlado.

CONSULTA: Consulta pedindo esclarecimento sobre a prescrição de medicação controlada e o uso do bloco azul para pedido da mesma.

PARECER: Médica, de Posto de Saúde, protesta de não contar com medicamentos sedativos e benzodiazepínicos, bem como de bloco de medicamentos controlados (azul) e, a direção do Posto teria informado à mesma que tal conduta era de acordo com a orientação do CREMERJ.

Somos de opinião que o bloco azul é imprescindível, pois não tem sentido haver atendimentos para disritmias cerebrais e outros quadros, sem poder prescrever medicamentos controlados, desde que já orientados por neurologista.

(Aprovado em Sessão Plenária de 12/09/94)

PARECER CREMERJ N. 23/94

INTERESSADO: Dr. F. P. F.

RELATOR: Dr. Vivaldo de Lima Sobrinho

PERMISSÃO PARA TRATAMENTO EXPERIMENTAL EM PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS EM GERAL, NÃO INFECTADAS, E DE FERIMENTOS DECORRENTES DE AMPUTAÇÕES ACIDENTAIS DAS EXTREMIDADES.

EMENTA: Esclarece que novos procedimentos terapêuticos devem seguir as normas da Resolução 01/1988 do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta pesquisas em seres humanos, e alerta que esse tipo de pesquisa deve ser restrito às Instituições e Serviços credenciados pelo C. N. S., condicionado ainda a aprovação pela Comissão de Ética da Instituição.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a possibilidade de profissional médico usar tratamento experimental em pacientes vítimas de queimaduras em geral, não infectadas, e de ferimentos decorrentes de amputações das extremidades.

PARECER: Em relação à solicitação do Dr. F. P. F., para realizar tratamento experimental em pacientes vítimas de queimaduras não infectadas e amputações acidentais de extremidades, nos posicionamos contrariamente, visto que novos procedimentos terapêuticos devem seguir as normas da Resolução 01/1988 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas em seres humanos. Alertamos ainda que esse tipo de pesquisa deve ser restrito às instituições, com aprovação prévia da respectiva Comissão de Ética Médica.

É o parecer,

(Aprovado em Sessão Plenária de 12/09/94)

PARECER CREMERJ N. 24/94

INTERESSADO: Dr. A. W.

RELATOR: Conso Paulo Cesar Geraldês

RELAÇÕES PROFISSIONAIS ENTRE MÉDICOS.

EMENTA: Esclarece que o ato médico é, ao mesmo tempo, um procedimento técnico-científico e uma ação sujeita aos ditames da consciência. Ressalta ainda que o médico é o único responsável por seus atos profissionais, não devendo exercer coação contra o desempenho ético-profissional ou princípios éticos de outro médico.

CONSULTA: Parecer emitido para dirimir dúvidas sobre questões relevantes no campo da ética médica. O solicitante questiona se o ato médico é uma questão de consciência, se o médico deve ir de encontro às suas convicções éticas e morais, para acatar as ordens de outro médico, sendo ou não seu superior hierárquico, e se pode um médico iludir paciente quanto à sua real destinação.

PARECER: Respostas aos quesitos formulados:

1. O ato médico é, ao mesmo tempo, um procedimento técnico-científico e uma ação sujeita aos ditames da consciência, pois ao envolver, direta ou

indiretamente, o relacionamento entre duas pessoas, subordina-se às normas legais e aos princípios, morais e éticos. Ver o Código de Ética Médica, artigos 2o, 3o, 4o, 5o e 6o.

2. o médico é o único responsável por seus atos profissionais (Código de Ética Médica, artigos 7o e 8o). Por isso, não se dá o caso de "ordens de outro médico". Por isso, não se dá o caso de "ordens de outro médico". As relações entre ambos devem obedecer as prescrições dos artigos 18, 19 e 85 do Código de Ética Médica. Quando se tratar de ordem de superior hierárquico, deverá ser atendida desde que:

1o - não seja manifestadamente ilegal (Código Penal Art. 22);

2o - não for contrária aos ditames de sua consciência (Código de Ética Médica Art. 28).

3. O chefe-de-equipe deveria obedecer às normas dos artigos 17 e 18 do Código de Ética Médica e não exercer coação contra o desempenho ético-profissional ou os princípios éticos do outro médico. Não é lícito (Art. 173 do Código Penal) e é antiético (artigos 56 e 59 do Código de Ética Médica) embair um paciente. *In casu*, o paciente não deveria ser enganado sobre sua real destinação. Se, após devidamente informado sobre a necessidade de internação psiquiátrica, continuasse a não dar seu consentimento, poder-se-ia aplicar a exceção prevista no artigo 46 do Código de Ética Médica combinado com o artigo 14 do Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934.

É o nosso parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 07/12/94)

PARECER CREMERJ N. 25/94

INTERESSADO: CREMERJ

RELADORES: Grupo de Trabalho de Tratamento Médico Sem Transfusão de Sangue (GTTMSTS)

Conso Rui Haddad

Consa Maria Izabel Dias Miorim

Conso Paulo Cesar Geraldês

Conso José Carlos de Menezes

RECUSA DE PACIENTES, SOB ALEGAÇÕES DE QUALQUER NATUREZA, DE SE SUBMETEREM À TRANSFUSÕES DE SANGUE E/OU SEUS DERIVADOS.

EMENTA: Ressalta que o médico, ciente formalmente da recusa do paciente em receber transfusão de sangue e/ou derivados, deverá proceder a todos os

métodos alternativos de tratamento ao seu alcance, visando respeitar o direito do paciente, ou, sentindo-se impossibilitado de prosseguir o tratamento, poderá, nos termos do Parágrafo Primeiro, do artigo 61, do Código de Ética Médica, renunciar ao atendimento. Alerta ainda que a responsabilidade ético-profissional do médico somente cessará quando do recebimento do paciente pelo médico substituto.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre recusa de pacientes, sob alegações de qualquer natureza, de se submeterem à transfusões de sangue e/ou seus derivados.

PARECER: Face às freqüentes recusas de pacientes, sob alegações de qualquer natureza, de se submeterem a transfusões de sangue e/ou seus derivados, e em virtude de existir apenas um Parecer do Conselho Federal de Medicina, datado de 1980, portanto anterior à Constituição Federal e ao Código de Ética Médica - ambos de 1988 - e defasado em relação ao progresso técnico-científico da Medicina, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro constituiu o **GRUPO DE TRABALHO DE TRATAMENTO MÉDICO SEM TRANSFUSÃO DE SANGUE** e, através de ampla discussão, emite o seguinte Parecer:

O médico, ciente formalmente da recusa do paciente em receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, deverá proceder a todos os métodos alternativos de tratamento ao seu alcance, visando respeitar o direito do paciente, ou, sentindo-se impossibilitado de prosseguir o tratamento, na forma desejada pelo paciente, poderá, nos termos do Parágrafo Primeiro, do artigo 61, do Código de Ética Médica, renunciar ao atendimento.

Na segunda hipótese, o médico comunicará o fato ao paciente, ou a seu responsável legal, certificando-se do seu encaminhamento a outro profissional e assegurando, ainda, o fornecimento de todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

Há de se ressaltar, na oportunidade, que a responsabilidade ético-profissional do médico somente cessará quando do recebimento do paciente pelo médico substituto, devendo, até então, fazer uso de todos os demais recursos, clínicos e/ou cirúrgicos, para a manutenção do paciente.

(Aprovado em Sessão Plenária de 16/12/94)

(Revogou o parecer CREMERJ n. 12 de 02/10/91)

PARECER CREMERJ N. 26/95

INTERESSADO: 68a Junta de Conciliação e Julgamento / Justiça do Trabalho

RELATORES: Câmara Técnica de Farmacologia e Toxicologia.

Conso Francisco J. Roma Paumgarten (Membro da Câmara)

EMBRIAGUEZ EM DECORRÊNCIA DO USO DE BIOTÔNICO FONTOURA.

EMENTA: O Biotônico Fontoura, pelo seu teor alcoólico de 9,5% contido em sua fórmula, segundo consta no rótulo do produto, sendo portanto maior do que o teor da cerveja e comparável ao do vinho, dependendo da quantidade ingerida, pode causar embriaguez.

CONSULTA: Solicitação de parecer sobre a ingestão do Biotônico Fontoura, em jejum. Questiona se este fato pode provocar alcoolismo em grau 03 (três).

PARECER: O estado de embriaguez alcoólica depende da concentração de álcool (etanol) no sangue, que é função da quantidade de álcool ingerida, do peso do indivíduo e da velocidade de absorção gastro-intestinal (mais rápida quando o estômago está vazio, mais lenta após as refeições).

Os sinais de intoxicação (embriaguez) - tais como: aumento do tempo de reação, diminuição do controle motor fino, e perda do juízo crítico - começam a aparecer em concentrações sangüíneas da ordem de 20 a 30 mg/dl. Concentrações sangüíneas mais elevadas (e. g. 150 mg/dl) levam a sinais grosseiros de embriaguez e concentrações em torno de 400 mg/dl podem ser fatais.

Em média, 44 gramas de etanol (cerca de 120 ml de whisky, ou 160 ml de Martini) levam a uma concentração (pico) no sangue de 67 a 92 mg/dl (estômago vazio) ou 30 a 53 mg/dl (após as refeições). Por outro lado, 1.21 de cerveja comum levam em média a 41-49 mg/dl (estômago vazio) ou 23-29 mg/dl (após as refeições).

O Biotônico Fontoura contém, segundo consta no rótulo do produto, 1,875 ml de etanol em 15 ml da solução, ou seja, um teor alcoólico de 9.5%, segundo declaram os próprios fabricantes. Este teor alcoólico, mais alto do que o de cervejas e comparável ao de vinhos, é alto para um produto considerado "medicamento" e vendido em frascos de 400 ml.

Conclusão: O Biotônico Fontoura pode causar embriaguez, dependendo a gravidade desta da quantidade ingerida pelo indivíduo, como qualquer medicamento que contenha álcool em sua composição.

Alerta: Tem havido relatos freqüentes de que o Biotônico Fontoura tem sido utilizado por alcoólatras como um sucedâneo (socialmente aceito por ser considerado como um "medicamento") das bebidas alcoólicas tradicionais.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/02/95)

PARECER CREMERJ N. 27/95

INTERESSADOS: G. M. T. C., A. M. F. S.

RELATORES: Câmara Técnica de Cirurgia Plástica

Dr. Carlos Alberto Jaimovich (Membro da Câmara)

COBERTURA, PELOS PLANOS DE SAÚDE, DE RECONSTRUÇÕES MAMÁRIAS.

EMENTA: Tomando como exemplo, a empresa Golden Cross, que preceitua no Capítulo VIII, cláusula 19, item "d", de seu contrato, "a empresa garante a cobertura de tratamento clínico e cirúrgico de neoplasias malignas e suas conseqüências", comprova-se que o paciente tem garantido seu tratamento, desde quimio e/ou radioterapia até a própria mastectomia. As seqüelas indesejáveis deixadas pelo tratamento, a deformidade torácica decorrente da mastectomia, embora representem a cura do paciente, são "conseqüências da neoplasia". Há de se considerar ainda o fator psicológico, lembrando que uma mulher, que ao longo da vida, teve toda sua imagem corporal sedimentada, sofre terrível abalo quando, subitamente, se vê vítima de câncer e que, para sobreviver, precisa ser mutilada. Portanto, "por questões éticas, deontológicas, morais, psicológicas, físicas, humanísticas e até mesmo filosóficas", só resta aos Planos de Saúde admitirem que as reconstruções mamárias devem receber o tratamento compatível com sua importância, passando a ser incluídas entre os procedimentos garantidos e cobertos em suas cláusulas contratuais.

CONSULTA: O parecer responde a questionamento feito por médicos e pacientes sobre a negativa sistemática dos Planos de Saúde em liberar cirurgias de reconstrução mamária pós-mastectomia, considerando-as excluídas de cobertura contratual.

PARECER: Trata-se aqui do questionamento feito por médicos e pacientes sobre a negativa sistemática dos Planos de Saúde em liberar cirurgias de reconstrução mamária pós-mastectomia, considerando-as excluídas de cobertura contratual.

Citando como exemplo o contrato de seguro-saúde da Golden Cross, em seu Capítulo III, cláusula 5a, parágrafo 1o e 2o , onde está estabelecido que "a cirurgia plástica somente terá cobertura contratual quando necessária à restauração das funções de algum órgão ou membro alterado em decorrência de acidente pessoal ocorrido na vigência deste contrato" e "para fins deste contrato, acidente pessoal é o evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário, causador de lesão física, excluídos os casos dentários".

Para fins de raciocínio, seria conveniente citar também o Capítulo VIII, cláusula 19, item "d", que, abordando os prazos de carência, garante o tratamento clínico e cirúrgico de, entre outras, "neoplasias malignas e suas conseqüências".

É sabido que ao assinar um contrato, a pessoa reconhece e aceita todos os termos e condições nele contidos e, deste modo, à primeira vista concorda que as reconstituições mamárias estariam fora de qualquer cobertura contratual porque seriam "cirurgias de finalidade estética", não recuperando a função de um órgão ou membro. Logo, a mulher que teve uma neoplasia mamária e

necessitou de uma mastectomia para curar-se, não poderia postular uma reconstituição, porque o contrato, a priori, já caracterizou "restauração de função" e o evento causador da lesão como "externo, súbito, direto". Isto, teoricamente, eliminaria os carcinomas pois, obviamente, não são acidentes pessoais com estas características.

Entretanto, estas argumentações são frágeis e sucumbem logo à primeira análise das próprias restrições contratuais: no citado Capítulo VIII, a empresa garante a cobertura de tratamento clínico e cirúrgico de neoplasias malignas e suas conseqüências. Ora, se a paciente apresentava câncer de mama (detectado após os 18 meses de carência exigidos pela Empresa), tem garantida seu tratamento, desde quimio e/ou radioterapia até a própria mastectomia. Não resta dúvida que as seqüelas deixadas pelo tratamento são conseqüências indesejáveis do mesmo, ainda que tenham representado a cura da paciente. Ou alguém duvida que a deformidade torácica decorrente de mastectomia seja uma "conseqüência da neoplasia", nos termos do próprio contrato?

A nosso ver, já aí estaria uma primeira e bem clara argumentação para que todo e qualquer plano de saúde se tornasse obrigado a dar cobertura às reconstruções mamárias.

Mas há ainda uma segunda análise que não pode deixar de ser feita. Repousa sobre o questionamento sobre quais as funções atribuídas às mamas femininas. As mamas têm, essencialmente, três funções básicas: lactação, sexualidade e morfológicas (composição da imagem corporal feminina).

São "*ab initio*" fundamentais para a preservação da espécie através da amamentação da prole. Mas mesmo esta função pode deixar de existir com mamas tidas como normais quando ocorre algum impedimento orgânico ou hormonal e a mulher não consegue amamentar seu filho. Mas nem por isso as mamas deixam de ter importância. Do mesmo modo, mulheres em idade mais avançada que não vão mais amamentar, não desejariam, obviamente, se descartar de um órgão só porque ele não "funciona mais" em sua tarefa básica de produzir leite. Mesmo porque existem outras duas funções, tão importantes quanto a primeira. As mamas são seguramente e comprovadamente, tão ou mais importantes para a composição da imagem corporal feminina, do que a própria genitália. Não se pode considerar supérflua sua importância, sobretudo em nossa cultura e em nossa civilização, para a formação da auto-imagem da mulher. A auto-estima é fator decisivo para a sexualidade saudável e as mamas são indissociáveis da estrutura psicológica que sustenta a auto-estima. A integração psico-social está diretamente ligada a esta auto-estima.

Uma mulher, que ao longo da vida, teve toda a sua imagem corporal sedimentada, sofre terrível abalo quando, subitamente, se vê vítima de um câncer e que, para sobreviver, precisa ser mutilada.

É bem verdade que a reconstituição mamária não devolve uma mama plena, em condições de produzir leite, com sensibilidade erótica-sensual completa.

É sabido, no entanto, que tal cirurgia, uma das mais requintadas sob o ponto de vista técnico e psicológico da Cirurgia Plástica, transporta tecidos para que se possa "simular" o aspecto de uma mama normal.

Ao longo dos anos, demonstrou-se largamente que a gratificação das pacientes que se beneficiam com essas cirurgias tem sido inequívocas e flagrante, e que sua qualidade de vida tem melhorado significativamente. Sabe-se que tais fatores são positivos para a manutenção da sobrevivência e que, portanto, sem nenhum exagero, podem ser considerados como parte integrante do próprio tratamento do câncer ou mesmo da sua estabilização ao longo do tempo.

Recairemos sempre sobre o ponto fundamental desta discussão: a dignidade da pessoa.

Por outro lado, após a 5ª década principalmente, as mamas passariam a ter uma função que poderíamos chamar de "perigosa", ou seja, passam a ser com mais frequência sítio de surgimento de neoplasias. Nesta fase, não há mais lactação e sua importância erótico-sensual poderia ser considerada menos intensa. Nem por isso se preconiza "mastectomias profiláticas" de rotina nestas pacientes pois seria obviamente, uma agressão desnecessária e inconcebível, provocando, além do mais, total e gratuita destruição da imagem corporal feminina.

Portanto, a participação das mamas na formação da imagem corporal é, sem dúvida, uma nobilíssima função. É uma função poderosa, não podendo ser considerada secundária ou supérflua. Ou pode ser considerada normal uma mulher sem as suas mamas? O desbalanceamento do equilíbrio com sobrecargas para a coluna vertebral também não pode ser olvidado, entre as várias conseqüências decorrentes de uma mastectomia.

Deste modo, os parágrafos 1º e 2º da cláusula 5ª do Capítulo III não eliminaram de modo nenhum, a obrigatoriedade dos Planos de Saúde em dar cobertura às reconstruções mamárias.

