

CREMERJ

**RESOLUÇÕES NORMATIVAS
E
PARECERES**

**Rio de Janeiro
2004**

CREMERJ

Praia de Botafogo, n. 228, anexo 119 B/C

Botafogo - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22.359-900

Telefone: (21) 2559-0018

Fax: (21) 2551-8020

E-mail: cremerj@cremerj.com.br

Homepage: www.cremerj.com.br

Normatização e Revisão da equipe CPEDOC-CREMERJ:

Eneida Ferreira da Silva

Eurico Medeiros Cavalcanti

Leonardo Dias de Oliveira

Ricardo José Arcuri

Simone Tosta Faillace

Waltencir Dantas de Melo

Capa: Primeira Anestesia (1882), de Robert Hinckley.

Ilustra a primeira demonstração pública, com êxito,
de uma anestesia cirúrgica, ocorrida em 16 de outubro de 1846,
no Hospital Geral de Massachusetts.

Arte final, impressão e acabamento: Navegantes Editora Gráfica Ltda.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO CPEDOC-CREMERJ

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Resoluções normativas e pareceres do CREMERJ. - Rio de Janeiro :

Navegantes Editora Gráfica Ltda., 2004.

3. v. : 228 p.

Normatização e revisão do CPEDOC-CREMERJ.

1. Resoluções normativas - CREMERJ. 2. Pareceres - CREMERJ.

I. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. II.
Centro de Pesquisa e Documentação em Ética Médica e Saúde Pública.

III. Título.

CREMERJ

**RESOLUÇÕES NORMATIVAS
E
PARECERES**

**Rio de Janeiro
2004**



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**GESTÃO 2003/2008
GESTÃO - OUT. 2003 a MAIO 2005**

Márcia Rosa de Araujo - Presidente
Alkamir Issa - Vice-Presidente
Sergio Albieri - Diretor Secretário-Geral
Paulo Cesar Geraldes - Diretor Primeiro Secretário
Sidnei Ferreira - Diretor Segundo Secretário
Luís Fernando Soares Moraes - Diretor Tesoureiro
Marília de Abreu Silva - Diretora Primeira Tesoureira
Marcos Botelho da Fonseca Lima - Corregedor
Abdu Kexfe - Diretor das Seccionais Municipais e Subsedes

**CORPO DE CONSELHEIROS
MEMBROS EFETIVOS**

Abdu Kexfe, Alexandre Pinto Cardoso, Alkamir Issa, Aloísio Tibiniçá Miranda, Bartholomeu Penteadado Coelho, Cantídio Drumond Neto, Celso Corrêa de Barros, Francisco Manes Albanesi Filho, Jacob Samuel Kierszenbaum, José Maria de Azevedo, José Ramon Varela Blanco, Makhoul Moussallem, Márcia Rosa de Araujo, Márcio Leal de Meirelles, Marcos André de Sarvat, Mário Jorge Rosa de Noronha, Mauro Brandão Carneiro, Renato Brito de Alencastro Graça, Sergio Albieri, Sidnei Ferreira.

MEMBROS SUPLENTE

Aloísio Carlos Tortelly Costa, Antônio Carlos Velloso da Silveira Tuche, Armido Cláudio Mastrogiovanni, Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, Eduardo Augusto Bordallo, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Hildoberto Carneiro de Oliveira, Jorge Wanderley Gabrich, José Luiz Furtado Curzio, José Marcos Barroso Pillar, Kássie Regina Neves Carginin, Luís Fernando Soares Moraes, Marcos Botelho da Fonseca Lima, Marília de Abreu Silva, Matilde Antunes da Costa e Silva, Pablo Vazquez Queimadelos, Paulo Cesar Geraldes, Ricardo José de Oliveira e Silva, Sérgio Pinho Costa Fernandes, Vivaldo de Lima Sobrinho.

CONSELHEIROS INDICADOS PELA SOMERJ

MEMBRO EFETIVO
Carlindo de Souza Machado
e Silva Filho

MEMBRO SUPLENTE
Fernando da Silva Moreira

APRESENTAÇÃO

Estamos entregando aos médicos do Estado do Rio de Janeiro e à população, o 3º volume do livro de **Resoluções Normativas e Pareceres** do CREMERJ.

A nossa legislação ética tem como base a Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, que cria os Conselhos de Medicina, e o Decreto n. 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, 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 as **Resoluções Normativas** (excluímos as de conteúdo administrativo) e os **Pareceres** emitidos pelo CREMERJ entre os anos de 2001 até meados de 2004. 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.

SUMÁRIO GERAL

Sumário cronológico-analítico: Resoluções Normativas	p.11
Índice remissivo - Resoluções Normativas	p.87
Resoluções revogadas	p.89
Sumário cronológico-analítico: Pareceres	p.93
Índice remissivo - Pareceres	p.221

RESOLUÇÕES NORMATIVAS DO CREMERJ

SUMÁRIO CRONOLÓGICO-ANALÍTICO DAS RESOLUÇÕES NORMATIVAS

Resolução n. 165/01 - Normatiza a Resolução n. 158/00, determina o prazo para regularização das atividades dos estabelecimentos de saúde que oferecem estágios aos estudantes de Medicina. p. 13

Resolução n. 174/01 - Define Ato Médico em Otorrinolaringologia e em áreas conexas; orienta a prática médica quanto às atribuições, competências e particularidades técnicas da especialidade e esclarece quais as implicações para o paciente e para as relações com profissionais não- médicos. p. 17

Resolução n. 177/01 - Regulamenta o procedimento administrativo que visa determinar, por doença incapacitante, o impedimento do exercício profissional da Medicina. p. 22

Resolução n. 180/01 - Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o Funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência no Estado do Rio de Janeiro". p. 25

Resolução n. 181/02 - Estabelece as normas mínimas para a utilização de extratos alergênicos para fins diagnóstico e terapêutico nas doenças alérgicas. p. 39

Resolução n. 182/02 - Dispõe sobre auditoria médica e contestação de procedimentos médicos (Glosa). p. 46

Resolução n. 184/02 - Cria o registro de Departamento Médico e/ou de Saúde em Clube, no âmbito do CREMERJ. p. 50

Resolução n. 185/02 - Dispõe acerca da necessidade da requisição de exames ser efetuada por profissional médico. **p. 59**

Resolução n. 186/03 - Dispõe sobre o registro e acerca das chefias de Setores das Unidades Assistenciais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. **p. 61**

Resolução n. 187/03 - Disciplina a prestação de serviços médicos à população em eventos especiais. **p. 63**

Resolução n. 192/03 - Dispõe sobre as normas éticas e técnicas para a assistência em estabelecimento asilar, tais como casa de repouso, clínica geriátrica, abrigo e outras instituições, destinadas ao atendimento de idosos. **p. 65**

Resolução n. 193/03 - Dispõe sobre plantão em disponibilidade de trabalho - médico alcançável. **p. 75**

Resolução n. 194/03 - Define Ato Médico em Medicina Física e de Reabilitação e em áreas conexas; orienta a prática médica quanto às atribuições, competência e particularidades técnicas da especialidade e esclarece quais as implicações para o paciente e para as relações com profissionais não-médicos. **p. 77**

Resolução n. 196/04 - Dispõe sobre a reestruturação organizacional do CREMERJ. **p. 81**

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 165/01

Normatiza a Resolução CREMERJ n. 158/00, determina o prazo para regularização das atividades dos estabelecimentos de saúde que oferecem estágios aos estudantes de Medicina.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a Resolução CREMERJ n. 158/00;

CONSIDERANDO o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, determinado para regularização das atividades dos estabelecimentos de saúde que oferecem estágio aos estudantes de medicina.

RESOLVE:

Art.1º Aprovar o impresso de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde para Estágio de Estudantes de Medicina (CESTEM), anexo 1 desta Resolução.

Art.2º Aprovar o impresso Relação de Estudantes de Medicina em Regime de Estágio (RESTEM), anexo 2 desta Resolução.

Art.3º As alterações relativas a término e início de estágios de estudantes deverão ser sempre comunicadas ao CREMERJ através de atualização da RESTEM.

Art.4º Aprovar o impresso Declaração de Aceitação do Médico Acompanhador de Estágio de Estudantes de Medicina (DESTEM), anexo 3 desta Resolução.

Art.5º O médico que interromper sua atividade de acompanhador em um estabelecimento de saúde, deverá solicitar o cancelamento de seu cadastramento como acompanhador ao CREMERJ.

Parágrafo único - A cessação de responsabilidade do médico acompanhador só ocorre após a efetivação do cancelamento.

Art.6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 2001.

Cons. ABDU KEXFE

Presidente

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA

Secretário Geral

ANEXO 1

CADASTRAMENTO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PARA ESTÁGIO DE ESTUDANTES DE MEDICINA (CESTEM) N. _____

NOME: _____

CRM Nº _____

ENDEREÇO: _____

Solicitamos cadastramento, de acordo com a Resolução CREMERJ n. 158/00, para recebimento de alunos de Medicina para estágio, a partir de ___/___/____.

Informo que:

1. As especialidades médicas do campo de estágio a serem oferecidas são:

2. As atividades a serem exercidas pelos alunos são:

3. Médicos acompanhadores: _____

CRM Nº _____

As informações prestadas neste documento são de inteira responsabilidade do declarante.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 200 ____.

Atenciosamente,

DIRETOR TÉCNICO

USO INTERNO DO CREMERJ

Carimbo

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

ANEXO 2

**RELAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA EM
REGIME DE ESTÁGIO (RESTEM)**

NOME DO ESTABELECIMENTO
CESTEM N. _____

NOME DO ALUNO	UNIVERSIDADE FACULDADE	PERÍODO

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 200 ____.

Atenciosamente,

DIRETOR TÉCNICO

USO INTERNO DO CREMERJ

Carimbo

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

ANEXO 3

**Declaração de aceitação de Médico Acompanhador de Estágio de Estudante de Medicina
(DESTEM)**

Eu, _____ CRM N° _____

declaro aceitar a função de Médico acompanhador de estágio de estudante de Medicina, no estabelecimento de saúde _____
CESTEM n. _____, estando ciente dos termos da Resolução CREMERJ N. 158/00.

Em ___/___/___

Assinatura e carimbo

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 174/01

Define Ato Médico em Otorrinolaringologia e em áreas conexas; orienta a prática médica quanto às atribuições, competências e particularidades técnicas da especialidade e esclarece quais as implicações para o paciente e para as relações com profissionais não-médicos.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda atenção do médico é o paciente, visando sempre seu conforto e segurança, e que ele deve sempre zelar para que tal condição seja também garantida, quando, após consulta médica, formalizar a indicação de aplicação de métodos e técnicas de terapia, através de eventual intervenção de profissionais não-médicos, em sua função auxiliar ou complementar;

CONSIDERANDO que por maior que seja a qualificação e treinamento de profissionais não-médicos, não podem estes assumir responsabilidades além das previstas em lei e definidas por jurisprudência correlata como sendo de competência de sua profissão;

CONSIDERANDO que somente o médico tem a atribuição e a competência para assumir a responsabilidade pela realização de anamnese, solicitação de exames, avaliação de seus resultados, suspeição e estabelecimento de diagnóstico etiológico, nosológico e/ou funcional, bem como a orientação terapêutica a ser dada a um paciente e a emissão de laudos e atestados, conforme explicitam os Pareceres CFM n. 30/96 e n. 46/99 e a Resolução CREMERJ n. 121/98, a qual afirma que "cabe, exclusivamente, ao médico a realização de consulta médica, a investigação diagnóstica e a terapêutica";

CONSIDERANDO que qualquer retardo no atendimento pelo médico, seja ou não especialista, pode representar agravamento da moléstia e até mesmo risco de vida para o paciente;

CONSIDERANDO que, nas áreas de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Neurologia, Pediatria, Psiquiatria, Gastroenterologia, Endocrinologia, entre outras, sintomas, mesmo pouco expressivos, e disfunções localizadas como eventuais transtornos de voz, fala, linguagem, escrita, deglutição, respiração, audição e equilíbrio podem ser a primeira e única manifestação de transtornos e doenças mais graves, sistêmicas ou neoplásicas;

CONSIDERANDO que qualquer intervenção ou terapia sobre o paciente por outro profissional da área de saúde, exceto por odontólogos e farmacêuticos em situações específicas, depende sempre da consulta, anamnese, exame, diagnóstico e indicação médica prévia;

CONSIDERANDO que atos indevidamente praticados, seja por leigos ou por profissionais da área de saúde, podem retardar o estabelecimento e a comprovação diagnóstica, bem como a indicação e a iniciação da terapêutica adequada, e também podem os mesmos ser considerados infratores do Art. 282 do Código Penal, que trata do exercício ilegal da Medicina - "Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhes os limites", com pena de detenção de seis meses a dois anos; e se "o crime é praticado com fim de lucro, aplica-se também multa";

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros do CREMERJ realizada em 27 de junho de 2001.

RESOLVE:

Art. 1º É Ato Médico, e, portanto, ao médico, e somente a ele, cabe:

I) a realização de anamnese que contemple história patológica pregressa, sinais, sintomas, relato e descrição de enfermidades e doenças de interesse predominantemente para a atuação médica;

II) a indicação, solicitação e realização de exames complementares, entre os quais laboratoriais, radiológicos e endoscópicos, em especial os mais invasivos e que exigem anestesia tópica, uso de contrastes ou incluem instrumentos e procedimentos, como os de avaliação de fossas nasais, faringe, laringe e deglutição;

III) a indicação, solicitação e realização de audiometria tonal e vocal, impedanciometria, timpanometria, otoemissões acústicas, pesquisa dos potenciais evocados, vectoeletronistagmografias, provas calóricas e rotatórias;

IV) a indicação, solicitação e realização de exame otoneurológico e de pesquisa de nervos pares cranianos, otoscopia, eletrococleografia, rinoscopia, sinusoscopia, nasofaringolaringoscopias e suas variantes, eventual biópsia de estruturas suspeitas, qualquer que seja o problema, anormalidade, disfunção ou doença detectada, devendo o médico firmar e assinar o eventual relatório ou laudo referente, com nome legível ou carimbo que inclua o número de seu registro no CREMERJ;

V) o estabelecimento de hipóteses diagnósticas ou do diagnóstico final, seja denominado etiológico, nosológico, clínico, cirúrgico, anátomo-patológico, orgânico e/ou funcional;

VI) a realização de perícia e a emissão de laudos, relatórios e atestados sobre atos médicos, como os descritos na presente Resolução;

VII) a definição da conduta de tratamento clínico, prescrição de afastamento, repouso, cuidados, restrições e/ou uso de medicamentos, a indicação e realização de reabilitação ou procedimentos terapêuticos invasivos entre os quais infiltrações e inclusões de drogas e materiais absorvíveis ou permanentes, próteses auditivas, fonatórias ou cirurgias;

VIII) a indicação de reabilitação ou do uso, em si, de implantes, órteses e próteses auditivas, e a adaptação de órteses e próteses em geral, inclusive as auditivas, fonatórias e respiratórias;

IX) a determinação de seqüência terapêutica, início, duração e o término desta e das eventuais terapias indicadas, e a subsequente avaliação de seus resultados;

X) a conceituação de aptidão ou inaptidão para o trabalho ou ocupação e o estabelecimento do nexos causal, restritos ao médico do trabalho.