Assim, não se pode deixar de considerar o câncer mamário como um "acidente pessoal" "*latu senso*". Mas obviamente não pode ser classificado na mesma categoria das lacerações provocadas por acidentes automobilísticos ou similares, que, estes sim, têm a cobertura contratual garantida. Mas, analisando com um pouco mais de cuidado esta interpretação, a mastectomia é um "evento direto e causador de lesão física" caracterizado pela deformidade residual que fica no tórax após a extirpação do órgão doente. Entretanto, o cirurgião que executa a mastectomia não está provocando uma iatrogenia. Quando bem indicada, é um método terapêutico necessário e correto. Mas o processo de cura só estará completo com a reconstrução, mesmo que como uma "imitação", de uma estrutura o mais parecida possível com a de uma mama normal.

Finalmente, a Resolução CREMERJ n. 19/87, Art. 1o, item "h", estabelece que "as empresas contratantes estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde". Portanto, por questões éticas, deontológicas, morais, psicológicas, físicas, humanísticas e até mesmo filosóficas, só resta aos Planos de Saúde admitirem que as reconstruções mamárias devem receber o tratamento compatível com sua importância, passando a ser portanto, incluídas entre os procedimentos garantidos e cobertos em suas cláusulas contratuais.

Vale citar, por oportuno, a frase de uma paciente mastectomizada que luta para obter a tão sonhada reconstrução, e que bem expressa o grau de comprometimento que cerca o final de um tratamento de câncer mamário:

"- Todo dia, ao me olhar, fico feliz por estar viva e choro por estar fisicamente mutilada."

A justiça e a razão podem tardar mas não devem falhar!

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/03/95)

PARECER CREMERJ N. 28/95

INTERESSADO: Dr. C. R.

RELATORES: Câmara Técnica de Cirurgia Plástica

Consa Márcia Rosa de Araújo (Membro da Câmara)

Dr. José Márcio Cataldo dos Reis (Assessor Jurídico)

**CONTRATO PADRÃO CELEBRADO ENTRE A BEAUTY CARE LTDA.,
EMPRESA ESPECIALIZADA EM AGENCIAMENTO DE CIRURGIAS
PLÁSTICAS EM CONDIÇÕES FACILITADAS, E MÉDICOS INTERESSADOS
NO SISTEMA.**

EMENTA: Expõe que a fórmula apresentada pela empresa fulcra-se no parcelamento antecipado dos componentes financeiros que envolvem uma cirurgia (exames pré-operatórios, internação, honorários médicos etc), e, sendo assim, comete a empresa delito ético-profissional, tipificado nos artigos 4o, 9o, 10, 65, 80, 87 e 92 do novo Código de Ética Médica e opina que o CREMERJ deva posicionar-se contrariamente à celebração de contratos como o ora trazido à lume. A CTCP enfatiza ainda a violação dos Art. 131 e 136 do CEM.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre contrato padrão celebrado entre a empresa Beauty Care Ltda. e um grupo restrito de médicos.

PARECER DA CTCP

A Câmara Técnica de Cirurgia Plástica concorda com o Parecer da Assessoria Jurídica e acredita terem sido infringidos também, os artigos 131 e 136 do Código de Ética Médica.

Do mesmo modo, acreditamos que a divulgação de um grupo restrito, selecionado com critérios obscuros e tendenciosos, uma vez que a maioria ocupa cargos importantes na SBCPER, ligado a uma empresa com finalidades estritamente comerciais, contraria a moral, pois estes profissionais passam a se prevalecer de uma vantagem para dar destaque comercial dos seus próprios nomes. Cria-se a falsa idéia de que são diferenciados de seus pares da própria SBCPER.

O plano da Beauty Care reduz a Cirurgia Plástica ao nível de mercadoria comum e a atividade médica ao de simples comércio.

Sugerimos enviar a resposta ao consulente e encaminhar a documentação à CODAME e à C. T. de Anestesiologia, bem como a instauração de devido processo preliminar.

Do mesmo modo, consideramos importante representar junto ao CREMESP as decisões deste egrégio Conselho, tendo em vista que a referida Empresa desenvolve atividades também em São Paulo.

PARECER DA ASSESSORIA JURÍDICA

Preliminarmente, esta Assessoria Jurídica solicitou maiores esclarecimentos e juntada de novos documentos, o que foi atendido tanto pelo consulente quanto pela CTCP.

Trata-se de contrato padrão celebrado entre a BEAUTY CARE LTDA., empresa especializada em agenciamento de cirurgias plásticas em condições facilitadas, e médicos interessados no sistema.

A fórmula apresentada pela empresa fulcra-se no parcelamento antecipado dos componentes financeiros que envolvem uma cirurgia (exames pré-operatórios, internação, honorários médicos etc).

Sobre a matéria em comento, permitimo-nos trazer à colação a Resolução CREMERJ no 14/87 que determina cometer delito ético-profissional, tipificado nos artigos 10 e 34 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, o médico que veicula, implícita ou explicitamente, o parcelamento de honorários médicos.

E que não se diga que o suso mencionado texto deontológico perdeu sua eficácia com a revogação do CBDM, porquanto o novo Código de Ética Médica reproduziu a essência dos dois artigos mencionados ao editar os artigos 9o e 80.

Ademais, no nosso sentir, outros artigos do atual Código de Ética Médica foram violados na elaboração do contrato da BEAUTY CARE, quais sejam os artigos 4o, 10, 65, 87 e 92.

Pelo exposto, somos, s. m. j., de opinião de que o CREMERJ deva posicionar-se contrariamente à celebração de contratos como o ora trazido à lume.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/03/95)

PARECER CREMERJ N. 29/95

INTERESSADO: Hospital Municipal Salgado Filho

RELATORES: Câmara Técnica de Aids

Dra. Marcia Cristina Rachid de Lacerda (Membro da Câmara)

REINTEGRAÇÃO DE MÉDICO CIRURGIÃO CONTAMINADO PELO VÍRUS HIV.

EMENTA: De acordo com estudos realizados nos Estados Unidos e Europa, não há risco definido de transmissão do HIV, de profissionais de saúde para seus pacientes, caso sejam respeitadas as normas de biossegurança (vide Manual do Ministério da Saúde / Normas Técnicas para Prevenção da Transmissão do HIV nos Serviços de Saúde, 1989).

CONSULTA: Solicita orientação de como proceder de forma a não contrariar nenhuma disposição legal nem atentar contra a ética médica, em relação a médico cirurgião contaminado pelo vírus HIV que deseja ser reintegrado a suas atividades médico-profissionais.

PARECER: A Câmara Técnica de AIDS do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, CREMERJ, tem a esclarecer que:

De acordo com estudos realizados nos Estados Unidos e Europa, não há risco definido de transmissão do HIV de profissionais de saúde para seus pacientes se forem respeitadas as normas de biossegurança.

Segue, em anexo, a publicação do Ministério da Saúde sobre "Normas Técnicas para Prevenção da Transmissão do HIV nos Serviços de Saúde".

(Aprovado em Sessão Plenária de 27/03/95)

Normas de Biossegurança em procedimentos em que o contato com sangue ou secreções é freqüente

Neste documento são considerados **procedimentos em que o contato com sangue ou secreções é freqüente:**

- **procedimentos diagnósticos ou terapêuticos invasivos** como cateterismo cardíaco, endoscopia e diálise;
- **procedimentos cirúrgicos;**
- **procedimentos de emergência;**
- **procedimentos obstétricos** tais como partos normais , cesáreas ou outros atos obstétricos durante os quais haja contato com sangue;
- **procedimentos laboratoriais** que envolvam a manipulação de material biológico nos laboratórios de análises clínicas e anatomia patológica;
- **necrópsia.**

A adoção de normas de biossegurança em procedimentos não relacionados especificamente neste capítulo deve seguir a orientação universal de precaução com sangue e secreções, adaptadas ao procedimento em questão.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS OU TERAPÊUTICOS INVASIVOS

CATETERISMO CARDÍACO

Com relação ao paciente, profissionais de saúde e equipamentos, as normas de biossegurança devem ser seguidas. Na realização deste procedimento, recomenda-se o uso sistemático de luvas, avental e óculos.

ENDOSCOPIAS

Neste procedimento deve-se usar luvas e aventais, máscara e óculos. Para a desinfecção do equipamento endoscópico deve-se usar soluções de glutaraldeído (2%) ou peróxido de hidrogênio (6%).

DIÁLISE

Nos procedimentos de diálise (hemodiálise e diálise peritoneal), as normas de biossegurança devem ser seguidas assim como as normas específicas referentes a:

- **Paciente**

Os pacientes com doença renal que tenham indicação de ser mantidos em diálise e que estejam infectados pelo HIV, devem ter garantido o tratamento dialítico, devendo ser adotadas as normas de biossegurança. Estes pacientes não necessitam ser isolados a não ser que apresentem infecção oportunista transmissível.

Os pacientes em programa de **diálise peritoneal** não necessitam ser submetidos a triagem sorológica para infecção pelo HIV, uma vez que os cuidados rotineiros de biossegurança são suficientes para a sua proteção e do profissional de saúde.

Todos os pacientes em programas de **hemodiálise** deverão ser submetidos à sorologia para o HIV usando-se duas técnicas com princípios diferentes.

Os testes sorológicos deverão ser realizados na admissão do paciente no programa dialítico e incorporados à rotina semestral de exames da unidade.

- **Profissional de Saúde**

Nos procedimentos de diálise devem ser usadas luvas, avental, máscara e óculos.

Na **hemodiálise**, as luvas devem ser usadas desde a montagem da máquina, equipamentos e filtros até o curativo final do paciente. Deve-se proceder à troca de luvas no atendimento de outro paciente ou na manipulação de outra máquina.

Na **diálise peritoneal**, as luvas devem ser usadas na troca de bolsas.

- **Local e Equipamento**

Na **hemodiálise**: os pacientes com infecção ou doença pelo HIV, quando possível, deverão ser hemodialisados em máquinas separadas. Alternativamente poderão ser hemodialisados em máquinas não exclusivas, utilizando-se o último turno.

É conveniente que o dializador e que as linhas arteriais e venosas não sejam reutilizados. Entretanto, os serviços que possuírem condições adequadas para reutilização com programa específico de prevenção de transmissão viral, poderão adotar este procedimento.

Um determinado dializador com suas linhas, não poderá jamais ser utilizado em pacientes diferentes.

Os procedimentos gerais de esterilização e desinfecção atualmente recomendados para as unidades de hemodiálise devem ser mantidos, mesmo que o paciente dializado esteja infectado com o HIV. O circuito interno da máquina deverá ser desinfetado com hipoclorito de sódio (0,5%), durante 30 minutos, ou com formaldeído (4%), durante a noite ou logo após cada sessão de diálise.

- **NA DIÁLISE PERITONEAL**

Na unidade com programa de diálise peritoneal intermitente (D.P.I.) ou diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) o líquido da diálise deverá ser desprezado em expurgo. A pia de expurgo deverá ser desinfetada com hipoclorito de sódio (10.000 ppm) após o uso. No domicílio, o líquido deverá ser desprezado no vaso sanitário.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E OBSTÉTRICOS

As normas universais de biossegurança são suficientes para proteger o profissional de saúde nos procedimentos cirúrgicos. Não existem normas específicas.

No entanto, em algumas publicações sobre a transmissão da hepatite B (que se transmite de modo semelhante à AIDS) registram-se prevalências do HBV de até 40% entre cirurgiões, o que pode significar que as precauções rotineiras preconizadas não são utilizadas de forma correta.

PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

Nas situações de emergência o profissional de saúde pode entrar em contato com sangue ou secreções sem proteção. Muitas vezes, a rapidez com que o profissional tem que atuar faz com que as normas de biossegurança sejam esquecidas ou mesmo conscientemente desrespeitadas.

Apesar de não existirem precauções específicas, a adesão às normas universais de biossegurança deve ser enfatizada.

No atendimento de emergência o comportamento heróico deve ser substituído pelo racional e automático.

Nos setores de emergência a rapidez no atendimento não pode levar ao desobedecimento das normas de biossegurança.

PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

Nos procedimentos obstétricos, as normas universais de biossegurança devem ser rigorosamente seguidas pois quase sempre há um intenso contato com sangue e secreções devendo ser usados aventais impermeáveis.

As luvas devem ser usadas durante a prestação de cuidados ao recém-nascido, principalmente nos curativos do cordão umbilical.

PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ao manipular material biológico nos laboratórios de análise clínica e de anatomia patológica, as normas universais de biossegurança devem ser seguidas.

Os seguintes cuidados devem ser enfatizados, referentes a:

Lavar as mãos com água e sabão ao retirar as luvas e ao término das atividades.

Usar luvas sempre que manipular sangue e produtos de sangue. As luvas devem ser retiradas após o processamento da amostra.

Usar máscaras e óculos protetores sempre que houver a possibilidade de contato do sangue e secreções com a mucosa dos olhos, nariz e boca. Após o uso devem ser deixados no recinto do trabalho.

Usar avental para a realização de procedimentos com possibilidades de contato com sangue, fluidos corpóreos ou superfícies contaminadas. Deve ser removido antes de deixar o recinto de trabalho.

Com o estabelecimento de precauções com sangue e fluidos corpóreos para todos os pacientes, todo o material do laboratório deverá ser processado como potencialmente contaminado.

Nunca se deve comer, beber ou fumar no laboratório.

EQUIPAMENTO E LOCAL

As agulhas e seringas devem ser usadas na área laboratorial apenas quando absolutamente necessário. Usar preferencialmente material descartável. As agulhas não descartáveis e as seringas de vidro deverão, logo após o uso, ser acondicionadas em recipientes resistentes antes de enviadas para esterilização. As pipetas mecânicas devem ser usadas de rotina; nunca pipetar material biológico com a boca.

Todo material usado no laboratório (vidraria, pipetas, tubos de ensaio, etc.) deve sofrer empacotamento antes de ser enviado à central de esterilização para reprocessamento.

Equipamentos científicos que foram contaminados com sangue e outros fluidos corpóreos devem ser descontaminados e limpos antes de serem consertados no laboratório ou removidos para este fim.

MATERIAL BIOLÓGICO

Todas as amostras enviadas ao laboratório devem ser devidamente acondicionadas para evitar extravasamento do material durante o transporte. Ao colher amostras de sangue ou qualquer outro material biológico, deve-se ter o cuidado de evitar a contaminação da superfície externa do recipiente em que for acondicionado.

A manipulação de material biológico deve ser feita com o mínimo de agitação possível. Os tubos de ensaio contendo sangue e outros materiais para serem centrifugados devem ser protegidos por envoltório de segurança antes de colocados na máquina centrífuga.

PROCEDIMENTOS DE NECRÓPSIA

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Todos os profissionais que executam ou auxiliam nos procedimentos de necrópsia devem usar luvas, máscaras, óculos, gorro e aventais impermeáveis rotineiramente.

EQUIPAMENTO E LOCAL

Todos os instrumentos e superfícies contaminados devem ser esterilizados ou desinfetados pelos métodos apropriados.

MATERIAL BIOLÓGICO

Recomenda-se a adoção rotineira de manobras lentas e cuidadosas para prevenção de acidentes. Deve-se preferir a serra manual, em lugar da elétrica, a fim de se evitar gotículas de sangue no ambiente.

O cadáver necropsiado ou não, após limpo e vestido, deve ser colocado em caixão comum.

Deve-se recomendar sempre aos familiares e demais participantes do velório que evitem contato com sangue e secreções que porventura se exteriorizem do cadáver, independente da causa morte.

PARECER CREMERJ N. 30/95

INTERESSADO: Sra. J. C.

RELATORES: Câmara Técnica de Fármaco-Toxicologia
Conso Jorge Antônio Zepeda Bermudez

EFEITOS ATRIBUÍDOS À INGESTÃO DO MEDICAMENTO NIMODIPINA (OXIGEN-BIOSINTÉTICA).

EMENTA: Esclarece que todo medicamento, além de exercer uma ação terapêutica, é capaz de provocar reações adversas. Enfatiza que, no caso em questão, algumas reações podem ser explicadas pela própria ação vasodilatadora da Nimodipina e que não é possível estabelecer relação causa-efeito do medicamento com as queixas apresentadas.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre efeitos atribuídos à ingestão do medicamento Nimodipina (Oxigen-Biosintética).

PARECER: A Câmara Técnica de Fármaco-Toxicologia, em sua reunião ordinária nesta data, incluiu em sua pauta a análise da queixa formulada pela

consulente, argumentando efeitos atribuídos à ingestão do medicamento Nimodipina (Oxigen-Biosintética). Temos a fazer as seguintes considerações:

1. Todo medicamento, além de exercer uma ação terapêutica, é capaz de provocar reações adversas. No caso das queixas apresentadas pela paciente, algumas reações podem ser explicadas pela própria ação vasodilatadora da Nimodipina (é o caso da cefaléia, por vasodilatação cerebral).
2. Não é possível estabelecer relação causa-efeito do medicamento Nimodipina (Oxigen-Biosintética) com as queixas apresentadas, considerando a prescrição simultânea de 05 (cinco) medicamentos, além de desconhecermos outros dos quais possa fazer uso regularmente. A mesma relatou ser portadora de diabetes, além de não termos dados referentes à história patológica pregressa.
3. O relato apresentado não é consistente.

Pelas considerações apresentadas, sugerimos arquivamento do caso, sendo encaminhada uma carta-resposta à pessoa, dizendo da dificuldade de estabelecer relação entre o produto e as queixas.

(Aprovado em Sessão Plenária de 27/03/95)
PARECER CREMERJ N. 31/95

INTERESSADO: Delegacia Regional do Centro-Norte Fluminense do
CREMERJ

RELATOR: Conso Bartholomeu Penteado Coelho

APLICABILIDADE DO ART. 7º E 25 DO CEM; RESPONSABILIDADES DE MÉDICO COM PROCESSO EM TRAMITAÇÃO, DE DIRETOR TÉCNICO E DO CORPO CLÍNICO.

EMENTA: Comenta o Art. 7º e 25 do Código de Ética Médica, esclarece dúvidas quanto a profissional que responde a processo ético e ressalta as responsabilidades do Diretor Técnico e do Corpo Clínico.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a aplicabilidade do que está exposto no Art. 7º e 25 do CEM; acerca do exercício de profissional que responde a processo médico em tramitação, bem como das responsabilidades do Diretor Técnico e do Corpo Clínico.

PARECER: Em resposta à solicitação da Delegacia Regional do Centro Norte Fluminense, tenho a esclarecer o seguinte:

1. De acordo com o artigo 25 do CEM: "É direito do médico internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que

não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as **normas técnicas da instituição**".

Entretanto, o artigo 7º diz 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 caso de emergência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente".

Fica portanto claro, que os solicitantes podem internar e assistir os seus pacientes internados, desde que "respeitadas as normas técnicas da instituição", cabendo aos médicos do hospital o direito de se negarem a atender ou auxiliar o atendimento daqueles pacientes, "salvo na ausência de outro médico, em caso de emergência, ou quando a negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente".

A assistência consiste nos diversos procedimentos de atendimento aos pacientes: operar, auxiliar cirurgia, atendimento de urgência etc.

2. O fato de médicos responderem a inúmeros processos médicos em tramitação não implica em condenação precoce. Até o julgamento dos mesmos não há nada que os impeça do exercício profissional. As penas por acaso impostas só serão aplicadas a partir daí.

3. O Diretor Técnico é o responsável pelo respeito ao conjunto de normas técnicas da Instituição, cabendo a ele fiscalizar o cumprimento das regras de intervenções e assistências aos pacientes internados. Quando estas regras forem desrespeitadas por qualquer médico, compete a ele tomar as providências cabíveis, podendo até apresentar queixa a Comissão Ética do Hospital ou ao Conselho Regional de Medicina.

4. Nos incidentes de ordem pessoal, cabe à justiça resolvê-los. Nos casos de incidentes de ordem profissional, a responsabilidade do corpo clínico restringe-se ao cumprimento das normas técnicas da Instituição e ao CEM. Ao Diretor Médico cabe fazer com que elas sejam respeitadas.

É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/04/95)

PARECER CREMERJ N. 32/95

INTERESSADO: Dr. R. C. H.

RELATOR: Conso Paulo Cesar Geraldos

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FORMADO EM ENFERMAGEM E MEDICINA, MAS CONTRATADO COMO ENFERMEIRO NO SERVIÇO PÚBLICO, EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA.

EMENTA: Chama a atenção para o Art. 58 do Código de Ética Médica que reza: "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"; alerta para o Art. 17 do mesmo Código que preceitua "O médico investido em função de direção, tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da medicina".

CONSULTA: Consulta encaminhada solicitando esclarecimentos sobre:

1. Em situação de emergência, fora do expediente de médico diarista, qual posição que deve tomar?
2. Em atuando como médico, responde administrativamente?
3. Em não atuando, por não estar exercendo a função médica, cometerei omissão?

PARECER: Quanto ao 1o e ao 3o quesitos, a resposta é dada pelo artigo 58 do Código de Ética Médica - "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".

Ou seja, não havendo outro médico em condições de prestar assistência à clientela de 408 pacientes, está o consultante obrigado ao atendimento de urgência ou emergência dos clientes, caso contrário estará ferindo o artigo em pauta.

No que tange ao 2o quesito, e de acordo com o artigo 17 do Código de Ética Médica, "O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as

condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina", está o diretor técnico da instituição obrigado a dotá-la das condições técnicas mínimas. Para tanto, no que se refere a um hospital psiquiátrico com 408 pacientes, e, de acordo com a legislação vigente, Resolução n. 879/93 da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, deverá contar com a seguinte equipe: 2 médicos plantonistas de 24 horas (sendo 1 psiquiatra), 4 médicos clínicos diaristas, 11 psiquiatras assistentes diaristas, 2 enfermeiros em plantão noturno e 11 enfermeiros diaristas.

Parece-nos, portanto, que se o desvio de função do enfermeiro devesse ser punido a qualquer título, antes de mais nada, e com muito mais razão, o médico diretor técnico da instituição o deverá preceder em termos de sanções administrativas. Na realidade a falta administrativa do enfermeiro é consequência da desídia administrativa, técnica e ética do Diretor Técnico.

CONCLUSÃO

Concluindo, sugerimos à Diretoria do CREMERJ, as seguintes medidas:

- 1 - Oficiar ao consulente enviando-lhe a íntegra do presente parecer;
- 2 - Oficiar ao Diretor Técnico do estabelecimento de saúde em questão para ciência do presente parecer;
- 3 - Solicitar visita da COFIS ao mesmo estabelecimento para verificar a situação real da instituição, para possíveis providências do CREMERJ.

É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 24/05/95)

PARECER CREMERJ N. 33/95

INTERESSADO: Comissão Especial de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

RELATORES: Câmara Técnica de Saúde Mental
Profo Miguel Chalub
Conso Paulo Cesar Geraldos (Membros da Câmara)

ENCAMINHAMENTO DE CASO DE EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA, FEITO POR ASSISTENTE SOCIAL, PARA UNIDADE ASSISTENCIAL DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA.

EMENTA: Esclarece que os profissionais de saúde que integram equipes multiprofissionais, mantêm suas identidades profissionais e executam apenas suas atribuições específicas, de acordo com sua formação técnico-científica e capacitação. Ressalta ainda que o ato médico é privativo do profissional médico.

CONSULTA: Trata-se de consulta sobre paciente cuja família alegava crises epilépticas subentrantes e que foi atendido inicialmente em Centro Psiquiátrico, por assistente social. A referida profissional encaminhou o paciente como emergência psiquiátrica, para o PAM-RJ - Centro Psiquiátrico. Neste PAM constatou-se que o paciente padecia de quadro neurológico que inspirava cuidados emergenciais. O Diretor do PAM alega que a internação imediata, que se fazia necessária, foi prejudicada, já que o paciente não foi avaliado por médico e sim por uma assistente social.

PARECER: Preliminarmente duas questões doutrinárias devem ser expostas antes de entrarmos no mérito do caso: o conceito de triagem médica e o de emergência ou urgência médica. Triagem é o ato pelo qual se faz uma seleção, escolha ou separação entre coisas. Triagem médica é o ato por meio do qual se faz seleção, escolha ou separação entre pacientes ou pessoas que procuram atendimento médico.

O procedimento médico se aplica às mais variadas e diversas situações clínicas, desde as mais simples e quase evidentes, até as de alta complexidade e que exigem acurácia e grande competência técnica. Assim, em um ambulatório de hospital geral, separar entre aqueles que precisam ser encaminhados à oftalmologia porque estão com os olhos vermelhos e purulentos ou indicar a ortopedia para alguém que está com um deslocamento no eixo longitudinal de membro inferior devido à fratura óssea, não é tarefa difícil e um profissional paramédico, bem treinado, pode fazê-lo.

É importante assinalar, desde logo, que nestes casos, não há propriamente uma triagem médica, mas sim, mero encaminhamento ao serviço clínico que parece mais indicado para a situação, uma vez que a triagem, em seu verdadeiro sentido, já está feita ao ser a pessoa admitida no estabelecimento médico.

Por outro lado, só um cardiologista ou cirurgião cardiovascular podem escolher, entre os pacientes, quem deve ser submetido à cirurgia de revascularização cardíaca ou à angioplastia coronariana.

O procedimento de triagem médica, com frequência, é praticado em situações de urgência e emergência. Tais condições deixaram recentemente de ser apenas descritas de modo consensual e consuetudinário entre os médicos para serem definidas e delimitadas pelo Conselho Federal de Medicina. A Resolução n. 1451 de 10 de março de 1995, baixada pelo Conselho Federal de Medicina e publicada no DOU, seção I, n. 53, página 3666, de 17 de março de 1995, assim prescreve: Artigo 1o, parágrafo 1o "Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessite de assistência imediata"; parágrafo 2o "Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato". Voltaremos a essas definições mais adiante.

Um problema colateral ao da triagem médica é o da triagem de demanda, ou seja, a triagem entre aqueles que procuram um estabelecimento médico: posto de saúde, posto de atendimento, pronto socorro, hospital, ambulatório e outros. Sabemos que são possíveis as mais distintas condições humanas: econômicas (miséria, mendicância), sociais (atritos, desavenças entre familiares, vizinhos, falta de moradia, falta de transporte), culturais (desinformação, primitivismo), meramente psicológicas (desespero, conflitos, aflições) e médicas. Dentre estas, podem ir desde uma infecção respiratória alta não complicada (resfriado comum, amigdalites) até hemorragia interna gravíssima (prenhez ectópica rota) ou obstrução aguda e total de vias aéreas (edema de glote), passando por variadíssimos estados ou muito banais e freqüentes (cefaléia) ou rapidamente letais (laceração cerebral extensa).

Em face do polimorfismo destas situações, da complexidade da diagnose em cada caso e da especialização que se exige para o adequado tratamento das circunstâncias, impõe-se a equipe multidisciplinar nos setores de triagem de demanda. Com efeito, o respeito às peculiaridades do demandante, o grandioso desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde e a notória habilitação que se pede aos profissionais da saúde, fazem com que a equipe multidisciplinar seja mandatária.

Parece-nos, no entanto, *concessa vênia*, que tem havido importante distorção no conceito e na operação das equipes multidisciplinares, com possíveis conseqüências graves para os usuários. Não se trata absolutamente de todos poderem fazer tudo.

Na equipe multidisciplinar, cada agente mantém sua identidade profissional e executa suas atribuições específicas. Conforme a organização do serviço, o demandante será entrevistado ou examinado pelos membros da equipe, isoladamente ou em conjunto, de acordo com as normas vigentes no setor, após o que, o caso será discutido entre os profissionais para a decisão.

É importante frisar que a decisão será tomada pelo profissional ao qual a situação estiver afeta em virtude de suas características, depois de ouvir os

demais. É de se esperar que, após discussão e respectivos pareceres, a deliberação seja consensual mas, se tal não for possível, compete ao profissional legalmente responsável a resolução. Sobre a competência legal mais adiante se falará. Tudo é análogo a um Juiz que, após ouvir peritos e expertos para a formação de seu convencimento e fundamentação de sua sentença, toma uma decisão.

Destarte, é inteiramente contra a concepção de equipe multidisciplinar, além das possíveis infrações legais, um médico identificar causas sociais que interferem no desajustamento individual ou aplicar métodos e técnicas específicas do serviço social na solução de problemas sociais, bem como um psicólogo prescrever medicamentos ou um assistente social fazer diagnoses médicas.

Cada profissional mantém sua identidade e age de acordo com sua formação técnico-científica e capacitação. Da interação intelectual entre eles surgirá o melhor para o demandante sem que se abdique da atribuição de cada um, cabendo àquele a quem o caso é mais pertinente a decisão final, se assim for necessário. Logo, decidirá o assistente social nos casos econômico-sociais ou culturais, o médico, nos de natureza somatopsicopatológica e assim por diante. Tudo de acordo com o verdadeiro espírito de equipe multidisciplinar que não é, de modo algum, a simples multiplicação de profissionais em uma equipe.

No caso em estudo, trata-se de triagem de emergência médica feita por assistente social sob alegação de pertencer a equipe multidisciplinar. Um paciente foi levado por sua família ao setor do Centro Psiquiátrico Pedro II, denominado TRIM - Triagem e Recepção Integrada Multidisciplinar. Lá foi atendido por uma assistente social que registrou no respectivo boletim de atendimento dois dados de interesse para nosso parecer. No item "motivo da consulta", foi lançado: "família solicita atendimento alegando crises epiléticas subentrantes". No item "encaminhamento", foi consignado: "emergência psiquiátrica".

O médico que recebeu o paciente no PAM-RJ - Centro Psiquiátrico relatou que o mesmo apresentava um quadro clínico neurológico que necessitava de cuidados emergenciais e reclamou que fora encaminhado de forma errônea, uma vez que não tinha havido avaliação médica mas sim, atendimento feito por assistente social.

Segundo o médico, isto prejudicou o paciente em face da demora da intervenção imediata necessária. Inquirida a respeito, a assistente social redarguiu que pertencia a uma equipe multidisciplinar treinada para triar casos de emergências, ambulatoriais ou de determinadas urgências (sic) e que o caso em questão era "um quadro epilético que não se caracterizava como situação de emergência e que apenas necessitava tratamento ambulatorial". A assistente social aduz ainda que na equipe multidisciplinar não é o médico que decide todas as questões e que se sente inteiramente competente para triagem de casos em Saúde Mental.

A ocorrência comporta inúmeras apreciações:

1. - Não é competência de assistente social atender casos médicos de qualquer natureza. A Lei n. 3252, de 27 de agosto de 1957, publicada no DOU de 28 de agosto de 1957 e que regulamentou a profissão, não lhe dá tal atribuição nem o currículo mínimo de seu curso profissional (Parecer n. 242/70 do Conselho Federal de Educação, aprovado em 13 de março de 1973) lhe proporciona formação acadêmica para tanto. Nem se alegue que em saúde mental o problema é diferente. Os estados psicopatológicos são condições médicas a serem diagnosticadas e tratadas. O exame, a avaliação e o tratamento de sua dimensão macrossocial (instituições, sociedades, Estado, aparelhos ideológicos) e microssocial (família, vizinhança, trabalho, escola e outros) são da competência profissional do assistente social, mas isto não se confunde com os aspectos médico-biológicos, mormente em urgências e emergências. Quanto a estas, lembrar as recentes definições do Conselho Federal de Medicina, onde o caráter médico das duas condições é bem marcado;

2. - A alegação de "equipe multidisciplinar" não dá guarida à extrapolação de atribuição profissional, nem justifica omissão de profissional responsável. O médico que se omite e deixa que pessoa não graduada em Medicina exerça seu papel, infringe o artigo 30 do Código de Ética Médica;

3. - Diagnosticar - ou adotar diagnose por informação de outrem, como parece que foi o caso - crises epiléticas subentrantes, não considerar tal estado uma emergência clínico-neurológica e encaminhar como se fosse uma emergência psiquiátrica é uma má prática médica. Se cometida por um médico, trata-se de infração ao artigo 29 do Código de Ética Médica (imprudência, imperícia ou negligência); se por alguém não graduado em Medicina, crime capitulado no artigo 282 do Código Penal Brasileiro (exercício ilegal da Medicina). No caso em deslinde, a assistente social, caso tenha sido o primeiro profissional a atender o paciente, deveria ter pedido a presença incontinentemente do médico, a quem passaria o atendimento, cuidando então dos aspectos sociais ou familiares, após o que os dois profissionais em concurso técnico, decidiriam o que fazer.

4. - Não nos parece que alguém por ser treinado em triagem de demanda médica, seja em saúde mental ou não, adquira competência que substitua a formação médica. Por oportuno, lembramos as síndromes ou enfermidades que bem a propósito foram anteriormente citadas. Uma inflamação ocular pode ser simples conjuntivite, mas também uveíte específica; desvio de eixo de membro inferior pode ser uma fratura simples ou uma fratura cominutiva com futura formação de pseudartrose; cefalalgia pode traduzir mera dispepsia, mas também hemorragia subaracnóidea; dor de garganta pode ser tanto uma banal amigdalite, quanto fleimão retrofaríngeo e assim por diante. Em urgências e emergências médicas, a diagnose diferencial é excruciante e, por vezes, salvadora de vidas. Tão só a formação médica é voltada para isso.

Por estas razões, concluímos por:

I - Oficiar ao Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRAS) da jurisdição, dando conta da ocorrência e deste parecer;
II - oficiar ao Diretor do Centro Psiquiátrico Pedro II, comunicando este parecer;
III - oficiar à Comissão de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, dando conhecimento do presente parecer;
IV - oficiar ao Diretor do PAM-RJ - Centro Psiquiátrico, informando sobre este parecer;
V - baixar Resolução disciplinadora da participação do médico nas equipes multidisciplinares, onde fique bem estabelecidas sua competência, atribuições, limitações e responsabilidades, tudo à luz dos artigos 18 e 30 do Código de Ética Médica.

É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 31/05/95)

PARECER CREMERJ N. 34/95

INTERESSADO: Diretoria do CREMERJ

RELATORES: Comissão Especial de Convênios

Conso Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho (Membro da Comissão)

"RECONSULTA" - GOLDEN CROSS.

EMENTA: Considera a posição da Golden Cross (exigir de seus médicos credenciados identificação de "reconsulta") como uma ameaça à característica liberal do médico e uma ameaça do bom desempenho da Medicina em prol do paciente, além de caracterizar uma possível propaganda enganosa daquela empresa quando anuncia, ao vender seus planos de saúde, a não existência de limitação de consultas para os pretensos compradores e futuros usuários do sistema.

CONSULTA: O presente Parecer originou-se de consulta da Diretoria deste Conselho à Comissão Especial de Convênios, sobre a validade de a Golden Cross exigir de seus médicos credenciados, identificação de "reconsulta" na guia de consulta através de marcação em campo apropriado no referido impresso. A Empresa informa a seus credenciados, através de uma comunicação interna: "Esclarecemos que as consultas de retorno e as que acontecerem num prazo de até 60 dias, deverão ser assinaladas no campo existente no formulário de consulta. A reconsulta será sempre paga, desde que tenha a devida marcação desobrigando de qualquer tipo de justificativa".

PARECER: A Empresa informa a seus credenciados: **"Esclarecemos que as consultas de retorno e as que acontecerem num prazo de até 60 dias, deverão ser assinaladas no campo existente no formulário de consulta.**

A reconsulta será sempre paga, desde que tenha a devida marcação desobrigando de qualquer tipo de justificativa".