§1º Os procedimentos elencados no inciso III poderão ter sua realização delegada por médicos a fonoaudiólogos, sob supervisão e permanente responsabilidade médica, devendo o médico firmar e assinar o relatório ou laudo referente, com nome legível ou carimbo que inclua o número de seu registro no CREMERJ.

§2º A seleção, escolha ou indicação de tipo/marca/modelo de órteses auditivas, e o treinamento ou adaptação ao uso de órteses e próteses auditivas e fonatórias podem ser delegadas por médicos a fonoaudiólogos, sob supervisão e permanente responsabilidade médica.

Art. 2º Desde que indicada pelo médico-assistente, nada há que impeça que em certas etapas da avaliação e do tratamento de determinadas doenças, alterações, seqüelas e disfunções, sejam solicitada a colaboração ou cooperação de profissionais de saúde auxiliares ou complementares, que se restringirão às suas atribuições, visando aplicação de determinados métodos e técnicas, que não prevêm a execução de atos médicos de competência exclusiva do profissional médico e pelo qual este responde.

Art. 3º Equipes de diagnóstico, núcleos, pólos, serviços, programas e campanhas que atuem diretamente em prevenção e atendimento de itens previstos no Art. 1º, relacionadas à voz, fala, linguagem, escrita, deglutição, respiração, audição e equilíbrio devem ser coordenadas, dirigidas ou chefiadas por médico, que deverá garantir o cumprimento do disposto na presente Resolução.

Art.4º O médico deve respeitar a autonomia de terapeutas auxiliares e complementares, considerando sua avaliação e conseqüente parecer na realização de determinados exames, e na definição ou estimativa de tempo, métodos e técnicas de terapia, ao elaborar o diagnóstico e ao atestar alta, aptidão, inaptidão e a existência ou persistência de limitações, seqüelas ou disfunções.

Art.5º O médico, estando em cargo de responsável-técnico de Instituição, ou em função de chefia, ensino ou treinamento de leigos ou profissionais não-médicos, deverá manter respeito aos limites e exclusões estabelecidos na presente Resolução, de modo a não favorecer ou estimular o exercício ilegal da Medicina.

Art.6º Diante de situação em que se configure infração ao disposto na presente Resolução é dever do médico rejeitar exames, laudos, pareceres, pedidos e atos que conflitem com o disposto no Art. 1º; denunciar de imediato o fato aos órgãos competentes e notificar este Conselho para o devido acompanhamento e/ou providências ético-profissionais e legais que se fizerem necessárias, e o médico, seja por acumpliciamento ou por omissão, poderá responder frente ao Conselho Regional de Medicina.

Art.7º Esta Resolução complementa a Resolução CREMERJ n. 121/98 e entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de junho de 2001.

Cons. MÁRIO JORGE ROSA DE NORONHA
Presidente

Cons. JOSÉ ANTONIO ALEXANDRE ROMANO
1º Secretário

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 177/01

Regulamenta o procedimento administrativo que visa determinar, por doença incapacitante, o impedimento do exercício profissional da Medicina.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 2º, da Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de reger o procedimento administrativo previsto no Art. 141 do Código de Ética Médica, para os casos de indícios de doença incapacitante para o exercício profissional da Medicina;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n. 1.291/89;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 11 de julho de 2001.

RESOLVE:

Art.1º O CREMERJ, ao receber denúncia formal ou tendo conhecimento "ex-officio" de que algum médico de sua jurisdição apresenta indícios de doença incapacitante para o exercício da Medicina, instalará o competente procedimento administrativo para a apuração do fato.

Art.2º O procedimento administrativo será conduzido por um Conselheiro Relator designado pela CODIPEP.

Art.3º Após a análise da documentação, e a oitiva do médico, o Conselheiro Relator poderá solicitar toda a documentação pertinente ao caso e a realização de perícia médica.

Parágrafo único. A designação do perito médico será feita por Portaria da Presidência do CREMERJ, consoante indicação do Conselheiro Corregedor.

Art.4º A CODIPEP informará ao médico, ou ao seu representante legal, a instalação do processo administrativo.

Parágrafo único. Caberá ao médico, ou ao seu representante legal, a indicação de perito assistente, se assim entenderem necessário.

Art.5º A perícia será realizada em hora e local determinados pelo Corregedor, dando-se ciência aos interessados.

Art.6º O laudo pericial será analisado pelo Conselheiro Relator que apresentará o Relatório em Sessão Plenária do Conselho.

Art.7º O Plenário apreciará o Relatório do Conselheiro Relator, decidirá sobre a incapacitação do médico para o exercício profissional e fixará o prazo do afastamento ou considerará o médico apto para o exercício profissional.

Art.8º Caso o médico se recuse a submeter-se à perícia médica, o Conselheiro Relator preparará seu Relatório Conclusivo mediante os documentos e as provas materiais e testemunhais.

Art.9º Ao final do prazo, fixado pelo Plenário, de afastamento do médico do exercício profissional haverá nova perícia para avaliação, observadas as Normas desta Resolução e da Resolução CFM n. 1.291/89, objetivando a suspensão ou a renovação do impedimento.

Parágrafo único. Poderá ser revisto o prazo de incapacitação fixado, através de novo procedimento administrativo deliberado pela Plenária do CREMERJ.

Art.10 Da decisão do CREMERJ, cabe recurso do médico ao Conselho Federal de Medicina, sem efeito suspensivo.

Art.11 O Conselheiro Relator, quando existir ordem judicial para interdição, ou, após a oitiva, se convencer da incapacidade do médico, poderá determinar, **ad referendum** da Plenária, a suspensão provisória do exercício profissional até decisão final.

Parágrafo único. O **referendum** será formalizado na Reunião Plenária seguinte à determinação do Conselheiro Relator.

Art.12 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 11 de julho de 2001.

Cons. MÁRIO JORGE ROSA DE NORONHA
Presidente

Cons. JOSÉ ANTONIO ALEXANDRE ROMANO
1º Secretário

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 180/01

Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o Funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência no Estado do Rio de Janeiro".

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre, em qualquer circunstância, em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve emvidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução CFM n. 1.363, de 12 de março de 1993;

CONSIDERANDO a tendência da realização de procedimentos clínico-cirúrgicos fora do ambiente hospitalar, buscando a racionalização de custos, a humanização da assistência médica e a demanda crescente por este tipo de estabelecimento;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a prática da cirurgia ambulatorial, dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos fora de unidade hospitalar, observando-se o disposto na Resolução CFM n. 1.409, de 08 de junho de 1994;

CONSIDERANDO que todo Centro Cirúrgico deve possuir uma sala de recuperação pós-anestésica, com qualidade de leitos, instrumental, equipamentos e material de acordo com o número de salas e complexidade dos procedimentos nele realizados, em cumprimento ao disposto na Portaria n. 1.884/94, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução n. 169, de 19 de junho de 1996, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que estabelece Norma Técnica disciplinando o funcionamento dos estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais no âmbito daquela Unidade da Federação;

CONSIDERANDO o Código de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 7 de novembro de 2001.

RESOLVE:

Art.1º Aprovar as "Normas Mínimas para Funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência no Estado do Rio de Janeiro", anexas a esta Resolução.

Art.2º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar internação de curta permanência, deverão estruturar-se de acordo com as presentes Normas.

Art.3º As unidades de saúde referidas no anexo são hospitais, clínicas, casas de saúde, institutos, consultórios, ambulatórios isolados, centros e postos de saúde e outras que executem os procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais.

Art.4º Os médicos anesthesiologistas devem observar as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia nesses atos, estabelecidas pela Resolução CFM n. 1.363/93.

Art.5º As áreas físicas e instalações das Unidades classificadas por esta Resolução deverão obedecer as normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro.

Art.6º Os diretores técnicos das unidades de saúde são responsáveis pelo cumprimento das normas aqui estabelecidas, bem como pela provisão dos recursos físicos, humanos e materiais exigidos para a sua fiel execução.

Art.7º As Câmaras Técnicas do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro relacionarão, no prazo de 90 (noventa) dias, quais as cirurgias/procedimentos de suas especialidades que se enquadram no disposto desta Resolução.

Art.8º As Unidades de que trata a presente Resolução, atualmente existentes, deverão adequar-se às referidas Normas num prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art.9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 07 de novembro de 2001.

Cons. MÁRIO JORGE ROSA DE NORONHA
Presidente

Cons. JOSÉ ANTONIO ALEXANDRE ROMANO
1º Secretário

NORMAS MÍNIMAS PARA FUNCIONAMENTO DOS COMPLEXOS CIRÚRGICOS PARA PROCEDIMENTOS COM INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

1 - DEFINIÇÕES

Cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os

partos) que, pelo seu porte e por não terem necessidade de cuidados especiais no pós-operatório, dispensam o pernoite do paciente. O pernoite do paciente poderá ocorrer em casos eventuais, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas.

Anestésias para cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos anestésicos que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais. Os tipos de anestesia que permitem rápida recuperação do paciente são: anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida.

2 - CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

2.1 Os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão ser classificados em:

- a) Unidade tipo I;
- b) Unidade tipo II;
- c) Unidade tipo III;
- d) Unidade tipo IV.

2.1.1 Unidade tipo I.

É o consultório médico, independente do hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno porte, sob anestesia local, sem necessidade de internação.

2.1.2 Unidade tipo II.

a) É o estabelecimento de saúde, independente do hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte, com condições para internações de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.

b) Deverá contar com salas de recuperação ou de observação de

pacientes.

c) Realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional (com exceção dos bloqueios subaracnóideo e peridural), com ou sem sedação.

d) O pernoite, quando necessário, será feito em hospital de retaguarda.

e) É obrigatório garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.3 Unidade tipo III.

a) É o estabelecimento de saúde, independente do hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.

b) Deverá contar com equipamentos de apoio e de infra-estrutura adequados para o atendimento do paciente.

c) Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida.

d) Corresponde a uma previsão de internação por, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas, podendo ocorrer alta antes deste período, a critério médico.

e) A internação prolongada do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de retaguarda.

f) Estas unidades, obrigatoriamente, terão que garantir a referência para um hospital de retaguarda.

2.1.4 Unidade tipo IV.

a) É a unidade anexada a um hospital geral ou especializado, que realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, em

salas cirúrgicas da unidade ambulatorial, ou do centro cirúrgico do hospital, e que pode utilizar a estrutura de apoio do hospital (Serviço de Nutrição e Dietética, Centro de Esterilização de Material e Lavanderia) e equipamentos de infra-estrutura (Central de Gases, Central de Vácuo, Central de Ar Comprimido, Central de Ar-Condicionado, Sistema de Coleta de Lixo etc.).

b) Realiza cirurgias de pequeno, médio e grande porte, com anestesia loco-regional com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida.

c) Não está prevista a internação do paciente nesta Unidade por mais de 24 (vinte e quatro) horas. Nesse caso, a internação ocorrerá no hospital e somente na presença de complicações.

3 - CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PACIENTES

3.1 Os critérios estabelecidos para a seleção destes pacientes são os seguintes:

a) Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da **American Society of Anesthesiologists** (1962), ou seja:

- **ASA I** - pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos.

- **ASA II** - o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade);

b) A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência.

c) Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório.

d) Nas Unidades tipo II, III e IV o paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável.

e) Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

3.2 A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência é **contra-indicada** quando:

a) Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente.

b) Os procedimentos a serem realizados são extensos.

c) Há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante.

d) Há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório.

e) Os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

3.3 A cirurgia/procedimento deverá ser suspensa se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo da intervenção cirúrgica e no retorno ao lar.

3.4 A cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas, por exemplo: falta de luz, de material e roupa esterilizada; ausência de pessoal de enfermagem no centro cirúrgico ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do paciente.

4 - RESPONSABILIDADES MÉDICAS

4.1 A indicação da cirurgia/procedimento com internação de curta permanência no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

4.2 Toda a investigação pré-operatória/pré-procedimento do paciente (realização de exames laboratoriais, radiológicos, consultas a outros especialistas etc.) para diagnóstico da condição pré-operatória/pré-procedimento do paciente é de responsabilidade do médico e/ou da equipe médica executante.

4.3 A avaliação pré-operatória/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento ambulatorial exige no mínimo:

- **ASA I:** história clínica, exame físico e exames complementares;
- **ASA II:** história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira.

4.4 O médico deverá orientar o paciente e seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatório/procedimento necessários e complicações possíveis.

4.5 Após a realização da cirurgia/procedimento, o médico anestesologista é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestésica. A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável. As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pela Resolução CFM n. 1409/94, a saber:

- a) orientação no tempo e espaço;
- b) estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos;
- c) ausência de náusea e vômitos;
- d) ausência de dificuldade respiratória;
- e) capacidade de ingerir líquidos;
- f) capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;

- g) sangramento ausente ou mínimo;
- h) ausência de dor importante;
- i) sem retenção urinária.