Isso posto, temos a considerar o seguinte:

1. Qual o real objetivo da Golden Cross ao fazer tal exigência, sendo que já dispõe de meios de avaliar o índice de retorno de qualquer especialidade e de qualquer especialista?
2. Por que a fixação do prazo de 60 dias?
3. Já chegaram ao CREMERJ denúncias de médicos credenciados de glosas em consultas repetidas em período de 60 dias, por ausência de justificativa;
4. A Resolução CREMERJ 56/93, é bem clara quando diz em seu artigo 2º que **"É vedado às empresas elencadas no artigo anterior a limitação do número de consultas e procedimentos médicos por tratar-se de exclusiva decisão do médico assistente do paciente"**.
5. A Constituição Federal em seu artigo 5, inciso XIII, diz que **"É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer"**;
6. O Código de Ética Médica esclarece em seus artigos:

Artigo 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

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

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

Artigo 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.

Artigo 18 - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e

independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

É direito do médico:

Artigo 21- Indicar o procedimento adequado ao paciente, observando as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

O liberalismo médico caracteriza-se por um conjunto de idéias e princípios preconizando a liberdade política ou de consciência profissional, valorizando a personalidade e a profissão dentro de uma compatibilidade com a ordem ético-jurídico-social.

Mesmo que a profissão médica sofra mudanças decorrentes da situação sócio-econômica atual, a Medicina jamais perderá seu enfoque liberal.

Nenhuma Lei escrita é específica no seu sentido de obrigar o médico ao atendimento de um paciente, mesmo quando regido por um contrato, de modo a descaracterizar o aspecto liberal e contrariar o aspecto humanitário e ético da profissão em situações dúbias que possam ser entendidas como coação ou ameaça do perfeito atendimento do paciente, que é alvo de toda a atenção do médico.

O posicionamento da Golden Cross leva ao raciocínio de que a não marcação do item "reconsulta" poderá levar a glosas do trabalho médico, bem como nos leva a entendê-lo como um mecanismo de coação e violação do direito legítimo e legal do médico escolher a melhor maneira de conduzir o tratamento de seu paciente.

Citamos Genival Veloso de França, em seu livro Direito Médico, quando diz: "A medicina de grupo é movida basicamente pela lógica do lucro, respaldada no barateamento dos custos de serviços prestados, o que, por seu turno, fere fundamentalmente o nível da assistência oferecida, golpeia a consciência do médico e compromete sua ética".

Mais adiante, afirma o mesmo autor: "Depois dos trabalhadores, os mais sacrificados pela medicina de grupo são os médicos: pelo furor do lucro empresarial, pelo cerceamento de sua liberdade, impossibilitando um trabalho sério e comprometendo gravemente sua ética. Continua: "Toda atividade médica deve ter como base a independência científica - exclusiva de pessoa física do médico, cabendo-lhe todos os direitos e responsabilidades, que vão desde a guarda do sigilo profissional até a autonomia de prescrever".

Ainda nessas considerações sobre a prestação de serviços médicos pela Medicina de Grupo ou qualquer outra modalidade que explore os serviços médicos, temos a ressaltar a nossa discordância em função de constatações como:

1. intermediações da assistência médica, sujeitando os médicos ao tipo de serviço a preços impostos;
2. exploração da Medicina visando o lucro e com isso subordinando todas as ações ao interesse do ganho e comprometendo a qualidade;
3. interferência entre o médico e o paciente quando coloca o lucro entre um e outro em suas várias nuances e, neste caso específico, procurando subterfúgios para limitar as consultas, podendo comprometer o bom atendimento e os bons resultados.

À vista do exposto, consideramos a posição da Golden Cross como uma ameaça à característica liberal do médico e uma ameaça do bom desempenho da Medicina em prol do paciente, além de caracterizar uma possível propaganda enganosa daquela empresa quando anuncia, ao vender seus planos de saúde, a não existência de limitação de consultas para os pretensos compradores e futuros usuários do sistema.

Acreditamos ser necessária uma postura da Diretoria deste Egrégio Conselho, no sentido de coibir tal atitude, reconduzindo os direitos médicos da empresa ao caminho da ética.

É o Parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 07/06/95)

PARECER CREMERJ N. 35/95

INTERESSADO: Dra. V. de S. C.

RELATOR: Conso Mauro Brandão Carneiro

OBRIGATORIEDADE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS ATENDEREM FORA DO ÂMBITO DE SUAS ESPECIALIDADES.

EMENTA: Cita renomados professores de Medicina e expõe o pensamento dos mesmos sobre a especialidade médica, e discorre acerca do surgimento desta e do médico especialista. Alerta que este profissional qualificado, amparado pelo Código de Ética Médica, Art. 7º e 8º, poderá recusar-se a prestar atendimento em especialidade para a qual não se considera apto a fazê-lo, sob pena de trazer prejuízos, ao invés de benefícios, ao paciente sob seus cuidados; que muito além das normas e regulamentos institucionais, o compromisso ético do médico o obriga a assumir a assistência a qualquer paciente em caso de extrema urgência, risco de vida ou inexistência de outros colegas mais capacitados para fazê-lo; que dependendo do tipo de patologia

apresentada pelo doente em questão, e da competência técnica exigida do profissional que irá acompanhá-lo na remoção, o especialista poderá se considerar inapto a fazê-la. Conclui que o médico, quando contratado para exercer determinada atividade especializada, e tal atividade é explicitada no contrato, não tem qualquer obrigação com a instituição que o contratou fora dos termos deste contrato e que o compromisso do médico com a Ética não pode ser usado para fazer valer vantagens dos empregadores nos contratos de trabalho, sejam eles públicos ou privados.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a obrigatoriedade de médicos especialistas atenderem fora do âmbito de suas especialidades, notadamente: se pode um Clínico considerar-se inapto e negar-se a atender um diabético, especialidade de Endocrinologista; se pode um Obstetra considerar-se inapto e negar-se a atender uma paciente com problemas ginecológicos; se pode um Médico de Atendimento Básico considerar-se inapto e negar-se a acompanhar um paciente em ambulância, por não ter formação de Socorrista.

PARECER: Preliminarmente, algumas considerações sobre o conceito de especialidade, seu desenvolvimento e importância para a coletividade, e também sobre suas limitações. Da forma como está colocada a questão, o especialista parece um entrave, um obstáculo ao bom atendimento à população.

A especialização em Medicina é resultado do desenvolvimento científico e tecnológico em larga escala, processo que vem sendo observado há mais de um século. O Dr. Marcello Marcondes Machado, Professor Titular do Departamento de Clínica da Faculdade de Medicina da USP, assim caracteriza o surgimento da especialidade:

"Um determinado saber, inserido num conjunto mais amplo de conhecimentos coerentes entre si, torna-se especialidade quando, ao se expandir, passa a ser igual ou maior do que o todo de que antes era apenas parte."

Os excessos observados no desenvolvimento das diferentes especialidades ficam por conta, fundamentalmente, da perda da noção do indivíduo como um todo. Nas palavras do Professor Clementino Fraga Filho,

"O entusiasmo pelas novas aquisições, o deslumbramento com os resultados de sua aplicação prática médico-cirúrgica, conduziram a excessos e, paradoxalmente, a deficiências. Deficiências na formação do médico, carente de preparo geral e voltado para um tecnicismo que, muitas vezes, o afasta da visão do doente como ser humano, tratando-o como se fosse apenas um indivíduo que emite sinais captados por um instrumento".

Não há qualquer dúvida entre os diferentes autores sobre a importância da especialização. Ressalvadas as críticas às distorções hoje existentes na formação do especialista, ele é produto histórico do desenvolvimento do conhecimento das ciências biológicas e da tecnologia aplicada. Dario Birolini, Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da

USP, ressalta o valor deste profissional para a sociedade, mostrando-o como alguém "capaz de assumir a responsabilidade de atender de forma integral casos de alta complexidade, de projetar-se academicamente através da investigação clínica e experimental e de contribuir para o progresso da Medicina. De fato, é óbvio que o nascimento das especialidades médicas foi a resposta racional e sensata ao desafio de garantir uma assistência de boa qualidade, de permitir uma atualização e reciclagem dos profissionais por ela responsáveis e, ao mesmo tempo, de resguardar o próprio médico, frente a um usuário cada vez mais crítico".

No mérito, este profissional qualificado poderá recusar-se a prestar atendimento em especialidades para as quais não se considere apto a fazê-lo. Este direito está consagrado em nosso Código de Ética e em ampla jurisprudência difundida por todo o território nacional.

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 de seu trabalho".

Estes dois artigos, que afirmam o exercício da Medicina com liberdade e autonomia, integram os Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, consagrando um de seus postulados máximos que reza ser a saúde do ser humano o alvo de toda a atenção do médico, "em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

Para tanto, é perfeitamente lícito que o profissional se recuse a prestar atendimento nas áreas do conhecimento médico para as quais não se considere habilitado, sob pena de trazer prejuízos, ao invés de benefícios, ao paciente sob seus cuidados.

O próprio Código se encarrega de impor limites a esta autonomia, ressalvando os casos "de urgência, ausência de outro médico, ou quando a negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente". Muito além das normas e regulamentos institucionais, o compromisso ético do médico o obriga a assumir, e ele certamente o fará, a assistência a qualquer paciente em casos de extrema urgência, risco de vida ou inexistência de outros colegas mais capacitados para fazê-lo, em determinadas circunstâncias.

Não encontra fundamento lógico, portanto, o temor de nossa consulente diante de possíveis situações catastróficas.

Quanto aos quesitos propostos, ficamos surpresos com sua tendenciosidade, ou talvez desinformação. Senão, vejamos:

"Pode um Clínico considerar-se inapto e negar-se a atender um diabético, especialidade de Endocrinologista?"

"Pode um Obstetra considerar-se inapto e negar-se a atender uma paciente com problemas ginecológicos?"

Situações inusitadas. Pelas próprias características da formação do internista, ou do obstetra, enquanto especialistas em suas áreas de atuação, dificilmente tais recusas ocorreriam. Considerarem-se "inaptos" diante de tais patologias, respectivamente, estariam depondo contra a própria especialidade. Preferimos acreditar na radicalidade dos exemplos da nossa consulente, tão somente na busca de respostas sobre a recusa do especialista em atender fora da área de seu mister. E acreditamos já ter respondido anteriormente.

"Pode um Médico de Atendimento Básico considerar-se inapto e negar-se a acompanhar um paciente em ambulância por não ter formação de Socorrista?"

Mesmo desconhecendo a "especialidade" denominada "Atendimento Básico" por nossa consulente, a resposta a este quesito é sim. Dependendo do tipo de patologia apresentada pelo doente em questão, e da competência técnica exigida do profissional que irá acompanhá-lo na remoção, o especialista poderá se considerar inapto a fazê-la. Além dos argumentos já apresentados sobre o direito de recusa do médico, bem como de suas exceções, citamos parecer similar aprovado pelo CREMERJ em 1990, nas palavras do relator à época, Dr. Gilson Maurity Santos:

"O médico especialista, contratado para execução de assistência na especialidade, conforme mostra o contrato, também não é obrigado a participar de escalas de saídas em ambulâncias, exceto se se tratar de atendimento a enfermos com lesões que caibam na competência de sua especialidade; sempre com a ressalva ética dos casos de risco de vida ou ausência de outros profissionais disponíveis".

Ainda no mérito, a consulta formulada pela solicitante manifesta, em todo o seu conteúdo, uma zelosa e correta preocupação com o atendimento à população. Quando afirma que a solução encontrada para não deixar a população sem atendimento aos casos de dengue foi "distribuir este atendimento por toda a classe médica da Unidade, uma vez que no quadro médico do município não temos especialistas em infectologia", somos de opinião que o município do Rio de Janeiro precisa corrigir tal lacuna. Na área de doenças infecciosas, em particular nas situações de epidemias, o especialista se faz necessário para um correto diagnóstico diferencial e instituição da terapêutica adequada.

Por outro lado, necessário se faz um enfoque mais detalhado sobre a Administração Pública, tendo em vista que muitas destas exigências acerca do exercício profissional giram em torno do interesse público, dever precípua do administrador, e princípio fundamental também consagrado em nosso Código de Ética.

A este respeito, transcrevemos trecho de brilhante Parecer exarado pela Dra. Adriana Joubert, Assessoria Jurídica do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, a partir de consulta solicitada por médica "sobre exigência de sua chefia no sentido de que preste atendimento às situações de emergência que envolvem menores, sob ameaça de ficar caracterizada omissão de socorro".

"Realmente, *a priori*, a Administração Pública pode determinar remanejamentos ou realizar modificações sob a égide de um princípio que é a finalidade de sua atuação: o interesse público.

Portanto, o objetivo que deve ser perseguido pelo agente do Poder Público é o benefício da comunidade administrada.

Assim, se a busca do bem comum é a base da trajetória de uma boa administração, cabe estabelecer um paralelo entre a intenção de um profissional no aperfeiçoamento de uma especialização e a qualidade do trabalho que por ele será desencadeada. Vale dizer, o resultado da combinação destes fatores será um atendimento médico aprimorado que implicará no zelo pela saúde humana, que é a única razão da Medicina.

Logo, se ocorrer uma transferência de um profissional de uma área, na qual sua função era exercida com apreço e desenvoltura durante longo período de tempo, para outra, o que demandará um prazo para adaptação e implicará em busca de experiência novamente, é cristalino que muitos prejuízos ocorrerão.

Desta forma, a coletividade e a população carente de atendimento em ambas as áreas sofrerão irremediáveis conseqüências.

Quanto ao médico, se alguma negligência for praticada em função de sua falta de intimidade com a nova atuação é evidente que ele terá sua responsabilidade avaliada.

Entretanto, a responsabilidade de uma Chefia que pressiona um médico sob sua orientação a exercer função em especialidade para a qual não se sente apto também será questionada, sobretudo tendo em vista a negativa do profissional com base no reconhecimento de sua inaptidão.

É neste enfoque que emerge, novamente, a discussão do interesse público, na medida em que a prestação de assistência médica com qualidade é de relevante interesse da coletividade.

Logo, se em função de um remanejamento o nível de atendimento for prejudicado, entendemos que inexistente interesse em que o mesmo seja realizado, uma vez que o princípio maior que reza a Administração Pública precisa ser acolhido".

Este parecer foi aprovado em Sessão Plenária daquele Conselho em maio de 1990.

Finalizando, entendemos que o médico, quando contratado para exercer determinada atividade especializada, e tal atividade é explicitada no contrato, não tem qualquer obrigação com a instituição que o contratou fora dos termos deste contrato.

No entanto, suas obrigações com o exercício da Medicina e com a Ética transcendem os limites de qualquer contrato, e ele sabe que procederá com dignidade diante das situações de extrema urgência, risco de vida para o paciente ou na ausência de outro médico para prestar o atendimento.

Tais compromissos não podem ser usados para fazer valer vantagens dos empregadores nos contratos de trabalho, sejam eles públicos ou privados. Prevaecem aqui os princípios da liberdade e da autonomia no exercício da profissão médica, expressões de um Código de Ética que orienta nossa prática em perfeita sintonia com os ditames do interesse público e da coletividade. É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 21/06/95)

PARECER CREMERJ N. 36/95

INTERESSADO: Dr. M. G.

RELATORES: Câmara Técnica de Saúde Mental

Conso Paulo Cesar Geraldês (Membro da Câmara)

FECHAMENTO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA, ATUAÇÃO DE MÉDICO PSIQUIATRA E RECUSA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE EMERGÊNCIA

EMENTA: Esclarece que os Serviços de Emergência só podem ser fechados se houver cobertura assistencial para as necessidades da clientela; que o médico não pode omitir socorro em casos de emergência de qualquer natureza; e que a internação psiquiátrica só poderá ser recusada se não for caso de emergência.

CONSULTA: Parecer emitido como resposta ao questionamento de fechamento de Setor de Emergência Psiquiátrica e, solicitação de esclarecimentos sobre as atitudes a serem adotadas pelo médico plantonista em hospital sem condições técnicas (número insuficiente de leitos e quantitativo reduzido de recursos humanos) para atender emergências psiquiátricas.

PARECER:

1- Um hospital não é legalmente obrigado a manter serviço de emergência. Isto dependerá de sua estrutura interna, organização, finalidades, sistema operacional, local em que está instalado, demanda, ligação funcional com outros hospitais etc. Pelas mesmas razões, um serviço de emergência já em funcionamento só poderá ser fechado, desde que sejam atendidas as necessidades da população local e assegurado o atendimento emergencial em estabelecimento próximo. Deverá haver ampla divulgação junto à população quanto a não existência de serviço de emergência, orientando a clientela para como proceder e para onde encaminhar o usuário que necessita do atendimento. A não ser em um hospital de pequeno porte, com poucos leitos e que não interne pacientes em estado grave, não é razoável exigir-se que um único médico plantonista atenda à demanda externa e os pacientes internados. Em hospitais de médio ou grande porte onde não haja serviço de emergência funcionando, o médico plantonista atenderá apenas aos pacientes internados o que não o exime de prestar os primeiros socorros em um caso de emergência ou urgência e providenciar a remoção ou encaminhamento do demandante ao serviço adequado mais próximo, após a avaliação do paciente. Quanto ao remanejamento de médicos de outros setores para um serviço de emergência, tal dependerá da economia interna do hospital, de sua organização funcional e de outros parâmetros administrativos que só sua direção poderá avaliar e determinar. Em caso de incúria administrativa, desídia funcional ou outra anomalia, qualquer médico poderá dirigir-se, desde que fundamentadamente, ao CREMERJ, expondo a situação.