4.6 A responsabilidade pelo acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico e/ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

5 - MATERIAIS NECESSÁRIOS

5.1 A **Unidade tipo I** deverá contar com os seguintes materiais:

- a) instrumental cirúrgico;
- b) dispositivo para iluminação adequada do campo cirúrgico;
- c) mesa/maca/cadeira adequada para a realização da cirurgia;
- d) equipamentos e materiais específicos da especialidade praticada;
- e) tensiômetro ou esfigmomanômetro;
- f) equipamento para ausculta cardíaca;
- g) material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- h) material para a coleta de resíduos, conforme norma da ABNT.

5.2 A **Unidade tipo II** deverá contar com os seguintes materiais:

- a) instrumental cirúrgico;
- b) aspirador de secreções;
- c) conjunto de emergência, equipado com medicação de emergência e material de reanimação cardiorespiratória;
- d) fonte de oxigênio;
- e) dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico;
- f) mesa/maca adequada para a realização da cirurgia;
- g) equipamentos específicos da especialidade praticada (como microscópio cirúrgico etc.);
- h) estufa/autoclave para a esterilização de material se necessário;
- i) dispositivo com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial;
- j) tensiômetro ou esfigmomanômetro;

- k) equipamento para ausculta cardíaca;
- l) armário provido de porta, ou outro dispositivo com proteção, para a guarda de material esterilizado e descartável;
- m) mobiliário padrão hospitalar para o uso de pacientes (somente será permitido este tipo de mobiliário);
- n) material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- o) material para coleta de resíduos, conforme norma da ABNT;
- p) oxímetro de pulso;
- q) outros equipamentos auxiliares para a atividade da especialidade.

5.3 O Complexo Cirúrgico deverá ser organizado com as dependências descritas a seguir, observando-se as exigências mínimas de materiais e equipamentos para cada uma.

5.3.1 As salas cirúrgicas deverão conter os seguintes equipamentos:

- a) mesas/macas cirúrgicas;
- b) mesa para instrumental;
- c) aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;
- d) conjunto de emergência, com desfibrilador;
- e) aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
- f) dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
- g) banqueta ajustável, inox;
- h) balde a chute;
- i) tensiômetro ou similar;
- j) equipamento para ausculta cardíaca;
- k) fontes de gases e vácuo;
- l) monitor cardíaco;
- m) oxímetro de pulso;
- n) laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- o) instrumental cirúrgico;
- p) material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;

q) medicamentos (anestésicos, analgésicos e medicações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiopulmonar.);

r) equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

5.3.2 A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada com:

a) cama/maca de recuperação com grade;

b) tensiômetro ou similar;

c) laringoscópio adulto ou infantil;

d) capnógrafo;

e) ventilador pulmonar adulto e infantil;

f) aspirador contínuo elétrico;

g) estetoscópio;

h) fonte de oxigênio e vácuo;

i) monitor cardíaco;

j) oxímetro de pulso;

k) eletrocardiógrafo;

l) maca hospitalar com grade;

m) material de consumo;

n) medicamentos.

5.4 As Unidades tipo III e IV deverão possuir, no mínimo, todos os materiais e equipamentos relacionados para as Unidades tipo I e II e para o Complexo Cirúrgico.

Observação: Nas Unidades II, III e IV um conjunto de emergência deverá estar localizado na área de quartos e enfermarias, e estar provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados no Complexo Cirúrgico.

6 - RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

6.1 As Unidades que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão contar com profissionais

médicos e de enfermagem suficientes e qualificados para as atividades propostas.

6.2 As Unidades do tipo II, III e IV estarão obrigadas a garantir, durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para atendimento de urgências e emergências.

6.3 Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de Fiscalização, conforme determina a legislação em vigor.

7 - ORGANIZAÇÃO

7.1 Todas as unidades classificadas nestas Normas deverão possuir:

- a) registro diário do mapa de todas as cirurgias/procedimentos;
- b) registro da ocorrência das complicações pós-operatórias, ocorridas até a alta da unidade;
- c) registro de dados da ocorrência de infecção pós-cirúrgica comunicada à unidade, mantendo estatística mensal de ocorrência de infecção, topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;
- d) registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos).

7.2 Deverá haver uma programação diária de cirurgias para todas as salas, levando-se em conta o potencial de contaminação da cirurgia.

7.3 Os procedimentos para controle de infecção pós-operatória, incluindo procedimentos de limpeza, esterilização e desinfecção, deverão obedecer as determinações do Ministério da Saúde.

7.4 Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer ao estabelecido na legislação pertinente.

7.5 Deverão ser estabelecidas rotinas para os serviços de limpeza, de enfermagem e de lavanderia.

7.6 Os estabelecimentos deverão ser mantidos em perfeitas condições de ordem e limpeza.

8 - FUNCIONAMENTO

8.1 Os serviços que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, mencionados no item **2.1**, deverão ter seus projetos de construção, reconstrução, adaptação ou reforma aprovados pela autoridade sanitária competente.

8.2 Os estabelecimentos previstos no item **2.1** deverão ser planejados levando-se em conta possíveis limitações físicas dos pacientes, que possam dificultar a locomoção e aumentar a vulnerabilidade a acidentes.

8.3 É proibida a localização destes estabelecimentos em zonas próximas a depósitos de lixo, indústrias ruidosas e/ou poluentes, grandes armazéns, oficinas e depósitos de materiais inflamáveis, cursos de água e atmosfera poluída.

8.4 Os serviços que realizam cirurgia ambulatorial, mencionados no item **2.1**, só poderão funcionar depois de devidamente licenciados pela autoridade sanitária competente, com suas especificações definidas.

8.5 Os estabelecimentos mencionados no item **2.1** deverão contar com um responsável técnico, legalmente habilitado e inscrito no CREMERJ.

8.6 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão contar com retaguarda hospitalar incluindo laboratório, radiologia, banco de sangue e outros recursos que venham a ser necessários para tratamento de complicações que porventura ocorram durante a realização de cirurgia/procedimento. O hospital deverá estar localizado em distância compatível com o atendimento emergencial ao doente que estará sendo

removido.

8.7 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão garantir condições para efetuar a remoção de pacientes que necessitem de internação, sem agravar suas condições clínicas.

8.8 Os estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias para atenderem a estas exigências.

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 181/02

Estabelece as normas mínimas para a utilização de extratos alergênicos para fins diagnóstico e terapêutico nas doenças alérgicas.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a utilização de extratos alergênicos é considerada segura e eficaz para o diagnóstico e tratamento das doenças alérgicas e é recomendada pela Organização Mundial de Saúde, por Consensos e Instituições Científicas Nacionais e Internacionais;

CONSIDERANDO que extratos alergênicos são utilizados para fins diagnósticos (testes alergológicos, perfil imunológico) em diluições variáveis, com o objetivo de se determinar a causa e a intensidade das reações de hipersensibilidade de cada paciente alérgico;

CONSIDERANDO que extratos alergênicos, quando utilizados para fins terapêuticos (imunoterapia alérgeno-específica), são personalizados e individualizados a partir dos testes alergológicos previamente realizados;

CONSIDERANDO que a personalização da imunoterapia específica visa a utilização do menor número possível de alérgenos em diluições variáveis, compatíveis com a tolerância individual, o que determina aumento na eficácia do tratamento e redução dos riscos de reações locais e/ou sistêmicas;

CONSIDERANDO a INEXISTÊNCIA DE NORMAS REGULADORAS sobre a utilização de Extratos Alergênicos para fins diagnóstico ou terapêutico;

CONSIDERANDO que a inexistência de normas pode gerar interpretações errôneas, especialmente quando forem aplicados os mesmos

critérios ora vigentes para vacinas anti-infecciosas à imunoterapia alérgeno-específica;

CONSIDERANDO que a imunoterapia alérgeno-específica diverge da imunização anti-infecciosa tanto nos objetivos do tratamento como no material e métodos;

CONSIDERANDO que o ato médico é definido como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades;

CONSIDERANDO que as atividades de prevenção secundária, bem como as de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos de diagnóstico e de indicação terapêutica, são atos médicos privativos, conforme Resolução CFM n. 1.627/2001;

CONSIDERANDO que diluições, indicações, prescrições e aplicações de extratos alergênicos para diagnóstico ou tratamento das doenças alérgicas, constituem procedimentos inerentes à prática médica;

CONSIDERANDO que a adequação dos extratos alergênicos para uso diagnóstico ou terapêutico exige, em cada caso, diluições específicas e apropriadas, imprescindíveis à segurança e à eficácia do procedimento;

CONSIDERANDO que diluições de extratos alergênicos não caracterizam manipulação de produtos farmacêuticos e, portanto, não se enquadram nas normas da Resolução ANVISA/RDC/MS n. 33, de 19 de abril de 2000, e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 03 de abril de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º A diluição e a utilização dos extratos alergênicos para fins diagnóstico e terapêutico são procedimentos inerentes à prática médica.

Art.2º Os testes alergológicos e a imunoterapia alérgeno-específica devem ser realizados por médico ou por profissional técnico devidamente treinado e, nesse caso, obrigatoriamente supervisionado pelo médico.

Art.3º As diluições dos extratos alergênicos para imunoterapia específica deverão ser realizadas pelo próprio médico e devem ser conservadas sob refrigeração adequada.

Art.4º A administração, por via subcutânea, deve ser realizada em consultórios, clínicas ou hospitais. Em casos especiais será permitida a aplicação por farmacêuticos ou por enfermeiros, em postos de saúde, supervisionados e prescritos por médicos.

Art.5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 3 de abril de 2002.

Cons. MÁRIO JORGE ROSA DE NORONHA
Presidente

Cons. JOSÉ ANTONIO ALEXANDRE ROMANO
1º Secretário

**ANEXO DA RESOLUÇÃO CREMERJ N. 181/2002
EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**

I - QUANTO AO LOCAL ONDE SE REALIZA O PROCEDIMENTO.

Condições básicas do local destinado à realização de testes alergológicos, diluição e aplicação de imunoterapia alérgeno-específica:

a) área física com luminosidade e ventilação adequadas, com geladeira tipo doméstica;

b) o mobiliário deve ser simples, com linhas retas para facilitar a limpeza e a conservação;

c) o material deverá estar acondicionado em local de fácil acesso, próprio e limpo;

d) os extratos alergênicos são estabilizados e conservados no glicerol e devem ser estocados em geladeira - de uso doméstico - à temperatura de 4° a 17°C.

II - MATERIAIS NECESSÁRIOS.

Considera-se como materiais imprescindíveis para a realização de testes e preparo de imunoterapia específica:

a) seringas, agulhas, puntores descartáveis, algodão e álcool iodado;

b) medicamentos de emergência: incluem adrenalina, anti-histamínico, corticosteróide e broncodilatador;

c) material para intubação endotraqueal e ventilação.

III - FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS.

INDICAÇÕES.

A imunoterapia específica está indicada no tratamento da rinoconjuntivite alérgica, asma alérgica, reações ao veneno de insetos e em outras doenças de hipersensibilidade mediadas por IgE.

É recomendado que os extratos alergênicos usados na imunoterapia específica sejam os mesmos utilizados na realização dos testes.

EXTRATOS ALERGÊNICOS.

A qualidade dos extratos alergênicos é crucial tanto para a fidedignidade do diagnóstico quanto para o sucesso do tratamento. O material deve ser padronizado de acordo com as normas internacionais e obedecendo à

Legislação vigente no País.

SELEÇÃO DE EXTRATOS ALERGÊNICOS.

A escolha varia em função da história clínica. O teste alergológico cutâneo é um exame complementar que auxilia na identificação causal das doenças alérgicas e na determinação da dose inicial da imunoterapia específica. Doses sub-ótimas são ineficazes e doses supra-ótimas podem produzir reações adversas graves.

IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA COM EXTRATOS ALERGÊNICOS.

Considerações ao se diluir alergênicos para a imunoterapia específica:

- dose ótima para obtenção de uma resposta terapêutica eficaz;
- compatibilidade na mistura entre os diferentes extratos alergênicos.

INÍCIO E AUMENTO DE DOSE.

Dose inicial deve ser selecionada com base na sensibilidade de cada paciente, por meio do teste cutâneo. Doses progressivamente crescentes deverão ser administradas a intervalos regulares, até se atingir a dose ótima de manutenção. Ocorrendo reações locais, ou focais, considerar a utilização de menores concentrações ou a interrupção imediata da imunoterapia específica.

IV - GUIA PARA IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA.

TÉCNICA.

Após assepsia da pele, injetar por via subcutânea, após aspiração. Se vier sangue, desprezar o material e repetir a aplicação em outro local. Após a aplicação, pressionar o local por 15 (quinze) a 20 (vinte) segundos e não massagear. Observar o paciente por 30 (trinta) minutos, pelo risco de reações. Se necessário, poderá ser indicado o uso prévio de anti-histamínico para reduzir a prevalência de efeitos sistêmicos.

REAÇÕES LOCAIS.

Eritema, edema ou prurido. Considerar o prosseguimento da imunoterapia específica com cuidados adicionais ou a sua interrupção.

REAÇÕES SISTÊMICAS.

Reações moderadas: prurido, espirros, tosse, eritema difuso, urticária, angiodema e taquipnéia, que na maioria das vezes respondem bem ao uso de anti-histamínicos. A incidência é maior na fase inicial ou de indução da imunoterapia específica. Quase todas as reações acontecem até 30 (trinta) minutos após a injeção.

Reações graves incluem crise de asma e reações anafiláticas. Ao primeiro sinal de reação sistêmica, recomenda-se aplicação subcutânea de solução milesimal de epinefrina, de anti-histamínico e glicocorticoide por via intramuscular. Hospitalização pode ser necessária. Interromper, de imediato, o uso da imunoterapia específica.

V - CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS.

Asma corticoide-dependente, gestação, dermatite atópica grave, paciente idoso e crianças abaixo de dois anos.

VI - CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS.

Doenças malignas, doenças auto-imunes, distúrbios psíquicos graves, uso de beta-bloqueadores adrenérgicos, doença alérgica não mediada por IgE e condições de risco para o uso de epinefrina.

VII - CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS.

Conservar o frasco em geladeira, afastado do congelador.

Desprezar o material se houver precipitação ou turvação do conteúdo.

Observar a data de validade.

Evitar exercícios por duas horas após a injeção.

Suspender a aplicação se o paciente apresentar reações.

VIII - DURAÇÃO DA IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA.

A imunoterapia específica deverá ser descontinuada, após um ano de uso da dose de manutenção, se o paciente não apresentar melhora. Reavaliar o perfil alergológico e a indicação terapêutica.

Nos pacientes com boa resposta clínica com a imunoterapia alérgeno-específica o tratamento deverá ser mantido por dois a quatro anos. A dose ótima de manutenção é variável, devendo ser estabelecida a cada caso.

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 182/02

Dispõe sobre auditoria médica e contestação de procedimentos médicos (Glosa).

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto n. 44.0454, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro, conforme artigo 10 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que nenhuma disposição estatutária ou regimental de qualquer instituição poderá limitar a escolha, por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para execução do tratamento do paciente, conforme Artigo 16 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a relação entre os médicos deve basear-se no respeito mútuo e na liberdade profissional visando, sempre, o bem estar do paciente, conforme artigo 18 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País, conforme Artigo 42 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico prescrever ou realizar procedimentos sem exame direto do paciente, conforme Artigo 62 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico alterar prescrição ou tratamento de paciente, salvo em situação de emergência ou de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar o fato ao médico responsável, conforme Artigo 81 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de atuar com absoluta isenção, não podendo ultrapassar os limites de suas atribuições e competência, conforme Artigo 118 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a autoridade médica é caracterizada como ato médico por poder interferir diretamente na investigação e no tratamento do paciente;

CONSIDERANDO que a preocupação com a redução dos custos por parte das empresas ou instituições contratadoras do trabalho médico, não deve prejudicar a melhor qualidade técnico-ética da assistência médica dos seus usuários;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 26 de junho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º A auditoria médica, por se constituir em ato médico, só pode ser executada pelo médico, devidamente registrado no CREMERJ.

Parágrafo único. Caso a auditoria médica seja realizada por empresa de auditoria, esta deverá estar devidamente registrada no CREMERJ, sendo o seu responsável técnico o responsável pelos atos realizados.

Art. 2º As condutas médicas adotadas pelo médico responsável pelo paciente devem ser respeitadas pelo auditor e, em caso de contestação resultante de auditoria, os procedimentos deverão ser discutidos entre o médico responsável e o auditor.

§1º Caso ocorra contestação do procedimento do médico responsável, pelo auditor médico, a mesma deverá estar respaldada por critérios técnicos, sendo apresentado relatório, assinado e carimbado pelo auditor médico ao médico responsável, para ciência, conforme anexo a esta resolução.

§2º O mesmo procedimento será efetuado em caso de contestação,

quanto à requisição de exames complementares ou de recomendação de transferência do paciente feita pelo auditor médico.

§3º Em caso de alta do paciente sem tempo hábil para a realização da auditoria, as contestações, quando houver, deverão ser feitas, obrigatoriamente, em conjunto com o médico responsável, podendo ser anexadas ao prontuário, **em relatório devidamente assinado e carimbado, conforme anexo a esta resolução.**

§4º Referindo-se a contestação a consultas médicas, o médico assistente deverá ser cientificado, por escrito, sobre o motivo da contestação, e o médico por ela responsável.

Art. 3º O auditor médico não poderá determinar a alta do paciente, contra a indicação do médico assistente.

Art. 4º Os contratos de credenciamento de prestação de serviços médicos devem respeitar o Código de Ética Médica e nunca comprometer a boa prática médica, sendo vedado ao médico contratado submeter-se a contratos de sua atividade profissional que violem a boa prática da Medicina ou o Código de Ética Médica.

Art. 5º A auditoria médica realizada pelas empresas contratadoras do trabalho médico deve ser estabelecida de forma continuada nas unidades contratadas e deve visar, sempre, a melhor prática da Medicina.

Art. 6º Esta Resolução, bem como seu anexo, entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, particularmente a Resolução CREMERJ n. 159/2000.

Rio de Janeiro, 26 de junho de 2002.

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA
Presidente

Cons. SERGIO ALBIERI
Secretário Geral

Anexo da Resolução CREMERJ N. 182/2002

Relatório de Auditoria Médica Externa

Paciente: _____

Convênio: _____

CONFORMIDADE TÉCNICA: SIM NÃO

Período

Internação: _____

Aposento: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Procedimento | <input type="checkbox"/> 6- Hemoterapia |
| <input type="checkbox"/> 2- Recomendação de transferência | <input type="checkbox"/> 7- Gasoterapia |
| <input type="checkbox"/> 3- Diárias (leito) | <input type="checkbox"/> 8- Recursos Diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> 4- Taxas e aluguéis (aparelho e instalação) | <input type="checkbox"/> 9- Honorários Médicos / Procedimentos |
| <input type="checkbox"/> 5- Materiais e medicamento | <input type="checkbox"/> 10- Outros |

Detalhamento: _____

Data: _____

Assinatura e Carimbo do Auditor

Relatório de Auditoria Médica Interna

Parecer final

Data: _____

Assinatura e Carimbo do Auditor

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 184/02

Cria o registro de Departamento Médico e/ou de Saúde em Clube, no âmbito do CREMERJ.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os clubes, tradicionalmente, têm em sua organização Departamentos Médicos e/ou de Saúde;

CONSIDERANDO a Lei n. 2.404, de 31 de maio de 1995, e a Lei n. 2.835, de 17 de novembro de 1997, ambas do Estado do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO que devido à profissionalização dos esportes tornou-se maior a demanda da constituição de Departamentos Médicos e/ou de Saúde em clubes;

CONSIDERANDO ser necessário oferecer segurança aos associados e atletas de clubes através da existência de Departamento Médico e/ou de Saúde;

CONSIDERANDO o notável incremento de pessoas que procuram clubes para a prática desportiva e melhoria do condicionamento físico e da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar e normatizar técnica e eticamente a prática médica nos Departamentos de Clubes e/ou de Saúde;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 28 de agosto de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º Fica criado o registro de Departamento Médico e/ou de Saúde em Clube, no âmbito do CREMERJ.

Parágrafo único. Para efeitos desta Resolução o termo clube engloba qualquer entidade, empresa ou organização de ordem esportiva, social ou recreativa, onde haja a prática de atividades físicas ou esportivas, desempenhadas pelos usuários, sócios e/ou atletas, profissionais ou amadores.

Art. 2º O Departamento Médico e/ou de Saúde em Clube equipara-se às unidades de saúde convencionais.

Art. 3º O Departamento Médico e/ou de Saúde em Clube será obrigatoriamente chefiado por médico, tendo diretor técnico médico, ambos registrados no CREMERJ.

§1º O diretor técnico oficializará sua condição através do termo de aceitação da função.

§2º Caso seja de conveniência do clube e havendo concordância do médico, a chefia e a responsabilidade técnica poderão ser exercidas pelo mesmo profissional médico.

Art. 4º Os clubes que tenham atletas a seu serviço poderão organizar seu Departamento Médico e/ou de Saúde de forma diferenciada para assistência a seu quadro social e a seu quadro de esportistas.

Art. 5º Os clubes comporão seu Departamento Médico e/ou de Saúde com recursos humanos exclusivos do setor, todos sob supervisão médica, sendo dimensionados conforme esta Resolução e seus anexos.

§1º O quantitativo e a disponibilidade de recursos humanos e o horário de funcionamento dos Departamentos Médicos e/ou de Saúde para sócios e/ou atletas serão estabelecidos conforme a necessidade da instituição, a critério e sob a responsabilidade de seu diretor médico.

§2º Instituições onde se inclua atividade esportiva profissional terão equipe de saúde de acordo com o Anexo II, item 1.

Art.6º As instalações e recursos materiais serão dimensionados de acordo com as necessidades da instituição, seguindo as determinações em anexo desta Resolução.

Art.7º O Departamento Médico e/ou de Saúde para atletas terá obrigatoriamente recursos de Medicina Física e Reabilitação, próprios ou contratados.

Art.8º Nas competições, de qualquer modalidade esportiva, oficiais ou não, é obrigatória a presença de médico, que será responsável pelo atendimento dos atletas de sua equipe.

Art.9º A documentação dos usuários do Departamento Médico e/ou de Saúde atenderá às Resoluções do CREMERJ e do CFM sobre o assunto, sendo arquivada em local de fácil acesso.

Parágrafo único. A avaliação das condições de saúde dos usuários sócios, praticantes de atividades físicas programadas, e de quaisquer outras que incluam o uso de parque aquático, deverá ser realizada anualmente, contendo sua documentação as informações dos exames de rotina e de eventuais intercorrências.

Art.10 O Departamento Médico e/ou de Saúde se incumbirá, em caso de necessidade, da remoção de pacientes, por ocorrências verificadas nas dependências do clube.

Parágrafo único. O Departamento Médico e/ou de Saúde promoverá o planejamento para os procedimentos de remoção e encaminhamento aos hospitais de apoio, para atendimento das intercorrências, principalmente de traumatismos.

Art.11 O Departamento Médico e/ou de Saúde deverá zelar pelas condições de higiene das instalações do clube e, quando julgá-las inadequadas

ou que possam por em risco a saúde dos usuários, deverá documentá-las e encaminhá-las à Direção para solução e, em caso de não atendimento às solicitações, comunicar ao CREMERJ.

Art.12 A normatização relativa às atividades desenvolvidas em academias será objeto de Resolução específica.

Art.13 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 02 de outubro de 2002.

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA
Presidente

Cons. SERGIO ALBIERI
Secretário Geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO CREMERJ N. 184/02

ANEXO I - DEPARTAMENTO MÉDICO PARA SÓCIOS

1 - Recursos Humanos:

a) Médico: de preferência com formação em Medicina Desportiva e com treinamento em reanimação cardiopulmonar avançada. Este profissional deverá permanecer de plantão enquanto vigorar o horário de lazer dos sócios.

b) Técnico de Enfermagem ou Auxiliar: com experiência comprovada em serviços de emergência. Deverá ter treinamento em reanimação cardiopulmonar básica.

c) Guardião de Piscina: os guardiões de piscina deverão ser habilitados pelo órgão estadual ou municipal, responsável pelo controle das normas sobre o

funcionamento das piscinas no Estado. (Decreto Estadual n. 4.487, de 14 de agosto de 1981) e estar em dia com as exigências legais inclusas no Decreto.

2- Instalações e recursos auxiliares:

a) Consultório: sala ampla, com boas condições de ventilação e iluminação. Lavabo com material de higiene, maca, esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro clínico.

b) Sala de Repouso: além de lavabo, material higiênico e cama, deverá conter os medicamentos necessários ao atendimento à parada cardiorrespiratória, caixa de pequena cirurgia, desfibrilador (de preferência portátil, com baterias), eletrocardiógrafo, cilindro de oxigênio com capacidade mínima de 400 litros (com válvula redutora e manômetro), cateter nasal, e máscara para ventilação mecânica,ambu com capacidade mínima de 1,5 litro e máscara portátil para ventilação artificial tipo boca-a-boca/máscara, jogo de tubos oro-traqueais (TOT), um laringoscópio com lâminas para adultos e crianças, um guia para TOT e um aspirador de vias aéreas.

c) Arquivo Médico.

ANEXO II - DEPARTAMENTO MÉDICO PARA ATLETAS

1- Recursos Humanos:

a) Médicos: nas seguintes especialidades:

- Ortopedia e Traumatologia.
- Clínica Médica.
- Medicina Física e Reabilitação.
- Todos, também, com formação em Medicina Esportiva.

b) Fisioterapeuta: deverá trabalhar exclusivamente no Departamento Médico, salvo quando requisitado pela chefia médica para viagens e/ou concentrações.

c) Técnico de Enfermagem ou Auxiliar: com as mesmas qualificações preconizadas para estes profissionais, no item b do Anexo I.

d) Massagistas: esses profissionais deverão acompanhar os treinos, jogos e viagens.

2- Instalações: as mesmas do Anexo I, item 2, acrescidos do setor de Medicina Física e Reabilitação.

ANEXO III - RECURSOS MATERIAIS

1 - MATERIAL PERMANENTE

Almotolia p/ Água Oxigenada
Almotolia p/ Povidine Tópico
Ambú Silicone adulto e infantil (com reservatório e máscara)
Aparelho de pressão
Aquecedor de ambiente
Armário de Medicações
Cama fowler
Cânula de Guedel (conjunto 0, 1, 2, 3, 4 e 5)
Carrinho de curativo
Cilindro de oxigênio 400 litros + Manômetro + fluxômetro +
umidificador + válvula de venturi com frasco coletor
Colar cervical stifneck regular 'M'
Colar cervical stifneck No-neck
Colar cervical stifneck pediátrico
Colar cervical stifneck short 'p'
Eletrodo monitorização
Escada com 2 degraus em metal para o leito
Estetoscópio
Foco de luz
Frasco aspiração
Garrote latex 200
Glicosímetro
Head block (imobilizador de cabeça)
"ked" (colete de imobilização dorsal)
Kit "Holster" c/ 7 peças
Laringoscópio fibra ótica conjunto
(01 cabo + 03 lâminas adulto, infantil e adolescente)
Látex 202 ou circuito pvc (oxigenoterapia)
Látex 204 (aspiração)
Life defense (desfibrilador manual/monitor/marca-passo externo)
Material cirúrgico
. Cabo de bisturi n. 3
. Pinça kelly curva
. Pinça kelly reta
. Tesoura metzenbaun

- . Tesoura reta mayo
- . Pinça de halsted
- . Afastador de farabeuf
- . Pinça de dissecação
- . Pinça dente de rato

Material de leito para paciente

- . Lençóis
- . Cobertores

Mesa de exame clínico-ginecológico

Nebulizador

Pilha pequena (oxímetro e laringo)

Prancha de madeira com três cintos

Sala de espera + consultório + sala de parada (mobiada)

“splint kit” (tala de imobilização)