2- Em casos de emergência (ver Resolução n. 1451, de 10 de março de 1995, do Conselho Federal de Medicina) , nenhuma outra consideração deve prevalecer a não ser tentar salvar a vida da pessoa, com os recursos disponíveis. Não havendo recursos ou faltando ao médico a capacidade técnica necessária, cabe prestar os primeiros socorros e providenciar a remoção, encaminhamento ou vinda de atendimento de emergência. É importante assinalar que o médico sempre, em qualquer circunstância, é obrigado a prestar os primeiros socorros de emergência, sob pena de infração legal (omissão de socorro - Art. 135 do Código Penal) e ética (Art. 35 do Código de Ética Médica). Quando se tratar de urgências (ver mesma Resolução antes citada), caberá sempre, em qualquer circunstância, o primeiro atendimento, após o que o médico orientará o paciente ou seus acompanhantes a procurar estabelecimento mais adequado se ocorrer superlotação, falta de recursos ou de profissionais especializados. Levando-se em conta a imprevisibilidade de muitas situações de urgência em Medicina, o médico - e somente ele - será responsável legal e eticamente pela ponderação e avaliação do caso, ou seja, se o paciente pode ser despedido sem maior risco de agravo à sua saúde pela demora do atendimento ou outra distorção possível (por exemplo, não entendimento claro da orientação dada) ou se é melhor deixá-lo no serviço

apesar das más condições de assistência. Parafraseando um famoso axioma jurídico: na dúvida, faça o que for melhor para o paciente. Quase sempre, em que pese a má qualidade dos muitos locais de atendimento médico, é preferível acolher o paciente a deixá-lo perambular em busca de socorro. *Mutatis mutandis* tudo que foi dito se aplica às situações que não sejam de emergência ou urgência.

3 - A expressão "crise psíquica aguda" é mais usada nos meios psicológicos que nos ambientes médicos. Acreditamos que o consulente queira se referir a "emergências psiquiátricas". Se assim for, a resposta já está dada.

4 - Uma internação psiquiátrica só pode ser recusada se não for uma situação de emergência. Em esta ocorrendo, não prevalecem alegações como falta de vagas, excesso de pacientes, má qualidade do atendimento, falta de leitos, falta de profissionais e outras que tais.

(Aprovado em Sessão Plenária de 28/06/95) PARECER CREMERJ N. 37/95

INTERESSADO: Dra. S. M. P. M.

RELATORES: Câmara Técnica de Radiologia

Dr. Euderson Kang Tourinho

Dra. Heloisa Helena A. Martins

Dr. Amarino Carvalho de Oliveira (Membros da Câmara)

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE TECNÓLOGOS EM RADIOLOGIA

EMENTA: Explica a diferenciação existente entre profissionais técnicos de raio - X, tecnólogos e médicos radiologistas. Delimita as funções exercidas por cada profissional, lembrando que o Conselho Federal de Educação já se pronunciou em relação ao curriculum profissional do tecnólogo, que somente o habilita para técnico de execução, nunca para o trabalho médico de diagnóstico e tratamento.

CONSULTA: Parecer emitido para responder solicitação que versa sobre a formação e exercício profissional de Tecnólogos em Radiologia.

PARECER: Após detida análise da matéria, emitiu a CTR o seguinte Parecer:

I. Preliminarmente, para adequada compreensão da situação dos Técnicos/Tecnólogos em Radiologia, é importante entender como funciona um Serviço de Radiologia que dê adequada assistência aos pacientes.

1. O serviço burocrático, de compra de material, marcação de exames, recepção de pacientes, datilografia e controle, é feito por secretárias, não havendo ingerência Técnica;

2. A execução direta dos exames radiológicos é feita por Técnicos sob orientação e supervisão de médico radiologista.

Toda vez que seja necessária a execução de fluoroscopia (radioscopia) para diagnóstico, ou seja necessária a administração de medicamentos ou substâncias para contraste, tal procedimento deverá ser feito pelo médico radiologista ou sob sua supervisão e responsabilidade;

3. O processamento de filmes radiológicos é feito em uma câmara escura, pelo técnico ou por um funcionário para isso designado, pois trata-se de trabalho simples que em alguns locais é reservado para pessoas com limitações físicas, especialmente cegos. Não é necessário que tal trabalho seja desempenhado por um técnico em radiologia;

4. Os exames de Tomografia Computadorizada (exame que utiliza radiação X) são executados ora por médico, ora por técnico sob supervisão, ora por funcionário treinado em computador, pois o trabalho na Tomografia Computadorizada é feito usualmente de maneira independente em relação aos exames radiológicos de rotina usuais;

5. Os exames Ultra-Sonográficos (exame que não utiliza radiação X), são feitos somente por médicos, pois a interpretação é simultânea à execução;

6. Os exames de Ressonância Magnética (exame que não utiliza radiação X), são feitos ora por médico, ora por pessoa treinada em informática e no manejo do aparelho, pois é necessário treinamento especial para cada tipo de instrumento. Um técnico de Raio X não está usualmente preparado para essa atividade nem é necessário técnico de Raios X para isso;

7. Os exames e o tratamento comumente ligados à chamada Medicina Nuclear ou exames Cintilográficos (exame que utiliza radiação ionizante embora diferente dos Raios X) são executados por técnicos especialmente treinados para o uso dos aparelhos especiais a isso destinados, sob supervisão de médicos especializados em Medicina Nuclear;

8. O mesmo se pode dizer em relação à Radioterapia (uso de radiação ionizante de vários tipos), pois a aplicação da radiação é feita por médico especialista em radioterapia ou por técnico sob supervisão do médico especialista.

No mérito:

II - 1. Houve, no passado, desenvolvimento de múltiplos centros de formação de técnicos de Raio X, sempre destinados à tarefa de execução de exames radiológicos.

Tendo sido promulgada a lei que regulamenta a profissão de Tecnólogo como de nível superior, o Conselho Regional de Técnicos passou a exigir formação universitária para reconhecimento do diploma, o que criou um impasse.

Os Técnicos de nível médio não conseguem reconhecimento e não podem trabalhar.

Os poucos Tecnólogos que se formaram nas duas escolas que têm o curso, uma no Rio de Janeiro e outra no Rio Grande do Sul, têm dificuldades de colocação no mercado de trabalho, pois os médicos radiologistas não consideram necessário a presença de tecnólogo de nível superior.

Os radiologistas querem o profissional, técnico de nível médio; dispensam o tecnólogo de nível superior, considerando a função de controle e supervisão como próprias do médico radiologista especializado.

2. Os Tecnólogos de nível superior não têm permissão de se tornarem professores universitários em curso superior, conforme Pareceres n. 688/81 e n. 387/86, do Conselho Federal de Educação, que transcrevemos a seguir:

Em diversas oportunidades foram feitas consultas ao extinto Conselho Federal de Educação sobre os cursos de tecnólogo, das quais se destacam:

Em consulta ao CFE, no ano de 1991, questionou a Fidene:

1o) O Tecnólogo pode lecionar em cursos superiores de Tecnólogos e/ou licenciaturas curtas?

2o) O diploma de tecnólogo confere o direito de realizar pós-graduação *stricto sensu*?

A par da questão, o CFE emitiu o Parecer 688/81, registrando que os cursos de Tecnólogo são de natureza emergencial e provém de programação específica das instituições de ensino superior e das peculiaridades do mercado de trabalho regional. A regulamentação desses cursos centrado no perfil profissiográfico do profissional a ser formado, fator determinante da estrutura curricular.

No parecer CFE n. 688/81, acima referido, o relator manifestou-se nos seguintes termos:

a) em princípio, a titulação em curso de formação de tecnólogo, não constitui a qualificação básica indispensável à ascensão de seu portador à condição de professor universitário;

b) da mesma forma, essa titulação não é adequada para possibilitar o ingresso em cursos de pós-graduação *stricto sensu*;

c) no caso da docência, porém se pode aceitar com base nos artigos 4o, 2o , 5o e 3o, a excepcionalidade da indicação para o ensino de matérias profissionalizantes do mesmo ou outros cursos ("emergentes") de formação de tecnólogo, com as cautelas do § 1o, fine do mesmo Art. 5o da Res. n. 20/72.

Em 1986, a Associação de Tecnólogos do Estado de São Paulo formulou, igualmente, consulta ao CFE sobre cursos de tecnólogo. A referida consulta foi respondida através do Parecer CFE n. 387/86, que, em sua conclusão registra:

"Do exposto acima, considerando-se os dois aspectos (legal e o técnico científico), conclui-se que a pretensão da Associação dos Tecnólogos de São Paulo esbarra definitivamente com as finalidades dos cursos de tecnólogo e os objetivos característicos da pós-graduação *stricto sensu*.

Não há como o CFE estabelecer critérios de acesso dos egressos daqueles cursos a um grau acadêmico determinado sem que o estágio anterior seja completado, tendo em vista que a pós-graduação stricto sensu é parte de um ciclo regular em seguimento à graduação plena, sistematicamente organizado, visando a desenvolver e aprofundar a formação adquirida no âmbito da graduação e conduzindo a obtenção dos graus acadêmicos imediatamente superiores."

Dessa maneira, seria naturalmente impróprio que o Conselho Regional de Técnicos assumisse a posição de examinar os técnicos de nível médio permitindo a eles ascensão ao nível superior. Falta competência para isso.

III - Finalmente, na verdade, por bons que sejam os cursos de tecnólogo atualmente existentes no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, o preparo que neles se faz é apenas o preparo para o trabalho técnico de execução, nunca o do trabalho médico de diagnóstico e tratamento.

É nossa opinião que há um equívoco ao tentar colocar a posição do Técnico de nível médio na posição de Tecnólogo de nível superior.

IV - Respondendo especificamente sobre a pretensão do CRT - 4a Região, de conferir nível universitário aos profissionais em tela, isto é, aos Técnicos de nível médio, o Conselho Federal de Educação já se pronunciou declarando a incompetência dos Tecnólogos para ensinar e portanto examinar e conferir certificados de aprovação.

É, s. m. j., nosso parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/09/95)

PARECER CREMERJ N. 38/95

INTERESSADO: Dra. H. H. A. M.

RELATORES: Câmara Técnica de Radiologia

Dra. Heloisa Helena Araujo Martins

Dr. Euderson Kang Tourinho (Membros da Câmara)

TÉCNICO EM RADIOLOGIA - ATRIBUIÇÕES

EMENTA: Enumera as atribuições de técnico em radiologia, reconhecendo-o como um auxiliar do médico radiologista. Esclarece que o técnico de Medicina Nuclear e de Radioterapia auxilia o médico na execução de técnicas padronizadas sob a orientação, supervisão e responsabilidade de um médico especialista, não tendo autonomia para executar exames ou planejar tratamento.

CONSULTA: Parecer motivado por solicitação de esclarecimentos quanto às atribuições de técnicos em Radiologia.

PARECER: O técnico em Radiologia é um auxiliar do médico radiologista, executando sob sua orientação, supervisão e controle das técnicas radiológicas convencionais. Funciona também como auxiliar na execução, pelo médico, de exames especiais. Cabe ao médico radiologista a orientação quanto às técnicas utilizadas, o controle dos exames obtidos e o relatório sobre os achados radiológicos. A execução de tomografia computadorizada bem como de ressonância magnética é da alçada do médico radiologista podendo ter como auxiliar um técnico conhecedor de computação. Os exames ultra-sonográficos são executados apenas por médicos, sem auxiliar técnico. O técnico de Medicina Nuclear e de Radioterapia auxilia o médico na execução de técnicas padronizadas sob a orientação, supervisão e responsabilidade de um médico especialista. Não têm autonomia para executar exames ou planejar tratamento. O médico especialista em Radiologia Diagnóstica, Radioterapia ou Medicina Nuclear pode optar por trabalhar somente com médicos, sendo dispensável o auxílio de técnicos em radiologia.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/09/95)

PARECER CREMERJ N. 39/95

INTERESSADO: UNIMED de São Gonçalo - Niterói

RELATORES: Conso Bartholomeu Penteado Coelho

COMPETÊNCIA DO CREMERJ EM INTERFERIR NAS DECISÕES ADMINISTRATIVAS DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO.

EMENTA: Enfatiza que a administração de entidade privada não pode funcionar em desacordo com a legislação vigente. Ressalta os incisos II e V do

Preâmbulo do Código de Ética Médica, assim como as Resoluções CREMERJ n. 10/87 e 19/87, fundamentadas pelo Art. 1o., da Lei n. 6.839, de 30 de outubro de 1980. Esclarece que é dever legal do CREMERJ impedir que o Código de Ética Médica seja contrariado e que qualquer entidade, pública ou privada, possa decidir acerca da conduta ética dos médicos, competência restrita e exclusiva dos Conselhos de Medicina, como pretende o Regimento Interno e o Estatuto da UNIMED São Gonçalo - Niterói.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a competência legal do CREMERJ em impedir que uma Sociedade de Direito Privado abstenha-se de aplicar o seu Estatuto Social e Regimento Interno na defesa, segundo a UNIMED, de interesses fundamentais da maioria de seus cooperados.

PARECER: Em resposta a CI-DELNIT 042/95, na qual a UNIMED São Gonçalo - Niterói deseja ser informada quanto à competência legal ou não do Conselho Regional de Medicina para impedir que uma sociedade de direito privado abstenha-se de aplicar o seu Estatuto Social e Regimento Interno na defesa de interesses fundamentais da maioria de seus cooperados, apresento as seguintes considerações:

De acordo com o Parecer de nossa Assessoria Jurídica "O CREMERJ tem o dever de impedir que as entidades públicas ou privadas exerçam atribuições que são da competência exclusiva dos Conselhos Regionais de Medicina, como, a título meramente exemplificativo, manter tribunal particular para o julgamento ético de médicos." Entretanto, cabe acrescentar que as possíveis transgressões administrativas do Estatuto Social e Regimento Interno das Cooperativas deverão ser julgadas pelas próprias Cooperativas de acordo com os referidos Estatutos Sociais e Regimentos Internos:

É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/09/95)

PERECER CREMERJ N. 40/95

INTERESSADO: S. K.

RELATORES: Câmara Técnica de Cardiologia

Conso Cantídio Drumond Neto

Conso Antonio Carlos Velloso da Silveira Tuche (Membros da
Câmara)

**NECESSIDADE E/OU OBRIGATORIEDADE DE EQUIPE DE CIRURGIA DE
PLANTÃO, QUANDO DA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO DE
ANGIOPLASTIA CORONARIANA.**

EMENTA: Dispõe sobre artigos do Código de Ética Médica, notadamente os Art. 16 do Cap. I, que trata dos Princípios Fundamentais; Art. 21 do Cap. II, referente aos Direitos do Médico; e Art. 29 do Cap. III, que trata da Responsabilidade Profissional. Disserta sobre os índices de complicações inerentes ao procedimento cirúrgico especializado, em caráter de emergência, e que expõe o paciente a risco de vida, esclarecendo que o atendimento cirúrgico que se faz necessário nestas complicações, implica a existência de sala cirúrgica equipada e de pessoal especializado - equipe de enfermagem, perfusionista, anestesista e de cirurgiões - disponíveis; que o índice de sucesso no tratamento cirúrgico destas complicações está na dependência direta, entre outros fatores, da rapidez no atendimento. Conclui pela obrigatoriedade de cobertura cirúrgica para o procedimento de Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea e/ou afins implante de "Stent", Aterectomia etc.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a necessidade e/ou obrigatoriedade de equipe cirúrgica de "Stand By" em procedimento de angioplastia.

PARECER: Relativo à consulta, feita a esta Câmara, no Proc. CREMERJ n. 9376 de 12/12/95, quanto à "necessidade e/ou obrigatoriedade de Equipe Cirúrgica de **Stand By** em procedimento de Angioplastia", há que considerar:

1. O que dispõe o Código de Ética Médica:

a) O Art. 16 do Cap. I, quanto aos Princípios Fundamentais: "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";

b) o Art. 21 do Cap. II, Direitos do Médico: "Indicar o procedimento adequado ao paciente, observando as práticas reconhecidamente aceitas, e respeitando as normas legais vigentes no país";

c) o Art. 29 do Cap. III, que trata da Responsabilidade Profissional: "É vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência".

2. O índice de complicações inerentes ao procedimento, que requer tratamento cirúrgico especializado, em caráter de emergência, e que expõe o paciente a risco de vida, segundo relatos encontrados na literatura médica oriundos de Serviços e/ou Instituições de renomada qualidade, varia de 1,6% (Cathet. Cardiovasc. Diagn., 1991; 24: 75-83, "Cardiac Catheterization 1990 : Report of the Registry of the Society for Cardiac Angiography and Interventions", NOTO, T. J., JONHSON, L. W., KRONE, R., et al.) a 5,8% (N Engl J. Med. 1988; 318: 265-70, DETRE, K., HOLUBKOV, P. H. R., KELSEY, S., et al. Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty in 1985-1986 and 1977-1981. The National Heart Lung and Blood Institute Registry).

3. Os índices de complicações variam segundo a experiência dos profissionais envolvidos, e o volume de procedimentos realizados nos Serviços e/ou Instituições. Há que se ressaltar a chamada "Curva de Aprendizado" nas Instituições e/ou Serviços em que os procedimentos estão sendo iniciados, onde tais índices são bem maiores do que os referidos no item anterior.

4. O atendimento cirúrgico que se faz necessário nestas complicações, implica a existência de sala cirúrgica equipada e de pessoal especializado - equipes de enfermagem, perfusionista, anestesista e de cirurgiões - disponíveis.

5. É reconhecido que o índice de sucesso no tratamento cirúrgico destas complicações está na dependência direta, dentre outros fatores, da rapidez no

atendimento, segundo vários registros na literatura (Br, Heart. J. 1992; 68: 339-41. British Cardiac Society. Surgical Cover for Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. The Council of the British Cardiovascular Intervention Society).

Em consonância com tais considerações, conclui-se pela OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA CIRÚRGICA para o procedimento de Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea e/ou afins: Implante de "Stent", Aterectomia etc.