Suporte para soro

Termômetro

2 - MEDICAMENTOS

Adrenalina ampola 1/1000

Água destilada ampola

Água oxigenada frasco

Aminofilina ampola 25mg

Bicarbonato de sódio ampola 8,4 ou 10%

Captopril comprimido 12,5mg

Cloridrato de dopamina ampola 5 mg/ml

Cloridrato de lidocaína s/ vasoconstrictor 2% - ampola

Cloridrato de midazolam ampola 5 mg/ml

Cloridrato de prometazina ampola 25mg/ml

Diazepan ampola 5mg/ml

Dipirona ampola 500 mg/ml

Fenoterol gotas para nebulização

Furosemida ampola 10 mg/ml

Glicose hipertônica ampola 25%

Hioscina ampola 20mg/ml

Isossorbida comprimido 10 mg

Monocloridrato de metoclopramida ampolas 5 mg/ ml

Nifedipina cápsulas 10mg

Ringer lactato frasco 500 ml

Soro fisiológico frasco 500 ml
Soro glicosado 5% frasco 500 ml
Succinato sódico de hidrocortisona ampola 50 mg/ml
Sulfato de atropina ampola 0,5 ou 1 mg/ml
Sulfato de morfina ampola de 10mg/ml

3 - MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICOS

Agulha 25x7
Agulha 25x8
Agulha 30x7
Agulha 30x8
Agulha 40x12
Álcool 70% litro
Algodão hidrófilo rolo 250 g
Atadura 10, 15, 20 e 30 cm
Avental descartável/protetor de corpo
Cânula traqueostomia 5 e 7
Clamp coto umbilical
Compressas cirúrgicas pacote
“descarpack”
Equipo de soro
Esparadrapo rolo 10 cm
Fio mononylon 2,3, e 4
Fita adesiva
Forro para maca
Gaze pacote de 500
Gel para eletrodo
Guia para TOT
Hipoclorito de sódio litro
Jelco 16,18,20 e 22
Lâmina de bisturi n. 21
Lençol descartável ou permanente
Luva “lengruber” par
Luva procedimento (caixa com 100)
Manta térmica
Máscara cirúrgica
Polifix 2 vias
Povidine degermante
Povidine tópico
Saco para lixo
Scalp 19,21, e 23

Seringas 3,5,10 e 20 ml
Sonda aspiração 4, 10, 12, 14, 16 e 18
Sonda aspiração n. 6 ou n. 8 (cateter oxigênio)
Sonda nasogástrica 18 e 20
Tubo Oro-traqueal (TOT) 3,0
TOT 4,0
TOT 5,0
TOT 6,0
TOT 6,5
TOT 7,0
TOT 7,5
TOT 8,0
TOT 8,5
TOT 9,0
TOT 10,0

4 - FORMULÁRIOS

Receituário
Ficha requisição de materiais médicos (2 vias)
Folha de carbono
Ficha médica
Atestado médico

Observação: o material de consumo mensal do posto médico é uma sugestão de uso para um movimento de atendimento considerado regular (acima de 1.500 associados). Variações em sua quantidade deverão ser avaliadas conforme o movimento mensal e/ou sazonal. A reposição de todo material não permanente deverá ser feita mensalmente.

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 185/02

Dispõe acerca da necessidade da requisição de exames ser efetuada por profissional médico.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições legais previstas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, pela Lei n. 649, de 27 de maio de 1998, pelo Estatuto dos Conselhos de Medicina, e

CONSIDERANDO o disposto nas alíneas c, d, g, h, e j do artigo 15 da Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957;

CONSIDERANDO o disposto nas Leis que regem as demais profissões da área da Saúde;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 30 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as Resoluções n. 813/77 e n. 1627/01 do Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO as Resoluções n. 121/98, n. 160/00 e n. 174/01 do CREMERJ;

CONSIDERANDO as manifestações contidas nos Pareceres n. 21/84, n. 46/96, n. 48/96 e 53/99 do Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO o disposto nos Pareceres n. 56/97 e n. 69/98 do CREMERJ;

CONSIDERANDO a imperiosa necessidade de garantir a segurança da saúde da população;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 27 de novembro de 2002.

RESOLVE:

Art.1º Determinar que a requisição para realização de exames complementares é obrigatória e, como ato médico, só pode ser solicitada por médico registrado no CREMERJ.

Art.2º Configura-se como infração ética a realização de exame, emissão de laudo, análise e/ou aceitação de exames e laudos sem requisição ou cuja requisição não tenha sido formulada por médico.

Art.3º Além do médico que realizar o exame e/ou emitir laudo em discordância com esta Resolução, assume também responsabilidade o Diretor Técnico da Instituição, a quem incumbe zelar pelo cumprimento das presentes normas éticas.

Art.4º O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei.

Art.5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2002.

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA
Presidente

Cons. LUÍS FERNANDO SOARES MORAES
1º Secretário

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 186/03

Dispõe sobre o registro e acerca das chefias de Setores das Unidades Assistenciais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei n. 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que disciplina as chefias de Serviços Médicos;

CONSIDERANDO a Lei n. 6.839, de 30 de outubro de 1980, que dispõe sobre o registro de empresa nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n. 997/80, que disciplina o registro das empresas de saúde nos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n. 1.627/01, que define o ato médico;

CONSIDERANDO a necessidade de promover a organização institucional das unidades de saúde;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros do CREMERJ em 08 de janeiro de 2003.

RESOLVE:

Art.1º As Unidades Assistenciais de Saúde onde se executam atos médicos deverão ser registradas e/ou cadastradas no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Art.2º As Unidades Assistenciais de Saúde, para se registrarem e/ou

cadastrarem no CREMERJ, deverão indicar um médico como Responsável Técnico, que será o responsável por assegurar à Instituição as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 3º Os Setores das Unidades Assistenciais de Saúde, que tenham profissionais médicos desempenhando atos médicos, serão, obrigatoriamente, chefiados por profissionais médicos.

Art. 4º Os Setores das Unidades Assistenciais de Saúde onde atuem profissionais médicos que não executem atos médicos poderão ser chefiados por profissionais de qualquer formação.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 08 de janeiro de 2003.

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA
Presidente

Cons. LUÍS FERNANDO SOARES MORAES
1º Secretário

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 187/03

Disciplina a prestação de serviços médicos à população em eventos especiais.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Resolução CREMERJ n. 100/96 e a Portaria n. 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO ser o Estado do Rio de Janeiro local de eventos especiais com a conseqüente aglomeração de expressivo contingente de pessoas;

CONSIDERANDO ser necessário oferecer melhor segurança, sob o ponto de vista médico, à população por ocasião dos referidos eventos especiais;

CONSIDERANDO que esta prática vem ocorrendo sem a devida disciplina e protocolo, o que pode comprometer a assistência médica a ser proporcionada ao público;

CONSIDERANDO os termos do Protocolo firmado com o Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Estado de Defesa Civil, pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro / Grupamento de Socorro de Emergência SEDEC/CBMERJ/GSE;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 08 de janeiro de 2003.

RESOLVE:

Art.1º Em todo evento especial as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde devem obedecer, rigorosamente, a legislação vigente.

§1º Considera-se evento especial, para os efeitos desta Resolução,

qualquer aglomeração com estimativa de público superior a 1000 (mil) pessoas reunidas para atividades de qualquer natureza, como artísticas, religiosas, esportivas, festas de fim de ano (Natal e Ano Novo), Carnaval, espetáculos musicais, feiras, exposições ou em concursos públicos e outras.

§2º As exigências gerais ou específicas formuladas pelo Grupo de Socorro de Emergência/CBMERJ/GSE serão também, obrigatoriamente, respeitadas e executadas.

Art.2º É obrigatório o cadastramento dos entes públicos ou o registro das empresas privadas prestadoras ou contratadoras de serviços de assistência médica em eventos especiais junto ao CREMERJ, nos termos da Resolução CFM n. 1.626/2001.

Art.3º A responsabilidade técnica relativa a cada evento especial deverá ser assumida por médico, regularmente inscrito no Conselho, a quem será conferida Certidão de Anotação da Responsabilidade Técnica (CART).

Art.4º O pedido de cadastramento, registro ou de Anotação de Responsabilidade Técnica, acompanhado do projeto de atendimento médico do evento especial, deverá ser formulado ao CREMERJ com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data da realização do evento a que disser respeito.

Art.5º Os entes públicos, as empresas prestadoras ou contratadoras de serviços de assistência médica em eventos especiais e os médicos terão um prazo de 60 (sessenta) dias para se adequarem ao que dispõe esta Resolução.

Art.6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, respeitando-se o prazo de adequação indicado no Art. 5º, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 8 de janeiro de 2003.

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA
Presidente

Cons. LUÍS FERNANDO SOARES MORAES
1º Secretário

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 192/03

Dispõe sobre as normas éticas e técnicas para a assistência em estabelecimento asilar, tais como casa de repouso, clínica geriátrica, abrigo e outras instituições, destinadas ao atendimento de idosos.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268/57, regulamentada pelo Decreto n. 44.045/58, e

CONSIDERANDO a Resolução n. 81/94 que obriga o registro no CREMERJ, com a indicação de um responsável técnico, dos estabelecimentos de prestação direta ou indireta de serviços médicos;

CONSIDERANDO a Resolução CREMERJ n. 23/88 que institui a Certidão de Anotação da Responsabilidade Técnica (CART) e estabelece normas a serem seguidas pelos estabelecimentos de saúde;

CONSIDERANDO a Lei n. 8.842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso;

CONSIDERANDO a Lei Estadual n. 3.875, de 24 de junho de 2002, que regula o funcionamento das instituições asilares de caráter social no Estado;

CONSIDERANDO a Lei Estadual n. 3.869, de 24 de junho de 2002, que cria o Programa Integrado de Atendimento Domiciliar para Idosos;

CONSIDERANDO a Portaria MS n. 1.395/99 que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso;

CONSIDERANDO as normas estabelecidas pela Portaria MPAS n. 73/01;

CONSIDERANDO as normas estabelecidas pela Portaria MS n. 810/89;

CONSIDERANDO as normas estabelecidas pela Portaria MS n. 702/02;

CONSIDERANDO a transição epidemiológica do perfil de morbidade e de mortalidade com predomínio das doenças crônico-degenerativas e agravos à saúde;

CONSIDERANDO a transição demográfica, com crescimento exponencial da população idosa no Brasil, acompanhada de um crescimento desordenado do número de instituições que se propõem a prestar assistência a idosos no Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO que as instituições asilares se destacam entre as instituições prestadoras de assistência a idosos;

CONSIDERANDO que toda instituição que preste serviços de assistência a idosos deve dispor de condições mínimas adequadas com recursos profissionais e materiais;

CONSIDERANDO os diferentes níveis de complexidade das instituições asilares, conforme apurado pelas fiscalizações realizadas pelo Conselho;

CONSIDERANDO que as instituições asilares devem ser enquadradas em tais níveis de complexidade para os fins de atendimento médico;

CONSIDERANDO que os estabelecimentos asilares abrigam em sua maior parte idosos que necessitam de assistência médica permanente;

CONSIDERANDO que o CREMERJ tem constatado a precariedade dos serviços prestados a idosos, em muitas instituições, pondo em risco a saúde dos idosos sob sua responsabilidade;

CONSIDERANDO ser também atribuição dos Conselhos colaborar para a implantação e plena operacionalização de políticas referentes à saúde dos idosos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 2 de abril de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as "Normas éticas e técnicas a serem observadas pelos médicos que prestem serviços em instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro", anexas a esta Resolução.

Art. 2º Estabelecimentos para atendimento a idosos são aqueles, com denominações diversas, tais como casa de repouso, clínica geriátrica, abrigo e outras instituições, que se propõem a manter pessoas com 60 (sessenta) anos, ou mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, por período determinado ou não, com recursos profissionais e materiais que possam atender às necessidades de saúde, alimentação, higiene, repouso, lazer, trabalho e de ocupações sociais dos usuários.

Parágrafo único. Enquadra-se na definição acima a instituição que aceita pessoas com menos de 60 (sessenta) anos, desde que estejam em situação de vulnerabilidade biológica, social ou psíquica.

Art. 3º As Instituições para atendimento asilar classificam-se em 3 (três) níveis de complexidade:

a) Nível A - Deve oferecer moradia, área para atividades de reabilitação e consultório médico. Destina-se a idosos independentes para as atividades de vida diária (AVDs).

b) Nível B - Deve oferecer moradia, área para atividades de reabilitação, consultório médico, unidade para atendimento de intercorrências. Destina-se a idosos de média dependência.

c) Nível C - Deve oferecer moradia, área para atividades de reabilitação, consultório médico, unidade para atendimento de intercorrências e unidades de internação. Destina-se a idosos de alta dependência.

§1º O grau de deficiência deve ser determinado através de avaliação funcional pelos critérios estabelecidos nas Escalas de Katz, Lawton e Crichton, que medem a saúde em termos de função.

§2º É proibida a permanência de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica, cuja falta possa agravar sua vida ou a de terceiros.

Art.4º Os médicos não podem exercer suas funções em estabelecimentos públicos, privados e/ou filantrópicos que não se proponham a prestar assistência médica a idosos de acordo com a presente Resolução, com recursos profissionais e materiais que possam atender as necessidades de saúde dos usuários.

Art.5º O corpo clínico terá o quantitativo de médicos relacionado ao nível de complexidade da proposta assistencial da Instituição e ao número de idosos asilados, devendo ser composto por médicos com experiência nesta área, preferencialmente por especialistas em Geriatria.

Parágrafo único. Médico assistente é o responsável pelo acompanhamento do idoso na instituição ou no consultório, devendo estar com seus dados cadastrados no estabelecimento.

Art.6º Os quantitativos correspondentes a outras categorias profissionais de saúde deverão ser estabelecidos de acordo com a legislação.

Art.7º É obrigatória a inscrição junto ao CREMERJ conforme dispõe a Resolução n. 23/88.

§1º O Diretor Técnico deve ser, preferencialmente, especialista em Geriatria.

§2º É dever do Diretor Técnico afixar em local de fácil visualização a Certidão de Anotação da Responsabilidade Técnica (CART), o Certificado de Inscrição de Empresa (CIE), o Estatuto e Regulamento Interno do Estabelecimento e a Certidão de Assentimento Sanitário ou a Licença de Funcionamento Sanitário.

Art.8º O prazo para adequação das referidas normas é de 180 dias, a partir da data de sua publicação.

Art.9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 02 de abril de 2003.

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA
Presidente

Cons. LUÍS FERNANDO SOARES MORAES
Primeiro Secretário

**ANEXO DA RESOLUÇÃO CREMERJ N. 192/03
NORMAS ÉTICAS E TÉCNICAS PARA OS SERVIÇOS DE
ATENDIMENTO ASILAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

ANEXO A - DA RESPONSABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

1. Dispor de Serviço de Registros e Informações em Saúde (SRIS).
2. Dispor de área física e arquitetura adequadas de acordo com a legislação vigente e as presentes normas.
3. Estar capacitado a atuar de acordo com o nível de complexidade.
4. Realizar a avaliação admissional, sob a responsabilidade de seu Diretor Técnico.
5. Dispor de serviço próprio ou conveniado, tais como: remoção, nutrição e dietética, lavanderia, manutenção, serviços gerais e referência para exames laboratoriais e de imagem.

6. Dispor de recursos humanos multiprofissionais de acordo com o grau de responsabilidade da assistência proposta pelo estabelecimento, pela legislação em vigor e pelas presentes normas.

7. Dispor de sistema de referência ambulatorial e hospitalar.

8. Providenciar a transferência do idoso, quando houver mudança no seu grau de capacidade funcional que o justifique.

9. Quando dispuser de cuidadores, estes estarão sob a responsabilidade de seu Diretor Técnico e da supervisão de enfermagem.

10. Implementar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação física e mental do idoso.

11. Prevenção e controle de infecção.

12. Incentivar e promover a interação da família do idoso asilado.

ANEXO B - ESPECIFICAÇÕES DAS UNIDADES QUE COMPÕEM OS DIFERENTES NÍVEIS DE COMPLEXIDADE

NÍVEL A

RECURSOS HUMANOS

- Médico.

- Profissional de enfermagem.

- Assistente social.

- Profissional de reabilitação.

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

I - Unidade de moradia: de acordo com a Portaria MS n. 810/89.

II - Área para atividade de reabilitação: de acordo com a Portaria MS n. 810/89.

III - Consultório Médico.

1 - Sala de atendimento com lavabo.

2 - Recursos materiais.

- a) Mesa de exame e escada de dois degraus.
- b) Escrivaninha e cadeiras.
- c) Balança de pé tipo adulto.
- d) Esfigmomanômetro e estetoscópio.
- e) Otoscópio.
- f) Termômetro/ Lanterna/ Abaixadores de língua.
- g) Material para procedimentos: curativos, suturas e exames clínicos.

NÍVEL B

RECURSOS HUMANOS

- Médico.
- Enfermeiro.
- Auxiliar técnico de enfermagem.
- Assistente social.
- Profissionais de reabilitação, tais como: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS: Todos os do Nível A e mais.

IV- Unidade para Atendimento de Intercorrências.

1- Sala de repouso e observação.

2- Banheiro.

3- Posto de enfermagem para o preparo de medicações e de materiais.

4- Local para armazenar materiais, roupas e medicamentos.

5- Recursos materiais.

5.1- Leito tipo Fowler e escada de dois degraus.

5.2- Instalação de rede ou cilindros de oxigênio com regulador de dupla saída, fluxômetro, umidificador de oxigênio e aspirador tipo venturi ou similar.

5.3- Escrivaninha e cadeiras.

5.4- Armário para guardar medicações.

5.5- Material para ressuscitação cárdiorrespiratória (como na unidade de internação).

5.6- Kit para infusão rápida.

5.7- Material para pequenas suturas.

5.8- Medicações de urgência: checado periodicamente quanto à sua validade (como na unidade de internação).

5.9- Estufa ou Auto-clave.

5.10- Esfigmomanômetro e estetoscópio.

5.11- Glicosímetro.

5.12- Foco refletor com haste flexível.

5.13- Contrato de manutenção preventiva dos equipamentos.

NÍVEL C

RECURSOS HUMANOS

- Médico plantonista.

- Médico para rotina.

- Enfermeiro.

- Nutricionista.

- Assistente social.

- Farmacêutico.

- Psicólogo.

- Odontólogo.

- Profissionais de reabilitação, tais como: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS: Todos os do Nível A e B, e mais.

V - Unidade de internação.

1- Unidade para internação e tratamento com lavabo.

2- Sala de sutura com lavabo.

3- Banheiro.

4- Posto de enfermagem para o preparo de materiais e de medicações.

5- Sala para armazenamento de materiais, roupas e medicamentos.

6- Recursos Materiais.

6.1- Leitos tipo Fowler e escadas de dois degraus.

6.2- Instalação de rede ou cilindros de oxigênio com regulador de dupla saída, fluxômetro e umidificador de oxigênio e aspirador tipo venturi ou similar.

6.3 - Geladeira para guardar medicamentos.

6.4- Biombos.

6.5- Carrinho para curativos.

6.6- Material para ressuscitação cárdio-respiratória.

a) desfibrilador e monitor cardíaco;

b) material para intubação oro-traqueal, laringoscópio com jogo de lâminas curvas (2) e retas (2), cânulas orofaríngeas de Guedel (pequeno, médio e grande);

c) medicações de urgência: checados periodicamente quanto à sua validade.

- Água destilada.
- Analgésico.
- Anestésico local e oftalmológico.
- Antibiótico.
- Anti-arrítmico.
- Anti-emético.
- Anti-espasmódico.
- Anti-hipertensivo.
- Anti-histamínico.
- Anti-térmico.
- Beta-bloqueador.
- Bloqueador dos canais de cálcio.
- Broncodilatador.
- Corticóide.
- Digitálico.
- Diurético.
- Expansor plasmático.
- Glicose hipertônica.
- Insulina regular.
- Solução fisiológica e glicosada.
- Vasodilatador coronariano.

6.7 - Estufa ou Auto-clave.

6.8 - Escrivaninha e cadeiras.

6.9 - Contrato de manutenção preventiva dos equipamentos.

ANEXO C - REGISTROS E ASSISTÊNCIA

I - Registro de Informações.

Todas as informações no que diz ao médico assistente, convênio de assistência e responsável pelo idoso devem estar em local de fácil acesso e visualização.

II - Prontuário Médico.

Deve constar de identificação completa; endereço e referência completos de familiares ou responsáveis, o motivo da intenção de asilamento, atestado de saúde fornecido por médico do estabelecimento ou do assistente

particular do idoso e avaliação admissional realizada pelo estabelecimento.

Na admissão do idoso, além da anamnese e do exame clínico, devem constar exames laboratoriais de rotina (no mínimo: hemograma, glicemia, colesterol, uréia, creatinina, EAS e EPF), ECG, avaliação da capacidade funcional (autonomia e grau de dependência, sendo esta última repetida a cada 6 (seis) meses. As demais de acordo com a necessidade.).

III - Avaliação Geriátrica.

1. Anamnese.

- História da Doença Atual.
- História Patológica Progressiva.
- História Social e Familiar.
- História Medicamentosa.
- Avaliação Nutricional.

2. Exame Físico.

3. Avaliação Laboratorial e ECG.

4. Avaliação Funcional.

Ex.: Escala de Katz , Lawton e Crichton, que medem a saúde em termos de função.

5. Avaliação do Estado Mental.

Demências.

Ex.: Mini Exame do Estado Mental.

Depressão.

Ex.: Escala de Yessevage.

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 193/03

Dispõe sobre plantão em disponibilidade de trabalho-médico alcançável.

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

CONSIDERANDO que o atendimento em regime de sobreaviso ou plantão em disponibilidade de trabalho é legal e previsto na legislação;

CONSIDERANDO o Parecer CFM n. 09/2003 ;

CONSIDERANDO o Parecer CREMERJ n. 55/97 sobre o Plantão à Distância;

CONSIDERANDO que o plantão em disponibilidade de trabalho é uma prática utilizada em muitas unidades assistenciais, objetivando viabilizar o atendimento em variadas especialidades, nas quais as ocorrências são eventuais;

CONSIDERANDO que o médico socorrista de plantão nas Unidades Assistenciais está capacitado a prestar o primeiro atendimento, qualquer que seja a patologia e de executar manobras de reanimação e de suporte vital até a chegada do especialista;

CONSIDERANDO que o plantão em disponibilidade de trabalho acarreta responsabilidades adicionais à prática médica;

CONSIDERANDO que é direito do médico receber remuneração pelo tempo disponibilizado para as unidades de assistência médico-hospitalar e pela prestação de serviços profissionais;

CONSIDERANDO a necessidade de se regulamentar a prática do plantão em disponibilidade de trabalho;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros em 30 de abril de 2003.

RESOLVE:

Art.1º Determinar que a modalidade de plantão médico em disponibilidade de trabalho é ato médico e só pode ser exercido por

profissional médico devidamente registrado no CRM.

§1º Plantão em disponibilidade de trabalho é atividade em que o médico permanece à disposição da Unidade Assistencial de Saúde em horário pré-estabelecido e acordado previamente, para ser requisitado por intermédio de qualquer meio de comunicação, estando o profissional em condições de pronto atendimento pessoal e imediato, para ocorrências eventuais.

§2º O plantão em disponibilidade de trabalho não poderá ser cumulativo para o mesmo horário, constituindo-se infração ética a simultaneidade dos plantões acordados com mais de uma Unidade Assistencial.

Art.2º O plantão em disponibilidade de trabalho será sempre remunerado e pactuado entre as partes, sem prejuízo dos honorários devidos pelos serviços prestados, quando solicitado para atendimento.

Art.3º O médico em regime de plantão em disponibilidade de trabalho só pode ser acionado por determinação do Diretor Técnico, da equipe médica ou do médico plantonista da Unidade Assistencial de Saúde.

Art.4º Ao ser acionado o médico, que esteja de plantão em disponibilidade de trabalho, é obrigatório que o médico que tomou tal decisão permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Art.5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 30 de abril de 2003.

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA
Presidente

Cons. LUÍS FERNANDO SOARES MORAES
Primeiro Secretário

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 194/03

Define Ato Médico em Medicina Física e de Reabilitação e em áreas conexas; orienta a prática médica quanto às atribuições, competência e particularidades técnicas da especialidade e esclarece quais as implicações para o paciente e para as relações com profissionais não-médicos.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o Decreto-Lei n. 20.931, de 1932, que determina a obrigatoriedade de registro de prescrição médica;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM n. 1.627/2001, que define o ato profissional médico;

CONSIDERANDO os Pareceres CFM n. 30/96 e n. 46/99 e as Resoluções CREMERJ n. 121/98, a qual afirma que "cabe, exclusivamente, ao médico a realização de consulta médica, a investigação diagnóstica e terapêutica", e n. 185/02, que dispõe acerca da necessidade da requisição de exames ser efetuada por profissional médico;

CONSIDERANDO que o alvo de toda atenção do médico é o paciente, visando sempre o seu conforto e segurança, e que ele deve sempre zelar para que tal condição seja também garantida, quando, após a consulta médica, formalizar a indicação de aplicação de métodos e técnicas de terapia, através de eventual intervenção de profissionais não-médicos em sua função auxiliar ou complementar;

CONSIDERANDO que por maior que seja a qualificação e treinamento de profissionais não-médicos, não podem estes assumir responsabilidades além das previstas em lei como sendo de competência de sua profissão;

CONSIDERANDO que qualquer retardo no atendimento pelo médico, seja ou não especialista, pode representar agravamento da moléstia e até

mesmo risco de vida para o paciente;

CONSIDERANDO que qualquer intervenção ou terapia dirigida ao paciente por outro profissional da área de saúde, exceto em situações específicas previstas em lei, depende sempre de consulta, anamnese, exame, diagnóstico e indicação médica;

CONSIDERANDO que atos indevidamente praticados, sejam por leigos ou por profissionais da área de saúde, não habilitados para a prática da Medicina, podem retardar o estabelecimento e a comprovação diagnóstica, bem como a indicação e iniciação da terapêutica adequada, e podem também ser considerados infrações ao Art. 282 do Código Penal, que trata do exercício ilegal da Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros do CREMERJ realizada em 25 de julho de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º É Ato Médico e, portanto, ao médico, e somente a ele, compete:

I) Elaborar prontuário médico de acordo com o estabelecido no Código de Ética Médica contendo anamnese e exame físico, indicação e solicitação de exames complementares entre os quais os laboratoriais, imaginológicos, ergométricos, funcionais pulmonares e outros que avaliem função ou estado orgânico funcional.

II) Indicar, solicitar, realizar, interpretar e emitir laudos de exames complementares, tais como o eletrodiagnóstico, de estimulação ou captação; exame dos movimentos, de força e outros parâmetros musculares, desarmado ou através de equipamentos específicos, tais como os isocinéticos, dinamômetros, goniômetros e outros que avaliem estados orgânicos e/ou funções.

III) Solicitar exames e quando empreendê-los emitir laudo ou relatório em receituário ou formulário apropriado, apondo seu nome legível e o número

de seu registro no CREMERJ.

IV) Estabelecer hipóteses diagnósticas e diagnóstico final, seja este etiológico, nosológico, clínico, cirúrgico, anátomo-patológico, orgânico e/ ou funcional e prognóstico.

V) Emitir laudos, relatórios e atestados periciais sobre atos médicos, como descritos na presente Resolução.

VI) Definir conduta de tratamento clínico, prescrição de afastamento, repouso, cuidados, restrições e/ou uso de medicamentos, indicação e realização de reabilitação ou procedimentos terapêuticos, ainda que invasivos, dentre os quais citamos: infiltrações e inclusões de drogas, materiais absorvíveis ou permanentes, órteses, próteses e equipamentos de auxílio mecânico ou funcional.

VII) Determinar dose, seqüência terapêutica, início, duração e término das terapias indicadas e a subseqüente avaliação de seus resultados.

VIII) Conceituar a aptidão ou inaptidão para o trabalho ou ocupação após o empreendimento da avaliação da compatibilidade entre a análise de suas limitações e capacidades residuais e avaliação profissiográfica funcional, com a emissão de laudo circunstanciado, definindo a possibilidade ou não do exercício da função ou atividade;

Parágrafo único. Procedimentos como exame do movimento, de força e outros parâmetros musculares desarmados ou feitos através de equipamentos especiais, tais como os isocinéticos ou empreendidos com o uso de dinamômetros, goniômetros, a avaliação funcional de atividade de vida diária e de outros distúrbios físicos que requeiram reabilitação, como permitido na Resolução CREMERJ n. 174/01, de 27/06/2001, e sucedâneos, podem ter sua realização delegada por médicos a terapeutas, sob supervisão e permanente responsabilidade médica, devendo o médico firmar e assinar o relatório ou laudos com o nome legível, apondo carimbo que inclua o número de seu registro no CREMERJ.