(Aprovado em Sessão Plenária de 20/12/95)

PARECER CREMERJ N. 41/96

INTERESSADO: Superintendência de Saúde Ocupacional

RELATORES: Dr. Alcyone Vieira Pinto Barreto

Dra. Viviane Martins de Souza (Assessoria Jurídica)

POSICIONAMENTO DO CREMERJ FRENTE À RESOLUÇÃO SEE N. 1978/95, A QUAL EXIGE DO SERVIDOR, QUE ESTE AUTORIZE AO MÉDICO LANÇAR O CÓDIGO DA DOENÇA NO ATESTADO MÉDICO OU NO BOLETIM DE INSPEÇÃO MÉDICA.

EMENTA: Ressalta os artigos 102 e 105 do Código de Ética Médica. Expõe que ao que se sabe inexistente qualquer dispositivo legal que, desrespeitando o direito a privacidade, obrigue o cidadão a permitir que seja revelada a sua doença. Opina-se revestir de ilegalidade a Resolução mencionada e que a conduta dos médicos da Superintendência deverá ser a de não tomar conhecimento de tal ato administrativo.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre o posicionamento a ser adotado pela Superintendência de Saúde Ocupacional, frente a Resolução SEE n. 1978/95.

PARECER DA ASSESSORIA JURÍDICA

A SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE OCUPACIONAL, pelo ofício n. 780/AIMA/SUPSOC/SAD, solicita do CREMERJ posicionamento quanto ao procedimento a ser adotado pela referida Superintendência, tendo em vista a

Resolução SEE n. 1978, publicada no Diário Oficial de 30 de novembro de 1995.

Da publicação oficial, constata-se que a Secretária de Estado de Educação baixou uma Resolução na qual, considerando a necessidade de obter dados que subsidiem a realização de pesquisa sobre doenças que acometem aos servidores da SEE, impõe aos servidores lotados naquela Secretaria o dever de autorizar ao médico, ao assinar atestado ou Boletim de Inspeção Médica, a lançar, no documento, o número do Código da doença a que foi acometido.

Parece-nos ser **ilegal** a acima mencionada Resolução, a qual, com grande violência se choca com o princípio constitucional de que NINGUÉM É OBRIGADO A FAZER OU DEIXAR DE FAZER ALGUMA COISA SENÃO EM VIRTUDE DE LEI.

Ao que se sabe, inexistente qualquer dispositivo legal que, desrespeitando o direito a privacidade, obrigue o cidadão a permitir que seja revelada a sua doença.

É certo que o médico tem a obrigação de comunicar à autoridade doença cuja notificação seja compulsória. Todavia, fora dos casos de doenças contagiosas, deve o médico guardar sigilo, pelo que criticável será a conduta de induzir o paciente a concordar com o lançamento do número do código da doença constatada.

É de se salientar que o Código de Ética Médica, veda, na conformidade dos artigos 102 e 105, os quais se transcrevem abaixo:

"Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou expressa autorização do paciente.

.....
.....

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade."

Considerando os argumentos expostos, somos de opinião se revestir de ilegalidade a Resolução mencionada, da Exma. Sra. Secretária de Estado do Rio de Janeiro, pelo que a conduta dos médicos da Superintendência de Saúde Ocupacional deverá ser a de não tomar conhecimento de tal ato administrativo e, somente a pedido de paciente é que registrará o Código da doença.

É o que nos parece, salvo melhor juízo.

(Aprovado em Sessão Plenária de 22/01/96)
PARECER CREMERJ N. 42/96

INTERESSADO: Dra. M. S. M. S. de M.

RELATOR: Dr. Alcyone Vieira Pinto Barreto (Assessoria Jurídica)

INFORMAÇÃO ACERCA DA POSSIBILIDADE DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PERMITIR O ACESSO OU ENTREGAR CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO A HERDEIROS.

EMENTA: Esclarece que aos prontuários médicos só têm acesso o paciente ou seu representante legal e aqueles que estão no exercício da Medicina com atenção voltada para o tratamento médico. Os herdeiros não devem ter acesso ao prontuário ou receber cópia do mesmo, salvo por determinação judicial.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a possibilidade de estabelecimento de saúde permitir o acesso ou entregar cópia de prontuário médico a herdeiros.

PARECER: Certo que aos prontuários médicos só têm acesso o paciente ou seu representante legal e aqueles que estão no exercício da Medicina, em atenção voltada para o tratamento médico.

Assim, somos de parecer que os herdeiros não devem ter acesso ao prontuário e, muito menos, receber cópia do mesmo, salvo por determinação judicial.

Este o nosso parecer, ressaltando sempre um melhor juízo a respeito.

(Aprovado em Sessão Plenária de 26/02/96)

PARECER CREMERJ N. 43/96

INTERESSADO: Clínica Santa Lúcia Ltda

RELATORES: Câmara Técnica de Saúde Mental

Prof. Miguel Chalub

Conso Paulo César Geraldês (membros da Câmara)

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA POR VIA JUDICIÁRIA DE PACIENTE SUB-JÚDICE.

EMENTA: O Juiz tem autoridade para mandar internar pacientes Sub-Júdice. O delegado de polícia também poderá internar, em casos de urgência. Como garantia de custódia é aceita a presença de agentes policiais nas dependências da instituição. O SUS continua responsável pelo pagamento dos serviços prestados ao paciente Sub-Júdice.

CONSULTA: O diretor de uma clínica para tratamento de doenças mentais consulta o CREMERJ sobre a obrigação de um estabelecimento médico privado receber pacientes encaminhados pela Justiça ou por delegados de polícia, em situação Sub-júdice. Questiona, ainda, a presença, nesses casos, de vigilância policial em face do desconforto que tal medida causa aos demais pacientes internados. Pergunta, também, sobre como proceder nos casos de alta já que, comunicada ao Juiz, nessa situação, cria problemas administrativos com o SUS, com o qual a clínica mantém contrato de prestação de serviços, uma vez que os prazos estipulados para a internação ficam superados.

PARECER: O assunto encontra-se plenamente disciplinado no Código Penal (Decreto-Lei no 2848 de 7 de setembro de 1940) e no Código de Processo Penal (Decreto-Lei no 3689 de 3 de outubro de 1941). O item I do artigo 96 do Código Penal autoriza o juiz, ao aplicar medida de segurança, mandar internar em hospital de custódia e tratamento ou, à falta, em outro estabelecimento adequado. O artigo 150 do Código de Processo Penal autoriza o juiz a mandar internar em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado, em casos de superveniência de doença mental. Ainda o Código de Processo Penal diz em seu artigo 682 que o juiz mandará, caso sobrevenha doença mental, internar em manicômio judiciário ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, assegurada a custódia do detido. Por fim, o artigo 759 autoriza o juiz mandar internar em estabelecimento adequado para fins de exame mental, o preso que a lei presumir perigoso.

Fica bem claro, assim, que o juiz tem plena autoridade para mandar internar em estabelecimento adequado, entendendo-se por esta expressa, clínicas e hospitais psiquiátricos, públicos, privados ou conveniados. Quanto à autoridade policial (delegado de polícia), parágrafo 1º do artigo 682 do Código de Processo Penal permite que mande remover o preso para manicômio judiciário ou estabelecimento adequado, em casos de urgência, sendo a providência imediatamente comunicada ao juiz.

Quanto à presença de agentes policiais, o "caput" do artigo 682 manda que seja assegurada a custódia quando se tratar de estabelecimento adequado, que são,

como vimos, os hospitais e clínicas psiquiátricas. Tais estabelecimentos não têm, em geral, condições de segurança para garantir a custódia o que leva a não se poder prescindir da presença de agentes policiais, em que pese o inconveniente da situação.

Comunicada a alta médica ao juiz, deve-se solicitar autorização para a desinternação ou envio da pessoa para estabelecimento prisional (delegacia de polícia). Enquanto se aguarda tal providência, o preso ficará custodiado pela clínica ou hospital e o SUS continuará responsável por sua permanência na instituição. O SUS através da Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde ser imediatamente sobre tal ocorrência, citando-se, se necessário, a legislação já referida.

É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 28/02/96)

PARECER CREMERJ N. 44/96

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Administração de Pessoal, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

RELATOR: Dr. Alcyone Vieira Pinto Barreto (Assessoria Jurídica)

PEDIDO DE INFORMAÇÃO SOBRE INSTAURAÇÃO OU NÃO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL.

EMENTA: Esclarece que o CREMERJ acatou o chamado "Sigilo profissional", exposto no Art. 53 do seu Regimento Interno que preceitua: "no que se refere aos processos ético-profissionais qualquer informação só poderá ser prestada por ordem judicial".

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre a Instauração ou não de processo ético-profissional contra funcionário da municipalidade.

PARECER: A Superintendente de Administração de Pessoal da Secretaria Municipal de Administração de Pessoal, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, solicita informação acerca de ter sido ou não instaurado processo ético-profissional contra profissional médico.

O Regimento Interno deste Conselho, em seu artigo 53, preceitua:

"As responsabilidades pelo sigilo processual será extensiva aos órgãos auxiliares do Corpo de Conselheiros e qualquer infração contra ele cometida constituirá falta grave apurável contra o auxiliar faltoso por competente processo administrativo, independentemente das responsabilidades civis e criminais".

Certo, portanto, que o CREMERJ, em seu Regulamento Interno, acatou o chamado "sigilo profissional" no que se refere aos processos ético-profissionais, da mesma forma do que ocorre com a Ordem dos Advogados do Brasil.

Assim, somos de parecer que a referida solicitação não há de ser atendida, pelo que qualquer informação de processo ético-profissional só poderá ser prestada por ordem judicial.

É o nosso parecer, ressalvando sempre um melhor juízo a respeito.

(Aprovado em Sessão Plenária de 26/02/96)

PARECER CREMERJ N. 45/96

INTERESSADO: UNIMED-RESENDE

RELATOR: Conso Antonio de Oliveira Albuquerque

COBRANÇA DE HONORÁRIOS FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO, CREDENCIADO A UM PLANO DE SAÚDE, PELOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM SEUS DEPENDENTES DIRETOS E AGREGADOS, COMO TAMBÉM EM SI PRÓPRIO.

EMENTA: Esclarece que o médico pode cobrar por atendimento a parentes e agregados uma vez que o Código de Ética Médica não faz qualquer objeção a esse respeito, e que é absolutamente antiético o médico realizar um procedimento cirúrgico em si próprio, passando assim à condição dupla de médico e paciente, representado pela mesma pessoa.

CONSULTA: Parecer motivado por consulta sobre o caráter ético de cobrança de honorários feita por profissional médico, credenciado a um plano de saúde, pelos atendimentos realizados a seus dependentes e agregados, como também por intervenção (ex: sutura) feita em si próprio.

PARECER: A Delegacia Regional do Sul Fluminense recebeu a correspondência da U. R., onde é solicitado um parecer referente aos seguintes quesitos:

1. É ético o médico, que possui um plano de saúde atender aos seus dependentes diretos e agregados, também inscritos nesse plano, e cobrar seus honorários?

Sim. O médico pode cobrar por atendimento a parentes e agregados desde que o novo Código de Ética Médica não faz qualquer objeção a este respeito.

2. É ético o médico, que possui um plano de saúde em seu nome, realizar um procedimento em sua pessoa (ex: sutura) e cobrar seus honorários?

Não. É absolutamente antiético o médico realizar um procedimento cirúrgico em si próprio, passando assim à condição dupla de médico e paciente, representado pela mesma pessoa.

É nosso parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/03/96)
PARECER CREMERJ N. 46/96

INTERESSADO: Dr. J. R. C. R.

RELATOR: Conso Cantídio Drumond Neto

Membro da Equipe de Processo e Consulta (EPC)

OBRIGATORIEDADE DE USO DO CARIMBO.

EMENTA: Esclarece ser o uso do carimbo aconselhável em todos os atos médicos, acompanhado não só da assinatura, como também do número do registro do médico no CREMERJ, principalmente em se tratando de prescrição de medicamentos controlados.

CONSULTA: Atende a consulta sobre a obrigatoriedade ou não do uso do carimbo do médico nas folhas de evolução, prescrição e solicitação de exames complementares.

PARECER: Em relação à solicitação do consulente sobre a obrigatoriedade do carimbo do médico nas folhas de evolução, prescrição e solicitação de exames complementares, a equipe de processos consulta resolve:

1. Que em princípio qualquer ato médico deve ser acompanhado não só da assinatura como do registro do médico no CREMERJ - número do CRM;
2. que sempre que possível o uso do carimbo é aconselhável em todos os atos;
3. que na impossibilidade ocasional do uso do carimbo - a assinatura pode ser acompanhada nas folhas de evolução, prescrição e de exames complementares do número do registro do médico no CREMERJ;
4. que no caso de prescrição de medicamentos controlados faz-se indispensável ou o uso do carimbo ou o uso de impressos em que conste a inscrição do médico no CREMERJ.

É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/03/96)
PARECER CREMERJ N. 47/96

INTERESSADO: Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark

RELATOR: Conso Vivaldo de Lima Sobrinho

SUPERVISÃO DE ESTÁGIO REGULAR DE ESTUDANTES DE NÍVEL MÉDIO, DE CURSO TÉCNICO DE REABILITAÇÃO, FEITO POR MÉDICO FISIATRA.

EMENTA: Esclarece que de acordo com a Resolução n. 1236/87 do CFM, não constitui ilícito ético o médico fisiatra supervisionar estágio regular de estudantes de nível médio na área de reabilitação, e que de acordo com o Parecer n. 803/78, do Conselho Federal de Educação, os profissionais habilitados com formação completa de 2o grau, terão sempre o seu trabalho supervisionado por médico especialista na atividade ou profissional formado em nível superior, como prescreve o Decreto-Lei n. 938/69.

CONSULTA: Instituto que presta atendimento no campo da Medicina Física e Reabilitação, conta com equipe de diversos profissionais de saúde, dentre eles médico fisiatra que, quando aplica e/ou supervisiona a aplicação de terapêutica física de baixa complexidade, como massoterapia, termoterapia e eletroterapia, conta com o auxílio de profissionais de nível médio (auxiliar de fisioterapia; técnico de reabilitação) para tais procedimentos. Assim sendo, solicita a seguinte informação: o fisiatra infringe o Código de Ética Médica, ao supervisionar estágio regular de estudantes de nível médio do curso técnico de reabilitação (aprovado pelo Parecer n. 803/78 do Conselho Federal de Educação), no treinamento das tarefas acima mencionadas.

PARECER: Em relação à consulta formulada pelo Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark, se "o médico fisiatra estaria infringindo o Código de Ética Médica caso viesse a supervisionar o estágio regular de estudantes de nível médio de curso de Técnico de Reabilitação naquele Instituto", podemos afirmar o seguinte:

1. Não constitui ilícito ético o médico fisiatra supervisionar estágio regular de estudantes de nível na área de reabilitação, visto que o mesmo está tecnicamente habilitado para a tarefa de acordo com a Resolução CFM n. 1.236/87;
2. O Parecer n. 803/78 do Conselho Federal de Educação que aprovou o Currículo do Técnico em Reabilitação nas modalidades de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Massagista coloca claramente que: os profissionais, habilitados com formação completa de 2o grau, terão sempre seu trabalho supervisionado por médico especialista na atividade ou profissional

formado em nível superior, de acordo com o que prescreve o Decreto-Lei n. 938/69;

3. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro mantém convênio com o Centro de Formação Profissional "Bezerra de Araújo", situado à rua Barão de Mesquita, 701 - Andaraí - Rio de Janeiro, cujos alunos do curso de Técnico em Reabilitação fazem estágio curricular no Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark.

É, s. m. j., o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 12/09/94)

PARECER CREMERJ N. 48/96

INTERESSADO: Centro de Transfusão Sanguínea Ltda.

RELATORES: Dr. Alcyone Vieira Pinto Barreto

Dr. Manuel de Jesus Soares (Assessoria Jurídica)

COMERCIALIZAÇÃO DE SANGUE.

EMENTA: Embasados no Art. 199 da Constituição Federal, ainda não regulamentado, que garante a livre iniciativa privada no setor de assistência à saúde, alertam para o Parágrafo Único, do referido dispositivo, que veda todo tipo de comercialização de sangue. É sabido, que as transfusões de sangue e seus derivados realizadas em unidades médicas, implicam em custo operacional, fato reconhecido pela própria legislação, explicitado no Decreto n. 879 de 22 de julho de 1993, que preceitua serem as despesas hospitalares para retirada de tecido, órgãos ou partes do corpo humano remunerados pelos órgãos gestores do SUS, ainda que o hospital não mantenha convênio ou contrato com o Poder Público.

CONSULTA: Deu origem ao Parecer, a consulta solicitada ao CREMERJ pelo Centro de Transfusão Sanguínea Ltda., quanto a comercialização de sangue.

PARECER DA ASSESSORIA JURÍDICA

A respeito do incluso expediente, em 21 de setembro transato, emitimos parecer no sentido de que é vedada a compra e venda de sangue, mas, no entanto, é permitida a cobrança das despesas referentes aos serviços dispendidos com a coleta e transfusão do mesmo.

Entretanto, o expediente retorna a esta Assessoria, por ter V. Sa. entendido que o parecer apenas atendeu à solicitação do médico, mas, que não responde às indagações do PROCON de Duque de Caxias.

Inicialmente, pedimos *venia* para salientar que a emissão de parecer em casos concretos só deve verificar-se quando se disponha de todos os elementos probatórios que envolvam a discussão.

Genericamente, entendemos que o parecer antes emitido abordou a questão primordial, qual seja, a de que não é lícita a compra e venda de sangue, sendo apenas, permitida a cobrança das despesas relativas aos serviços.

No caso específico, a consulente formulou reclamação contra o Estabelecimento de Saúde, afirmando que o mesmo está comercializando sangue, uma vez que o seu pai, que ali esteve internado e veio a falecer, recebeu 26 bolsas de sangue que lhe estão sendo cobradas.

Em audiência realizada em 04/08/95, presentes as partes, a Reclamada alegou que não cobra sangue, cobra somente os exames e serviços.

Temos, portanto, versões conflitantes, as quais somente poderão ser dirimidas através de provas. É claro que se ficar positivado que o valor cobrado da Reclamante é relativo à venda de sangue, é evidente que a conduta do Hospital é ilegal, por violar o preceito constitucional transcrito no parecer anterior.

Pelo que consta da ata da audiência, a Reclamada não contestou os valores afirmados como cobrados, bem como a quantidade de bolsas de sangue, razão pela qual parece-nos que a veracidade ou não das alegações da Reclamante poderia ser apurada através de perícia, onde fosse avaliado se os custos dos serviços poderiam atingir a importância a que se refere a Reclamante.

Quanto à afirmativa constante do ofício de que por ocasião da internação "não houve cláusula que orientasse que a referida cobrança seria terceirizada", também a controvérsia só será esclarecida através de prova oral ou documental.

Assim, ratificando os termos do parecer anterior, apresentamos este aditivo ao mesmo, ressaltando sempre um melhor juízo a respeito.

(Aprovado em Sessão Plenária de 13/03/96)

PARECER CREMERJ N. 55/97

INTERESSADO: Dr. F. J. M. P. C. - Setor de Endoscopia do Hospital Municipal
Salgado Filho / RJ

RELATOR: Cons^o Mauro Brandão Carneiro
Equipe de Processo e Consulta do CREMERJ

PLANTÃO À DISTÂNCIA, POR MÉDICO ESPECIALISTA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA, INCLUSIVE EM EMERGÊNCIAS, COM RECONHECIMENTO DA CARGA HORÁRIA DISPENSADA NO SOBREAVISO

EMENTA: Cita a Resolução CREMERJ n. 100/96, que estabelece as Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro. Expõe Parecer aprovado em 12/11/1993, do CFM, o de n. 19/93, o qual analisa os “plantões à distância”, assim como Parecer do Professor Genival Veloso de França, datado de 15/02/1993, visto como jurisprudência em nossa legislação ética para tais eventos. Com estes fundamentos, esclarece que é entendimento do CREMERJ a admissão de sobreaviso para a especialidade de endoscopia digestiva. Menciona a Resolução n. 74, de 25/06/1996, do CREMESP, que regulamenta os “plantões à distância”. Conclui, que além da própria ausência de privacidade, o que caracteriza o fato de o profissional permanecer em serviço, mesmo à distância, é a exigência do vínculo empregatício e, assim, não há como questionar o fato de que, enquanto o profissional estiver de sobreaviso para qualquer eventualidade, este tempo seja computado como efetiva jornada de trabalho e, por todo o exposto, não há também como deixar de reconhecer o direito à remuneração pelos médicos escalados para plantões de sobreaviso na especialidade em questão.

CONSULTA: O consultante solicita ao CREMERJ parecer sobre proposta de organização de uma escala de alocação de recursos humanos para atendimento de pacientes a serem submetidos a procedimentos endoscópicos, diagnósticos e terapêuticos, em regime eletivo ou rotina e nas emergências, através de plantões de disponibilidade (sobreaviso). A presente consulta foi motivada pelo fato de a Direção do Hospital não aceitar o plantão de disponibilidade como forma de atendimento, não reconhecendo conseqüentemente a carga horária dispensada, sob a alegação de que estaria criando precedente em relação a outras especialidades existentes no Hospital e lotadas no Setor de Emergência.

PARECER: Em primeiro lugar, é necessário contextualizar o motivo desta consulta. O referido Hospital, situado no Município do Rio de Janeiro, está implantando, com ineditismo no Serviço Público deste Estado, um novo projeto de gerenciamento hospitalar, baseado na concepção de que seu Corpo Clínico, redimensionado, trabalhe em regime de 40 horas semanais e realize, a partir da reorganização dos Serviços, todos os atendimentos daquela Unidade, sejam eles ambulatoriais, de rotina ou de emergência.

Um conceito bastante interessante, sem dúvida, posto que acaba com a histórica dicotomia entre aqueles Setores, notadamente entre a Rotina e a Emergência, fazendo com que os pacientes se beneficiem sempre com uma mesma conduta médica e com a suposta diminuição da burocracia. Justamente por ser inédito, há uma série de questões gerenciais a serem resolvidas, e o CREMERJ está acompanhando este processo com interesse.

No caso em tela, consideramos a questão levantada pelo Serviço de Endoscopia relevante, e acreditamo-la de fácil resolução, posto que não macula a filosofia de atendimento que está sendo implantada.

Analisemos, pois, os dois aspectos essenciais da consulta: a correção ética da proposta apresentada, envolvendo a sempre polêmica questão do “plantão à distância”, e a consideração do período de disponibilidade como jornada de trabalho efetiva.

1. DO PLANTÃO DE SOBREAVISO

O Setor de Endoscopia Digestiva é indispensável num Hospital como o Salgado Filho. A Resolução CREMERJ n. 100/96, que estabelece as Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro, prevê sua existência nos hospitais de níveis III e IV de complexidade, e aquela unidade certamente estará enquadrada num deles.

Nosso consulente sustenta, ao fundamentar seu pleito, que o atendimento das emergências gastro-intestinais deve ser previsto e assegurado nas 24 horas do dia, com alocação de recursos humanos, através de plantões de disponibilidade previamente definidos, o que atenderia perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não eletiva, além de não acarretar prejuízo ou riscos aos pacientes.

Argumenta ainda que o endoscopista é médico de suporte à emergência, tendo em vista que ele atua somente num segundo momento após a ação do clínico ou do cirurgião, que dariam o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições mínimas hermodinâmicas, inclusive com medidas preparatórias para a realização do exame endoscópico. Esta característica de médico de segunda linha na atenção a uma emergência gastro-intestinal é que permitiria a adoção do plantão de disponibilidade, objetivando a otimização do atendimento.

Com efeito, há jurisprudência em nossa legislação ética para tais eventos. Em brilhante parecer, datado de 15 de fevereiro de 1993, o Professor Genival Veloso de França exemplifica alguns Serviços que não podem

trabalhar com “plantões à distância”, como Obstetrícia, Trauma ou Medicina Intensiva. No entanto, ressalva:

“Coisa diferente é o elenco de especialistas credenciado para complementar o diagnóstico ou a terapêutica nas ocorrências fortuitas, pois seria impossível manter-se num mesmo plantão duas ou três dezenas de facultativos capazes de atender um ou outro caso isoladamente. Certas especialidades, como Otorrino, Oftalmologia ou Neurologia, podem ser solicitadas a darem sua contribuição complementar. Todavia, este não é o modelo, *verbi gratia*, para a Anestesiologia.”

O Conselho Federal de Medicina, em parecer aprovado em 12 de novembro de 1993, n. 19/93, analisa os “plantões à distância” e acolhe a opinião do Relator, Conselheiro Nilo Fernando Rezende Vieira que, respondendo à consulta: “poderia o Hospital obrigar o médico a cumprir plantão à distância?”, assim se manifesta:

“As características de cada cidade, de cada hospital e o número de especialistas disponíveis tornam heterogênea a organização deste tipo de trabalho. Um hospital de grande porte, de uma grande cidade, geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. Já uma pequena cidade, como faria para manter tal leque de especialistas de plantão? A existência de “plantão à distância” - sobreaviso - é decorrência desta heterogeneidade de formas de organização. Estes plantões, naturalmente, não podem ser impostos e obrigatórios. O acordo entre os profissionais e a administração das instituições é estabelecer estas formas de prestação de serviços.”

Note-se que a pergunta original é oposta à do nosso consulente. Mas a resposta conduz, tanto num quanto noutro caso, ao bom senso e à conciliação de interesses, evidentemente observadas as questões técnicas das especialidades envolvidas.

O parecer do mestre Genival Veloso de França não contempla especificamente a Endoscopia Digestiva. Mas é nosso entendimento, sem sombra de dúvida, que esta especialidade situa-se entre aquelas que admitem o sobreaviso. Vale lembrar, que a Resolução n. 110/96 do CREMERJ, já citada, impõe a existência do Serviço de Endoscopia para aqueles níveis de complexidade, inclusive com instalações adequadas, mas deixa em aberto (a critério da Unidade) a presença do especialista na composição da equipe.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP - avançou mais nesta questão, e promulgou Resolução específica para regulamentar os “plantões à distância”.

Todas as legislações citadas, e mais as do CRM do Paraná, são unânimes ao alertar para os riscos de omissão de socorro, mesmo nos casos de sobreaviso. Para sintetizar nossa compreensão sobre esta infração ética, tomaremos por empréstimo, uma vez mais, as palavras do Professor Genival Veloso de França:

“Os médicos responsáveis pelo socorro e os seus superiores imediatos, coniventes ou co-responsáveis pela omissão, podem ser arguidos em suas responsabilidades ética e legal, mesmo estando eles escudados no que se chamou de plantonistas “de retaguarda” ou de “sobreaviso”. (...) Em tese, a falta ao plantão reveste-se de características de infração ética, seja por deliberada intenção, seja pela ausência de comunicação ao setor competente do Hospital, para que sejam tomadas as devidas providências. Por isso, deve a autoridade hierarquicamente superior ao plantonista estar ciente para prover a imediata substituição, evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento.”

2. DO PERÍODO DE SOBREAVISO COMO JORNADA EFETIVA DE TRABALHO

Não há como questionar o fato de que, enquanto o profissional estiver de sobreaviso para qualquer eventualidade, este tempo seja computado como efetiva jornada de trabalho.

O médico escalado para o sobreaviso não pode se ausentar da cidade, ou das proximidades do hospital, em se tratando de uma cidade como a do Rio de Janeiro. Deve estar em condições de responder a um chamado com rapidez, e para tanto deve levar em consideração as condições de trânsito e de distância. É obrigatório também que esteja alcançável por telefone ou outro meio de comunicação. São inaceitáveis as desculpas de que “não foi encontrado”.

Além da ausência de privacidade, o que caracteriza o fato de o profissional permanecer em serviço, mesmo à distância, é a existência do vínculo empregatício. No caso em apreciação, estamos tratando de servidores municipais, com vínculo efetivo de trabalho, e não de prestadores de serviço eventuais.

A Resolução n. 74, de 25/06/96, do CREMESP, mesmo ressalvando sua vigência para atividade médica em Pronto Socorro, assim regulamenta o plantão de disponibilidade:

“Art. 2º - Define-se como plantão de disponibilidade de trabalho a atividade do médico que permanece à disposição da instituição, cumprindo jornada de trabalho pré-estabelecida, para ser requisitado por intermédio de “pager”, telefone ou outro meio de comunicação, tendo condições de atendimento pronto e pessoal.

Art. 4º - O plantão de disponibilidade, conforme descrito no artigo 2º , consiste em trabalho médico a ser remunerado.”

O já citado Parecer do CFM, n. 19/93, ao responder ao quesito de número dois: “podem as instituições exigir dos médicos o cumprimento de escala de plantão obrigatória e gratuita por especialidade, quando os mesmos desejam apenas assistir seus pacientes conveniados e particulares?”, assim se pronuncia:

“A exigência de cumprimento de plantão obrigatório e gratuito é descabida. Se existe uma escala de plantão e se o cumprimento desta é obrigatório, está claramente configurada a relação trabalhista. Ao médico que aceita cumprir tais escalas, cabe o reconhecimento de vínculo empregatício e, portanto, de salários. Aos demais, não cabe a obrigatoriedade de prestar tal serviço.”

E cita, como exemplo, o artigo 244 da CLT, que define, estabelece prazo máximo e remunera o sobreaviso dos trabalhadores em estradas de ferro. De nossa parte, citamos o exemplo do Hospital de Furnas, em Praia Brava, Angra dos Reis, erguido para atender aos funcionários da empresa e a um eventual acidente nuclear na usina atômica, que mantém seus médicos de sobreaviso, através de escalas de plantão, devidamente remunerados.

Consideramos, portanto, factível a proposta apresentada pelo Setor de Endoscopia do Hospital Municipal Salgado Filho. Por todo o exposto, não há também como deixar de reconhecer o direito à remuneração pelos médicos escalados para plantões de sobreaviso naquela especialidade.

É o parecer.

(Aprovado em Sessão Plenária de 1/06/1997)

INTERESSADO: Dr. J. L. R. de M.

RELATOR: Cons^o Cantídio Drumond Neto

Equipe de Processo e Consulta do CREMERJ

PLANTÃO MÉDICO - JORNADA DUPLA DE TRABALHO

EMENTA: Esclarece que a jornada de trabalho do médico é disciplinada pela Lei n. 3.999 de 15/12/1961, e cita o seu artigo 8^o. Expõe que pode haver casos excepcionais em que o médico pode e deve permanecer em atividade, mas afirma que isto não quer dizer que se deva ou se possa programar 02 plantões subseqüentes, seja na mesma unidade hospitalar, seja em outra, pois dificilmente o médico teria no 2^o dia de plantão as condições ótimas de cumpri-lo de forma adequada.

CONSULTA: Consulta formulada por profissional médico, o qual solicita esclarecimentos acerca da existência, ou não, de algum impedimento legal em se exercer (02) plantões de 24 horas cada, em dias seguidos um do outro, em uma mesma instituição pública, sem intervalos entre eles.

PARECER: Pergunta o Dr. J. L. R. de M., ao CREMERJ, se há impedimento no exercício de dois plantões de 24 horas cada, em dias seguidos um do outro, na mesma Instituição.

Em relação a esta questão, foi ouvida a Assessoria Jurídica do CREMERJ, que no Protocolo n. 1291/96 refere que a jornada de trabalho a ser exercida está disciplinada pela Lei n. 3.999 de 15/12/1961, que em seu artigo 8^o estabelece:

“A duração normal de trabalho, salvo acordo escrito que não fira de modo algum o disposto no artigo 12, será:

a) Para médicos, no mínimo de duas horas e no máximo de quatro horas diárias;”

O parágrafo 2^o, ainda no artigo 8^o, preceitua:

“Aos médicos e auxiliares que contratarem com mais de um empregador, é vedado o trabalho além de seis horas diárias.”

Acrescenta ainda a Consultoria Jurídica que o tratamento diferenciado dado aos médicos com relação aos demais trabalhadores, decorre do grande desgaste das energias físicas e psíquicas que o trabalho médico por vezes impõe. Por isto, este privilégio visa resguardar a saúde física e mental dos mesmos.

Pode haver, no entanto, casos excepcionais em que o médico, que por questões éticas não pode deixar pacientes desassistidos, e em casos de cirurgias que se prolonguem além do horário normal de trabalho, pode e deve permanecer em atividade.

Pode também o médico que cumpra plantão de 24 horas, por não contar com substituto, ter de permanecer no plantão após 24 horas no mesmo. Isto no entanto não quer dizer que se deva ou se possa programar 2 (dois) plantões subseqüentes, seja na mesma unidade hospitalar, seja em outra, pois dificilmente o médico no 2º dia de plantão teria as condições ótimas de cumprimento de forma adequada.

Há ainda Parecer emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, aprovado em Reunião Plenária de 26/01/1988.

“Ressalta-se, contudo, que neste caso prolongar o plantão por período superior a 24 horas permanecendo por 36 ou 48 horas consecutivas em continuidade do seu plantão, visando “cobrir” o profissional faltoso, não constitui medida razoável e muito menos ponderada. De fato, deve ser levado em conta que o médico, assim como qualquer outro ser humano, após tão longo período de trabalho, não reunirá as condições físicas e intelectuais para exercer o seu mister condignamente.

Porém, este fato também não justifica que o médico plantonista, que não foi substituído no horário aprazado, abandone o plantão e os pacientes sob seus cuidados.”

(Aprovado em Sessão Plenária de 03/10/1997)

PARECER CREMERJ N. 64/98

INTERESSADO: Câmara Técnica de Terapia Intensiva do CREMERJ.

RELATOR: Cons^o Cantídio Drumond Neto.

Equipe de Processos Consulta do CREMERJ.

Questões acerca do relacionamento profissional entre a equipe de centro de tratamento intensivo e o médico assistente do paciente.

EMENTA: Esclarece que é desejável que o médico assistente continue acompanhando o paciente durante o período de estada do mesmo no Centro de Tratamento Intensivo (C.T.I.), devendo a sua atuação profissional ser afinada com a Equipe do C.T.I., cabendo-lhe, inclusive, apresentar sugestões verbais ou por escrito no prontuário do paciente e, se ele, o paciente e/ou seus familiares assim o desejarem, pode também o médico assistente assumir a conduta básica da prescrição, da orientação dietética e da indicação de exames complementares de rotina. Afirmo que à Equipe do C.T.I. cabe manter com o médico assistente o respeito e o diálogo, não só na busca da melhora do paciente, como também de tornar transparente toda e qualquer atuação profissional, seja na indicação de exames, na adoção de técnicas invasivas e da terapêutica a ser instituída. Ratifica que no caso do médico assistente optar por não acompanhar o paciente e não sendo o mesmo profissional substituído, cabe à Equipe do C.T.I. a responsabilidade de toda a atuação médica, não devendo pairar dúvidas para o paciente e seus familiares quanto às condutas tomadas nas emergências, bem como nos quadros não emergenciais. Por fim, lembra que toda e qualquer discordância, que não possa ser desfeita com o diálogo do médico assistente com a Equipe do C.T.I., deverá constar transcrita no prontuário médico do paciente.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Câmara Técnica de Terapia Intensiva do CREMERJ acerca do relacionamento profissional entre a Equipe de Centro de Tratamento Intensivo e o Médico Assistente do paciente.

PARECER: Os Centros de Tratamento Intensivos são de grande valor no atendimento aos pacientes mais graves ou que apresentem agudizações de seus quadros e, sem dúvida, contribuem para melhorar o tratamento e o prognóstico deste grupo, quando os quadros são recuperáveis.

Para cumprir tal tarefa houve necessidade de formação de profissionais diferenciados, hoje reconhecidos pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina - "O INTENSIVISTA".