Art.2º O médico Diretor Técnico da instituição também é responsável pelo cumprimento das determinações da presente Resolução.

Art.3º Diante de situação em que se configure infração ao disposto na presente Resolução é dever do médico rejeitar exames, laudos, pareceres, pedidos e atos que conflitem com o disposto no Art.1º, denunciando de imediato o fato aos órgãos competentes, notificando este Conselho para o devido acompanhamento e/ou providências ético-profissionais e legais que se fizerem necessárias.

Art.4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 25 de julho de 2003.

Cons. ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA
Presidente

Cons. LUÍS FERNANDO SOARES MORAES
Primeiro Secretário

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 196/04

Dispõe sobre a reestruturação organizacional do CREMERJ.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Resolução CREMERJ n. 139/99 de 15/04/1999, que determina a estrutura organizacional do CREMERJ;

CONSIDERANDO a estrutura municipal do Estado do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO a extinção das Delegacias e Subdelegacias do CREMERJ;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 17 de março de 2004.

RESOLVE:

Art. 1º A sede do CREMERJ está situada à Praia de Botafogo, n. 228 anexo 119 B/C - Botafogo, no Município do Rio de Janeiro.

Art. 2º O Conselho terá as seguintes representações:

1. Subsedes:
 - a) Tijuca;
 - b) Madureira;
 - c) Barra da Tijuca; e
 - d) Ilha do Governador

2. Seccionais Municipais:
 - a) Angra dos Reis;
 - b) Barra Mansa;
 - c) Cabo Frio;
 - d) Campos dos Goytacazes;
 - e) Itaperuna;

- f) Macaé;
- g) Niterói;
- h) Nova Friburgo;
- i) Nova Iguaçu;
- j) Petrópolis;
- k) Teresópolis;
- l) Valença;
- m) Vassouras;
- n) Volta Redonda; e
- o) Resende.

Art. 3º A jurisdição da Seccional Municipal de Angra dos Reis abrange os seguintes Municípios: Angra dos Reis, Parati, Mangaratiba e Itaguai.

Art. 4º A jurisdição da Seccional Municipal de Barra Mansa abrange os seguintes Municípios: Barra Mansa, Rio Claro e Quatis.

Art. 5º A jurisdição da Seccional Municipal de Cabo Frio abrange os seguintes Municípios: Cabo Frio, Arraial do Cabo, Araruama, Saquarema, Armação de Búzios, Iguaba Grande e São Pedro da Aldeia.

Art. 6º A jurisdição da Seccional Municipal de Campos dos Goytacazes abrange os seguintes Municípios: Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São João da Barra, Cardoso Moreira e São Francisco de Itabapoana.

Art. 7º A jurisdição da Seccional Municipal de Itaperuna abrange os seguintes Municípios: Itaperuna, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Itaocara, Aperibé, Santo Antônio de Pádua, Miracema, Laje do Muriaé, São José de Ubá, Natividade, Porciúncula, Varre-e-Sai e Italva.

Art. 8º A jurisdição da Seccional Municipal de Macaé abrange os seguintes Municípios: Macaé, Casemiro de Abreu, Barra de São João, Silva Jardim, Rio das Ostras, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã.

Art. 9º A jurisdição da Seccional Municipal de Niterói abrange os

seguintes Municípios: Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Maricá e Rio Bonito.

Art. 10 A jurisdição da Seccional Municipal de Nova Friburgo abrange os seguintes Municípios: Nova Friburgo, Bom Jardim, Trajano de Moraes, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Cantagalo, Carmo, Sumidouro, Macuco, Cordeiro, Duas Barras e Cachoeira de Macacu.

Art. 11 A jurisdição da Seccional Municipal de Nova Iguaçu abrange os seguintes Municípios: Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Nilópolis, Belford Roxo, Queimados, Japeri e Mesquita.

Art. 12 A jurisdição da Seccional Municipal de Petrópolis abrange os seguintes Municípios: Petrópolis, Areal, São José do Vale do Rio Preto, Sapucaia, Três Rios, Paraíba do Sul, Comendador Levy Gasparian e Distrito de Piabetá (Município de Magé).

Art. 13 A jurisdição da Seccional Municipal de Teresópolis abrange o Município de Teresópolis, Magé (exceto Distrito de Piabetá) e Guapimirim.

Art. 14 A jurisdição da Seccional Municipal de Valença abrange os seguintes Municípios: Valença, Rio das Flores, Paty do Alferes, Miguel Pereira e Barra do Piraí.

Art. 15 A jurisdição da Seccional Municipal de Vassouras abrange os seguintes Municípios: Vassouras, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Paracambi e Seropédica.

Art. 16 A jurisdição da Seccional Municipal de Volta Redonda abrange os seguintes Municípios: Volta Redonda, Piraí, e Pinheiral.

Art. 17 A jurisdição da Seccional Municipal de Resende abrange os seguintes Municípios: Resende, Itatiaia e Porto Real.

Art. 18 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação,

revogando-se as disposições em contrário, notadamente a Resolução CREMERJ n. 188/03.

Rio de Janeiro, 17 de março de 2004.

Cons. MÁRCIA ROSA DE ARAUJO
Presidente

Cons. PAULO CESAR GERALDES
Diretor Primeiro Secretário

**ÍNDICE REMISSIVO DAS
RESOLUÇÕES NORMATIVAS**

ÍNDICE REMISSIVO DAS RESOLUÇÕES NORMATIVAS

A

ALERGIA E IMUNOLOGIA

RESOLUÇÃO: 181/02

ANESTESIOLOGIA

RESOLUÇÃO: 180/01

ATENDIMENTO ASILAR

RESOLUÇÃO: 192/03

ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

RESOLUÇÃO: 180/01; 187/03

ATESTADO MÉDICO

RESOLUÇÃO: 194/03

ATO MÉDICO

RESOLUÇÃO: 174/01; 181/02; 182/02; 185/02; 186/03; 193/03; 194/03

AUDITORIA MÉDICA

RESOLUÇÃO: 182/02

C

CHEFIAS DE UNIDADES DE SAÚDE

RESOLUÇÃO: 186/03

CIRURGIA AMBULATORIAL

RESOLUÇÃO: 180/01

CLUBES E ACADEMIAS

RESOLUÇÃO: 184/02

D

DIREÇÃO TÉCNICA (RESPONSABILIDADE TÉCNICA)

RESOLUÇÃO: 180/01; 184/02; 185/02; 186/03; 187/03; 192/03; 194/03

DOENÇA INCAPACITANTE
RESOLUÇÃO: 177/01

E

ESTÁGIO
RESOLUÇÃO: 165/01

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO CREMERJ
RESOLUÇÃO: 196/04

EVENTOS ESPECIAIS
RESOLUÇÃO: 187/03

EXAMES MÉDICOS E COMPLEMENTARES
RESOLUÇÃO: 184/02; 185/02; 194/03

EXTRATOS ALERGÊNICOS
RESOLUÇÃO: 181/02

G

GERIATRIA
RESOLUÇÃO: 192/03

I

IDOSO
RESOLUÇÃO: 192/03

INSCRIÇÃO E REGISTRO
RESOLUÇÃO: 184/02; 186/03; 187/03; 192/03

INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA
RESOLUÇÃO: 180/01

M

MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

RESOLUÇÃO: 194/03

O

OTORRINOLARINGOLOGIA

RESOLUÇÃO: 174/01

P

PERÍCIAS MÉDICAS

RESOLUÇÃO: 177/01

PLANOS DE SAÚDE

RESOLUÇÃO: 182/02

PLANTÃO MÉDICO

RESOLUÇÃO: 193/03

PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS

RESOLUÇÃO: 174/01; 181/02; 185/02; 186/03; 192/03; 194/03

PRONTUÁRIO MÉDICO

RESOLUÇÃO: 194/03

RESOLUÇÕES REVOGADAS

Resolução CREMERJ N. 159/00 - Revogada pela
Resolução CREMERJ N. 182/02.

Resolução CREMERJ N. 188/03 - Revogada pela
Resolução CREMERJ N. 196/04.

PARECERES DO CREMERJ

SUMÁRIO CRONOLÓGICO-ANALÍTICO DOS

PARECERES DO CREMERJ

Parecer n.98/01 - Questões acerca da técnica de gastroplastia redutora para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. **p. 97**

Parecer n.99/01 - Interpretação indevida da aplicação de exames audiométricos por parte de empresas operadoras de planos e seguros de saúde. **p. 100**

Parecer n.100/01 - Questões relativas à atividade profissional de conselheiro em dependência química. **p. 105**

Parecer n.101/02 - Obrigatoriedade de médicos obstetras fornecerem declaração de óbito para todas as perdas fetais com peso abaixo de 500 gramas. **p. 107**

Parecer n.102/02 - Cobrança de honorários médicos a pacientes assistidos pelo SUS. **p. 109**

Parecer n.103/02 - Terapia de regressão de vidas passadas realizada por psiquiatra. **p. 114**

Parecer n.104/02 - Cobrança de honorários incorporando os custos operacionais de equipamentos utilizados na urologia. **p. 116**

Parecer n.107/02 - Exercício privado concomitante com o serviço público. **p. 120**

Parecer n.108/02 - Depressão neurótica - se é caracterizada, ou não, como doença mental. **p. 122**

Parecer n.109/02 - Exercício da psiquiatria sem o título da especialidade. **p.124**

Parecer n.110/02 - Atendimento em consultório particular de paciente sem hora marcada. **p. 126**

Parecer n.111/02 - Questões relativas a atestado para fins de abono de faltas escolares. **p. 127**

Parecer n.113/02 - Questões relativas a atestados médicos sem oposição do CID. **p. 130**

Parecer n.114/02 - Conduta médica necessária para que se evite a fuga de paciente que dá entrada na emergência hospitalar. **p. 134**

Parecer n.115/02 - Questões relativas à doação de órgãos de recém-nato anencéfalo. **p. 136**

Parecer n.116/02 - Questões relativas à fiscalização que o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia faz às clínicas ortopédicas. **p. 140**

Parecer n.118/02 - Questões relativas ao acesso ao prontuário médico. **p. 142**

Parecer n.119/03 - Questões relativas a Acupuntura em Programa de Reabilitação Cardiovascular. **p. 144**

Parecer n.120/03 - Questões relativas a óbito lavrado com causa mortis indeterminada. **p. 146**

Parecer n.121/03 - Questões relativas à obrigatoriedade do médico fornecer o seu CIC. **p. 148**

Parecer n.122/03 - Questões relativas à emissão de atestados médicos a escolares para a prática de atividades físicas. **p. 150**

Parecer n.123/03 - Questões relativas a parâmetros quantitativos e qualitativos para a caracterização do deficiente auditivo. **p. 152**

Parecer n.126/03 - Questões relativas à realização de diálise peritoneal e hemodiálise. p. 160

Parecer n.127/03 - Questões relativas aos riscos da exposição do ouvido humano a som elevado, em ambiente fechado. p. 162

Parecer n.128/03 - Questões relativas a equoterapia. p. 167

Parecer n.132/03 - Questões relativas ao desenvolvimento da estenose aórtica grave. p. 169

Parecer n.133/03 - Questões relativas à colocação de Tela de Prolene durante internação cirúrgica. p. 171

Parecer n.134/03 - Questões relativas à prática de manipulação e administração de cateter de demora peridural feita pela equipe de enfermagem. p. 172

Parecer n.135/03 - Questões relativas à apreciação e à contestação de laudo, de orientação, de declaração ou de atestados médicos. p. 173

Parecer n.136/03 - Questões relativas às doenças que impossibilitam a sobrevivência do neonato. p. 175

Parecer n.137/03 - Questões relativas a plantão de médico pediatra. p. 177

Parecer n.138/03 - Questões relativas ao início de ato anestésico sem a presença do cirurgião responsável pela equipe. p. 178

Parecer n.139/03 - Questões relativas à anestesia e à cirurgia de aneurisma intracraniano. p. 179

Parecer n.140/03 - Questões relativas aos medicamentos ReoPro e Agrastat. p. 184

Parecer n.141/03 - Questões relativas à coleta de líquido *post mortem*. p. 189

Parecer n.142/03 - Questões relativas à coleta de sangue em vítimas fatais de acidentes de trânsito. **p. 191**

Parecer n.144/03 - Questões relativas à comunicação de óbito e ao atestado de óbito. **p. 192**

Parecer n.145/03 - Questões relativas a treinamento para inserção de DIU. **p. 194**

Parecer n.146/03 - Questões relativas à emissão de atestado de óbito. **p. 196**

Parecer n.147/03 - Questões relativas à definição das áreas de atuação do Centro de Tratamento Intensivo e da Unidade Coronariana. **p. 199**

Parecer n.148/03 - Questões relativas à ginástica passiva - eletroestimulação. **p. 205**

Parecer n.150/03 - Questões relativas à interpretação do exame de cintilografia do miocárdio e se seu laudo deve ser feito por especialista radiologista ou pelo cardiologista. **p. 208**

Parecer n.151/03 - Questões relativas às condições de iluminação para a realização de necropsias. **p. 210**

Parecer n.153/04 - Questões relativas a atestado emitido por psicóloga para fins de abono de falta ao trabalho. **p. 212**

Parecer n.154/04 - Questões relativas a atendimento médico particular a menor de idade. **p. 215**

Parecer n.155/04 Questões acerca da prática e do culto religioso nos hospitais públicos. **p. 217**

PARECER CREMERJ N. 98/01

INTERESSADO: Dr. C. A. P.

RELATORES: Câmara Técnica de Cirurgia Geral e Trauma do CREMERJ, composta por Dr. Oscar Brandão Lira, Dr. Savino Gasparini Neto, Dr. Felício Roque Falci, Dr. José Fernando Barbosa de Siqueira e Cons. Guilherme Eurico Bastos da Cunha.

QUESTÕES ACERCA DA TÉCNICA DE GASTROPLASTIA REDUTORA PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA.