Na quase totalidade dos Hospitais, os C.T.I.s funcionam em ambientes fechados, com refrigeração e iluminação artificiais e, os pacientes encaminhados aos mesmos ficam isolados, só recebendo visitas de seus familiares por poucas horas por dia, passando a ter contato com profissionais da área da Saúde (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, técnicos de laboratório e raio-x e nutricionistas) estranhos a eles. Estes profissionais, por desempenharem atividades rotineiras, muitas vezes fazem as mesmas sem

explicar a utilidade do uso de equipamentos, de técnicas invasivas, de exames, bem como o tipo de tratamento instituído. Tais esclarecimentos deixam muitas vezes de serem dados, inclusive aos familiares e ao médico assistente.

O encaminhamento de um paciente ao C.T.I. pressupõe agravamento, agudização e recuperabilidade do mesmo, cabendo ao médico assistente a responsabilidade pela orientação. Como alguns pacientes são encaminhados de forma não apropriada, o médico intensivista, quando o quadro, não emergencial, assim o permite, avalia o paciente, em conjunto com o médico assistente, e tomam decisão idealmente consensual, cabendo a ambos a responsabilidade pela decisão divergente e suas consequências, devendo constar do prontuário as opiniões discordantes assinadas por cada um, pois em caso de ser questionada a conduta, a análise das mesmas será feita pela Comissão de Ética da Unidade. É sempre desejável que o médico assistente continue acompanhando o paciente durante o período de estada no C.T.I., pois não só pode contribuir com informações preciosas de seus antecedentes como, no ambiente “estranho” a que o mesmo está submetido, pode ser o rosto e a palavra amiga sempre desejável. Evidentemente sua participação não ficará limitada à sua presença física, mas a sua atuação profissional deve ser afinada com a Equipe do C.T.I., cabendo-lhe apresentar sugestões verbais ou por escrito no prontuário, sempre que as mesmas lhe parecerem relevantes e não tiverem tido a adequada análise pela Equipe de Intensivistas na busca de atuação consensual.

À Equipe do C.T.I. cabe manter com o médico assistente o respeito e o diálogo, não só na busca da melhora do paciente, como também de tornar transparente toda e qualquer atuação profissional, seja na indicação de exames, na adoção de técnicas invasivas e da terapêutica a ser instituída. Evidentemente, neste grupo de pacientes ocorrem intercorrências que necessitam imediata atenção e atuação do médico intensivista, que terá plena liberdade de ação, devendo no entanto, tão logo superar o quadro, contactar os familiares e o médico assistente para os devidos esclarecimentos de sua atuação emergencial, bem como do quadro. A desinformação dos familiares e do médico assistente deve ser de todo evitada, pois favorece conflito de opiniões nada desejável para o tratamento adequado. Ao contrário, a informação faz surgir a confiança e a segurança do paciente, dos familiares e do médico assistente, altamente desejáveis. Em caso de dificuldade de contato com o médico assistente, a Equipe de Emergência deverá fazer constar do prontuário, de forma clara, o quadro apresentado, a conduta adotada e o resultado obtido com a mesma. A não apropriada atuação da Equipe do C.T.I. nos quadros emergenciais poderá ser interpretada como infringência ao Código de Ética Médica, podendo ser enquadrado também no mesmo o médico assistente que não estiver tomando ou dificultando a adoção de medidas adequadas ao tratamento do seu paciente.

Ao médico assistente pode caber, se ele, o paciente e/ou seus familiares assim o desejarem, assumir a conduta básica da prescrição, da orientação dietética e da indicação de exames complementares de rotina. Neste caso, deverá o mesmo ou seu representante (assistente) comparecer diariamente pela manhã ao C.T.I., e após examinar as condições do paciente traçar a rotina a ser seguida no dia. Neste caso, cabe à Equipe do C.T.I., em diálogo com o médico assistente, apresentar sugestões que deverão constar por escrito no prontuário, em caso de terem receptividade conveniente de parte do mesmo, cabendo ainda à Equipe do C.T.I. a adoção de toda e qualquer medida nos quadros agudos e intercorrências que se apresentam.

Alguns médicos assistentes, por não se considerarem aptos ou envolvidos no contexto do paciente e dos seus familiares quando do encaminhamento ao C.T.I., optam por não acompanharem o mesmo durante sua estada naquela unidade. Tal atitude, se não desejável é opcional, desde que o paciente e seus familiares fiquem devidamente esclarecidos de sua atitude e, se for o caso, fiquem liberados para indicar outro profissional que, como médico assistente, possa e queira acompanhar o mesmo. No caso de não substituição, caberá à Equipe do C.T.I. a responsabilidade de toda a atuação médica, não devendo pairar dúvidas para o paciente e seus familiares quanto às condutas tomadas nas emergências, bem como nos quadros não emergenciais.

Nos casos que necessitem contar com especialistas de outras áreas que não a da atuação do médico assistente, caberá a este, isoladamente ou em conjunto com a Equipe do C.T.I., a escolha do profissional a ser chamado.

Toda e qualquer discordância, que não possa ser desfeita com o diálogo do médico assistente com a Equipe do C.T.I., deverá constar transcrita no prontuário médico, para que possa ser avaliada a responsabilidade técnica, ética e legal no atendimento ao paciente crítico.

(Aprovado em Sessão Plenária de 02/03/1998)

ÍNDICE ONOMÁSTICO - PARECERES DO CREMERJ

(Conselheiros, médicos membros das Câmaras Técnicas e assessores jurídicos)

ALCYONE VIEIRA PINTO BARRETO

Pareceres: 39/95; 41/96; 42/96; 44/96; 48/96.

AMANCIO PAULINO DE CARVALHO

Parecer: 07/90.

AMARINO CARVALHO DE OLIVEIRA

Parecer: 37/95.

ANTONIO CARLOS VELLOSO DA SILVEIRA TUCHE

Parecer: 40/95.

ANTONIO DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE

Pareceres: 01/89; 15/91; 45/96.

ANTONIO MENDES BIASOLI

Parecer: 02/89.

ARNALDO PINESCHI DE AZEREDO COUTINHO

Parecer: 34/95.

BARTHOLOMEU PENTEADO COELHO

Pareceres: 31/95; 39/95.

CANTÍDIO DRUMOND NETO

Pareceres: 19/94; 20/94; 21/94; 22/94; 40/95; 46/96.

CARLOS ALBERTO JAIMOVICH

Parecer: 27/95.

EUDERSON KANG TOURINHO

Pareceres: 37/95; 38/95.

FRANCISCO J. ROMA PAUMGARTTEN

Parecer: 26/95.

GEISA MACHADO PEREIRA

Parecer: 39/95.

GILSON MAURITY SANTOS

Parecer: 06/90.

HELOISA HELENA A. MARTINS

Pareceres: 37/95; 38/95.

HUMBERTO JOSÉ COELHO MARTINS

Parecer: 03/89.

JORGE ANTONIO ZEPEDA BERMUDEZ

Parecer: 30/95.

JORGE FAHRA

Pareceres: 13/91; 18/92.

JOSÉ CARLOS DE MENEZES

Parecer: 20/94, 25/94.

JOSÉ EBERIENOS ASSAD

Pareceres: 04/89; 09/91; 11/91; 12/91.

JOSÉ MARCIO CATALDO DOS REIS

Parecer: 28/95.

MANUEL DE JESUS SOARES

Parecer: 48/96.

MARCIA CRISTINA RACHID DE LACERDA

Parecer: 29/95.

MARCIA ROSA DE ARAUJO

Parecer: 28/95.

MARIA FILOMENA XAVIER MENDES

Pareceres: 14/91; 17/92.

MARIA IZABEL DIAS MIORIM

Parecer: 25/94.

MAURO BRANDÃO CARNEIRO

Parecer: 35/95.

MIGUEL CHALUB

Parecer: 33/95; 43/96.

PAULO CESAR GERALDES

Pareceres: 24/94; 25/94; 32/95; 33/95; 36/95; 43/96.

RICARDO LACERDA BAPTISTA

Parecer: 10/91.

RUI HADDAD

Parecer: 25/94.

TALVANE M. DE MORAES

Parecer: 05/90.

VIVALDO DE LIMA SOBRINHO

Pareceres: 23/94; 47/96.

VIVIANE MARTINS DE SOUZA

Parecer: 41/96.

WALBER VIEIRA

Parecer: 16/92.

WALTER DE ALMEIDA BARBOSA

Parecer: 08/91.

ÍNDICE REMISSIVO - PARECERES

A

ABORTO TERAPÊUTICO

Parecer: 19/94.

ADICIONAL NOTURNO (ver HONORÁRIOS MÉDICOS)

AIDS

Pareceres: 16/92; 29/95.

ALCOOLISMO

Parecer: 26/95.

ALTA DE PACIENTE

Pareceres: 09/91; 43/96

AMPUTAÇÃO

Parecer: 23/94.

ANGIOPLASTIA CORONARIANA

Parecer: 40/95.

APARELHOS GESSADOS - IMOBILIZAÇÃO

Parecer: 08/91.

ATENDIMENTO MÉDICO (ATO MÉDICO)

Pareceres: 01/89; 02/89; 06/90; 10/91; 11/91; 12/91; 14/91; 15/91; 20/94; 22/94; 23/94; 24/94; 25/94; 31/95; 32/95; 33/95; 34/95; 35/95; 36/95; 40/95; 43/96; 45/96; 46/96.

ATESTADO MÉDICO

Parecer: 41/96.

ATO MÉDICO (ver ATENDIMENTO MÉDICO)**B****BIOSSEGURANÇA - NORMAS**

Parecer: 29/95.

BIOTÔNICO FONTOURA

Parecer: 26/95.

C**CARDIOPATIA GRAVE - CONSENSO**

Parecer: 21/94.

CARGA HORÁRIA

Parecer: 07/90.

CARIMBO - MÉDICO

Parecer: 45/96.

CESÁREA

Parecer: 19/94.

CID (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS)

Pareceres: 05/90; 27/95; 41/96.

CIRURGIA PLÁSTICA

Pareceres: 27/95; 28/95.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (ver CID)

COBERTURA DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE

Parecer: 27/95.

COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer: 23/94.

CONDUTAS TERAPÊUTICAS

Pareceres: 12/91; 23/94; 25/94.

CONGRESSOS - PARTICIPAÇÃO

Parecer: 04/89.

CONSULTA MÉDICA - AMBULATORIAL

Pareceres: 10/91; 34/95.

CONSULTA DE RETORNO (RECONSULTA)

Parecer: 34/95.

CONVÊNIOS

Pareceres: 01/89; 09/91; 28/95; 34/95; 48/96.

COOPERATIVAS PROFISSIONAIS

Parecer: 39/95.

CORPO CLÍNICO

Parecer: 31/95.

CREMERJ - ATRIBUIÇÕES

Parecer: 39/95.

CRIANÇA

Parecer: 03/89.

D

DESEMPENHO PROFISSIONAL (EXERCÍCIO ÉTICO-PROFISSIONAL)

Pareceres: 09/91; 24/94; 32/95; 34/95.

DIREITOS E DEVERES DO MÉDICO

Pareceres: 10/91; 11/91; 12/91; 16/92; 25/94; 29/95; 31/95; 32/95; 34/95; 35/95; 36/95; 40/95; 44/96.

DIREITOS DOS PACIENTES

Pareceres: 09/91; 10/91; 14/91; 25/94; 27/95; 34/95; 41/96.

DIRETORES TÉCNICOS

Pareceres: 31/95; 32/95.

DISTÚRBIO DA PERSONALIDADE (PERSONALIDADE PSICOPÁTICA)

Parecer: 05/90.

DOENÇA - CONCEITO

Pareceres: 05/90; 21/94.

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Pareceres: 16/92; 29/95; 41/96.

E

EMERGÊNCIAS (URGÊNCIAS)

Pareceres: 06/90; 31/95; 32/95; 33/95; 35/95; 36/95; 43/96.

ENFERMEIROS

Pareceres: 08/91; 32/95.

EQUIPE DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE (STAND BY)

Parecer: 40/95.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL - MULTIDISCIPLINAR

Pareceres: 14/91; 33/95.

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Pareceres: 06/90; 11/91; 35/95; 37/95; 38/95; 46/96.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Pareceres: 09/91; 14/91; 32/95; 36/95; 42/96; 43/96; 48/96.

ESTÁGIO - SUPERVISÃO

Parecer: 46/96.

ESTATUTOS

Parecer: 39/95.

ESTERILIZAÇÃO

Parecer: 17/92.

ÉTICA MÉDICA

Pareceres: 12/91; 23/94; 24/94; 25/94; 27/95; 28/95; 29/95; 31/95; 32/95; 33/95; 34/95; 35/95; 36/95; 39/95; 40/95; 41/96; 42/96; 44/96; 45/96.

EXAMES MÉDICOS-COMPLEMENTARES

Pareceres: 11/91; 38/95; 45/96.

EXERCÍCIO ÉTICO-PROFISSIONAL (ver DESEMPENHO PROFISSIONAL)

EXPERIMENTAÇÃO HUMANA

Parecer: 23/94.

F

FAMÍLIA

Pareceres: 03/89; 42/96; 44/96.

FÓRCEPS OBSTÉTRICOS

Parecer: 19/94.

G

GRAVIDEZ

Parecer: 19/94.

H

HABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Pareceres: 08/91; 33/95; 35/95; 36/95; 37/95; 38/95; 47/96.

HIPERLIPIDEMIA

Parecer: 13/91.

HONORÁRIOS MÉDICOS

Pareceres: 01/89; 09/91; 15/91; 28/95; 45/96.

I

INTERNAÇÃO DE PACIENTE

Pareceres: 31/95; 36/95; 43/96.

INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA

Parecer: 26/95.

J

JORNADA DE TRABALHO - NÚMERO DE CONSULTAS

Parecer: 10/91.

L

LAUDOS MÉDICOS - PERÍCIAS/NECRÓPSIA

Pareceres: 18/92; 41/96.

M

MEDICAMENTOS CONTROLADOS (PRESCRIÇÃO)

Pareceres: 22/94; 26/95; 30/95; 45/96.

MEDICINA DE GRUPO (PLANOS DE SAÚDE)

MÉDICO ASSISTENTE

Pareceres: 09/91; 18/92.

MÉDICO RESIDENTE (RESIDÊNCIA MÉDICA)

Parecer: 07/90.

MÉDICO DO TRABALHO

Parecer: 18/92.

MORTE FETAL

Parecer: 19/94.

N

NIMODIPINA

Parecer: 30/95.

O

OMISSÃO DE SOCORRO

Pareceres: 20/94; 32/95; 35/95; 36/95.

P

PACIENTE MENOR - ADOLESCENTE

Parecer: 16/92.

PACIENTES

Pareceres: 10/91; 12/91; 25/94; 27/95; 29/95; 34/95; 35/95; 36/95; 40/95; 41/96.

PARCEIROS SEXUAIS

Parecer: 16/92.

PERSONALIDADE PSICOPÁTICA (ver DISTÚRBO DA PERSONALIDADE)

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Parecer: 17/92.

PLANOS DE SAÚDE (ver MEDICINA DE GRUPO)

Pareceres: 09/91; 27/95; 28/95; 34/95; 39/95; 44/96.

PLANTÃO MÉDICO

Pareceres: 07/90; 36/95; 40/95.

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (ver MEDICAMENTOS)

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PARTICULAR

Parecer: 15/91.

PRISIONEIROS

Pareceres: 20/94; 43/96.

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

Pareceres: 31/95; 43/96.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pareceres: 14/91; 29/95; 32/95; 33/95; 35/95; 37/95; 38/95; 47/96.

PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Pareceres: 09/91; 14/91; 42/96.

Q

QUEIMADURAS

Parecer: 23/94.

R

RADIOLOGIA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pareceres: 37/95; 38/95.

RECEITUÁRIO AZUL

Parecer: 22/94.

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

Parecer: 27/95.

RECONSULTA (ver CONSULTA DE RETORNO)

RECUSA DO PACIENTE AO TRATAMENTO

Pareceres: 12/91; 25/94.

RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS - INTERINSTITUCIONAIS

Pareceres: 06/90; 09/91; 18/92; 24/94; 31/95; 34/95; 35/95.

RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTE

Pareceres: 10/91; 16/92; 24/94; 34/95; 35/95

RELAÇÕES TRABALHISTAS

Parecer: 35/95.

RELATÓRIO - MÉDICO

Parecer: 02/89.

REMOÇÃO DE PACIENTES (TRANSFERÊNCIA/ TRANSPORTE DE PACIENTES)

Pareceres: 03/89; 06/90; 35/95; 36/95.

RESIDÊNCIA MÉDICA (ver MÉDICO RESIDENTE)

Parecer: 07/90.

RESPONSABILIDADE MÉDICA

Pareceres: 03/89; 08/91; 09/91; 12/91; 14/91; 16/92; 18/92; 20/94; 22/94; 23/94; 24/94; 25/94; 31/95; 32/95; 35/95; 36/95; 37/95; 38/95; 40/95; 41/96; 46/96; 47/96.

S

SANGUE - COMERCIALIZAÇÃO

Parecer: 47/96.

SEGURO DE VIDA

Parecer: 13/91.

SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA

Pareceres: 32/95; 33/95; 36/95.

SIGILO MÉDICO

Pareceres: 02/89; 09/91; 14/91; 16/92; 18/92; 41/96; 42/96.

SIGILO PROFISSIONAL

Pareceres: 09/91; 14/91; 43/96; 44/96.

T

TABELA DA AMB

Pareceres: 01/89; 15/91.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Parecer: 03/89.

TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

Parecer: 12/91.

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES (ver REMOÇÃO DE PACIENTES)

TRANSFUSÃO DE SANGUE

Pareceres: 12/91; 25/94; 47/96.

TRANSPORTE DE PACIENTES (ver REMOÇÃO DE PACIENTES)

TRIAGEM MÉDICA

Parecer: 33/95.

U

URGÊNCIAS (ver EMERGÊNCIAS)

V

VISITAS A PACIENTES

Parecer: 10/91.