EMENTA: Informa que a gastroplastia redutora, para tratamento de obesidade mórbida, não é mais considerada como cirurgia experimental. Esclarece que, inicialmente, usava-se a cirurgia convencional a céu aberto e posteriormente por videolaparoscopia. Enumera os benefícios advindos desta cirurgia.

CONSULTA: Profissional médico solicita parecer do CREMERJ quanto à técnica de gastroplastia redutora, a qual é utilizada para o tratamento cirúrgico de obesidade mórbida. Questiona se a mesma é considerada como procedimento experimental.

PARECER: Em resposta ao protocolo acima mencionado, a Câmara Técnica de Cirurgia Geral e Trauma do CREMERJ tem a relatar que este procedimento cirúrgico não é mais, no momento presente, uma técnica experimental.

Para tanto, acrescentamos, para fundamentar a resposta, que a obesidade é uma entidade nosológica que vem preocupando pacientes e médicos. Há muito tempo, os mais variados métodos de tratamento clínico, medicamentoso, dietético e os baseados em atividades físicas são de eficácia discutível.

A educação alimentar é um grande passo para o controle de peso. Mas esta educação passa por um ponto crítico que é a saciedade, que tem que ser

precoce, pois senão o obeso descarrega suas frustrações e ansiedades na comida.

A indicação da cirurgia é feita quando o obeso tem um Índice de Massa Corporal maior que 40kg/m^2 ou 35kg/m^2 se houver co-morbidade associada.

A cirurgia da obesidade teve início após 1940, com um grande período de operações que visavam diminuir a superfície de absorção do intestino delgado, como derivação jejuno cólico ou jejuno ileal (Scott e Payne). Posteriormente vieram as técnicas mistas, com destaque maior para derivação bílio pancreática pela proposta de Scopinaro.

Estas operações obtiveram bons e maus resultados, proporcionando um emagrecimento às custas de redução do processo desabsortivo de nutrientes.

As cirurgias restritivas tiveram seu início com Mason, que faz uma gastroplastia vertical, confeccionando um tubo gástrico calibrado com um anel gástrico não ajustável. Há alguns anos, a cirurgia restritiva e menos absorptiva, pela técnica de Capela, vem sendo uma das mais utilizadas em todo o mundo, tendo excelente aceitação no meio médico e entre os pacientes.

As infecções e deiscência de sutura tiveram um declínio acentuado com a descoberta de novos antibióticos e com o advento dos grampeadores lineares. A era de experiência das gastroplastias já vai muito longe, pois sua utilização já de muito está consagrada.

Os benefícios que vão acontecer pela perda de peso a estes pacientes, lhes trará bem estar com acentuada melhora da qualidade de vida, com baixo risco cirúrgico. A acentuada melhora clínica pela perda ponderal trará diminuição da glicemia entre os diabéticos, do colesterol, dos triglicerídios, do ácido úrico, da pressão arterial e do risco de doença arterial coronária (D.A.C.); aliviará as artropatias e artralgias e melhorará sua auto-estima.

Atualmente, as cirurgias de Capela e Scopinaro já são feitas através da videolaparoscopia, o que beneficia o paciente no que diz respeito à sua pronta recuperação. O método de abordagem muda, mas a técnica operatória continua a mesma.

Há quase duas décadas que a introdução da banda gástrica ajustável entrou no arsenal cirúrgico de combate à obesidade mórbida. Inicialmente, por cirurgia convencional a céu aberto e posteriormente por videolaparoscopia. Este método da banda gástrica é puramente restritivo. Aguardamos, no entanto, a chancela do tempo para que sejam avaliadas possíveis complicações deste procedimento a médio e longo prazo.

Devemos considerar, também, a colocação dos balões intragástricos por via endoscópica que funcionam reduzindo o volume da cavidade gástrica, dando sensação de plenitude. Esta modalidade sim, em nosso ponto de vista, ainda é experimental. Tem a grande vantagem sobre as outras por ser de mais fácil execução e a qualquer manifestação idiossincrática pode ser removida facilmente. Também apresenta pequeno percentual de morbidade e mortalidade, comparada às demais técnicas.

Tal cirurgia a ser proposta e executada deverá contar com equipe multiprofissional, da qual são indispensáveis, além da equipe cirúrgica, o endocrinologista, psicólogos, psiquiatras, clínicos, bem como o hospital deve contar com instalações especiais para internação de tais pacientes.

A indicação operatória está relacionada ao IMC: quanto maior este índice, maior a indicação para a gastroplastia.

(Aprovado em Sessão Plenária de 07/03/2001)

PARECER CREMERJ N. 99/01

INTERESSADO: Sociedade de Otorrinolaringologia do Rio de Janeiro.

RELATORES: Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CREMERJ, composta pelos Conselheiros Mario Jorge Rosa de Noronha e Marcos André de Sarvat e pelos membros Drs. Alencar Polimeni Beneti, Angelo Ferreira Sales, Casimiro Villela Junqueira Filho, Celso Barbosa Montenegro, Claudia Maria Valete, Denise de Abreu Durão, Guido Herbert Fernandes Heisler, Heitor Conde Ribeiro Dantas, João Aprigio Lorenzoni, Jorge da Cunha Barbosa Leite, Jorge Valentim Filho, Laura Carmela de Luca França, Marise da Penha Costa Marques, Moacir Tabasnik, Regina Moura de Quevedo, Roberto Campos Meirelles, Shiro Tomita e Sidney de Oliva Magaldi Ferreira.

INTERPRETAÇÃO INDEVIDA DA APLICAÇÃO DE EXAMES AUDIOMÉTRICOS POR PARTE DE EMPRESAS OPERADORAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE.

EMENTA: Esclarece as modalidades existentes de exames audiométricos, de diferentes níveis de complexidade, que vêm sendo equivocadamente considerados como mesmo procedimento por parte de algumas operadoras de planos e seguros de saúde. Determina que os referidos exames sejam realizados por médicos ou sob sua supervisão e responsabilidade, posto que se constituem em Ato Médico, e recomenda que o médico deva ser preferencialmente especialista em Otorrinolaringologia e/ou atuante em Audiologia Clínica.

CONSULTA: Parecer motivado por restrições impostas e glosas ocorridas quando da realização de exames audiométricos nos consultórios e clínicas de Otorrinolaringologia.

PARECER: Diante de diversas consultas de colegas acerca de questões relacionadas a exames audiométricos que vêm sendo objeto de questionamento por parte de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, o CREMERJ esclarece que tais exames devam ser realizados pelo médico, ou sob sua supervisão e responsabilidade, por ser o único profissional apto a firmar diagnósticos etiológicos e nosológicos, definir e implantar conduta terapêutica, emitir laudos periciais e traçar prognósticos; e que seja preferencialmente

especialista em Otorrinolaringologia e/ou atuante em Audiologia Clínica, tendo em vista a sua maior dedicação e experiência nessa área.

No sentido de normatizar e diferenciar quais sejam os exames audiológicos, o CREMERJ esclarece a nomenclatura a respeito de cada um dos atualmente existentes, ou mais comumente realizados.

1. Audiometria Ocupacional ou de Seleção.

Conforme disposto na Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira/AMB, o exame referia-se ao procedimento que era realizado por ocasião do uso da Tabela de Fowler, quando eram pesquisadas somente as frequências de 500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz.

Desde a nova redação dada pela Portaria n. 24, de 29 de dezembro de 1994, do Ministério do Trabalho e, mais recentemente, pela Portaria n. 19, de 9 de abril de 1998, a legislação passou a adotar as frequências de 250, 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000 Hz, o dobro do número de frequências que era realizado. Atualmente, de forma obrigatória, são pesquisadas duas frequências a mais que as audiometrias clínicas, onde os limiares em 3.000 e 6.000 somente são obtidos em situações especiais, quando ocorre perda nas frequências adjacentes.

Para que sejam minimizadas as dúvidas, por ocasião da realização dos exames, com vistas ao atendimento à legislação em vigor, é recomendável que os exames audiométricos, para fins ocupacionais e/ou periciais, compreendam a realização de Audiometria Tonal com Testes de Discriminação (também referida simplesmente como Audiometria Tonal) e Audiometria Vocal, a exemplo do que normalmente é feito nas avaliações clínicas da audição. Tais procedimentos permitem que o exame investigue a audição tanto no aspecto da determinação do limiar de audibilidade e percepção das diferenças tonais inter-frequências (tons puros), como da capacidade de reconhecimento de fonemas (palavra falada), bem como a determinação da coerência das respostas obtidas (má técnica, simulação e dissimulação) ou o impacto de uma determinada perda auditiva na capacidade de comunicação.

O aspecto desses exames, no que diz respeito ao interesse ocupacional

e/ou pericial, apresenta sua principal diferenciação no enfoque dado ao laudo médico do exame e não na execução do exame propriamente dito, conforme, equivocadamente, a denominação antiga da audiometria ocupacional ou de seleção poderia sugerir.

2. Medida da Capacidade Auditiva.

Consiste na quantificação da habilidade de ouvir do examinado, em perceber bem os tons apresentados à audiometria tonal com testes de discriminação e, na audiometria vocal, pelo reconhecimento da diferença fonética das palavras apresentadas pelo examinador, através da sua repetição correta pelo examinado.

2.1 Audiometria Tonal com Testes de Discriminação (também referida simplesmente como Audiometria Tonal).

Exame onde se afere quantitativamente em decibéis (magnitude de perda), e qualitativamente em Hz (em que freqüências), a acuidade auditiva do examinado. Em tal exame pode-se detectar a incapacidade em se perceber as diferenças tonais entre as freqüências pesquisadas (dificuldade em discriminar freqüências - discriminação tonal é a capacidade de perceber diferenças entre tons puros de diversas freqüências). Para testar a discriminação vocal usam-se os chamados testes de discriminação vocal.

2.2 Audiometria Vocal ou Logoaudiometria.

É indicada para se aferir a capacidade de percepção da fala (palavra falada) ou discriminação vocal (capacidade de perceber diferenças entre fonemas, ou conjunto de fonemas, sejam estes monossílabos, dissílabos, trissílabos ou frases).

São duas as modalidades audiométricas vocais: a Audiometria Vocal Limiar de Discriminação e a Audiometria Vocal Limiar de Inteligibilidade.

São cinco os limiares que podem ser obtidos durante as Audiometrias Vocais.

Na Audiometria Vocal Limiar de Discriminação.

1) Limiar de Audibilidade da Voz, sem que haja necessariamente entendimento da palavra falada.

2) Limiar de Detectibilidade da Fala (LDF), conhecido também como Speech Detection Threshold (SDT). É o momento em que o indivíduo detecta a presença de um sinal de fala, em 50% das apresentações, mesmo sem sua compreensão. É utilizado para investigação do impacto funcional das perdas auditivas intensas e profundas (incapacidade auditiva). Apresenta relação direta com os limiares médios tritonais tonais (média aritmética das perdas observadas em 500, 1.000 e 2.000 Hz).

3) Limiar de Discriminação Vocal. É determinado quando o examinado reconhece o maior número de palavras que lhe são apresentadas, repetindo-as corretamente, com um acerto percentual que pode chegar a 100% nos casos com discriminação normal. Na prática, este limiar é obtido 25 a 30 decibéis acima do determinado para o reconhecimento de fala (LRF ou SRT).

4) Índice Vocal. Guarda relação direta com o Índice de Discriminação Vocal (IDV) ou Índice de Reconhecimento de Fala (IRF). Nada mais é do que a percentagem de repetição correta dos fonemas apresentados ao examinado na intensidade do Limiar de Discriminação Vocal. Exames com audição normal ou perdas de condução não apresentam índices menores que 88%, que é considerado como limite inferior da normalidade. As perdas cocleares, sensorineurais, podem apresentar pequenas reduções nos índices, guardando relação de proporcionalidade com a magnitude da perda tonal. As perdas sensorineurais, retrococleares, apresentam significativa redução dos índices e, não raramente, guardam nítida relação de desproporcionalidade com o perfil tonal obtido na Audiometria Tonal.

Na Audiometria Vocal Limiar de Inteligibilidade.

5) Limiar de Inteligibilidade da Fala ou Limiar de Reconhecimento da Fala, ou Limiar de Recepção da Fala (também conhecido como SRT Speech Recognition Threshold). É determinado no momento em que o examinado é capaz de repetir corretamente 50% (cinquenta por cento) dos vocábulos apresentados. Guarda relação com até 10 decibéis acima dos limiares tritonais (500, 1.000 e 2.000 Hz). É útil para comprovar a detecção correta do limiar tritonal obtido. Discrepâncias entre estes Limiares (Inteligibilidade da Fala, ou Reconhecimento da Fala, ou Recepção da Fala e a média tritonal) sugerem equívoco na realização do exame, seja por parte do examinador ou do examinado. Tal situação se faz presente nas falsas perdas sejam estas de

ordem psicológica ou intencional (simulação) e na tentativa de ocultar perdas verdadeiras (dissimulação).

Em conclusão:

1. Existem modalidades diversas de Exames Audiométricos, com diferentes níveis de complexidade.

2. Os exames audiométricos mais comuns e praticados atualmente são os seguintes:

1. Audiometria Ocupacional ou de Seleção (não mais utilizada, após modificação na legislação que aboliu o uso da Tabela de Fowler).

2. Medidas da Capacidade Auditiva.

2.1. Audiometria Tonal com testes de Discriminação.

2.2. Audiometria Vocal ou Logaudiometria.

2.2.1 Audiometria Vocal Limiar de discriminação.

2.2.1.1 Limiar de audibilidade da voz.

2.2.1.2 Limiar de detectibilidade da fala.

2.2.1.3 Limiar de discriminação vocal.

2.2.1.4 Índice vocal.

2.2.2. Audiometria vocal limiar de inteligibilidade.

2.2.2.1 Limiar de inteligibilidade da fala.

3. Algumas operadoras de planos e seguros de saúde, equivocadamente, consideram alguns ou todos os exames audiométricos como sendo um único exame e assim os remuneram. Assim sendo, todas deverão considerar remuneração diferenciada para cada procedimento, de acordo com sua complexidade.

4. Admite-se que em um mesmo exame audiométrico é possível a realização de diversos procedimentos, que, portanto, deverão gerar cobranças individualizadas.

5. Os exames audiométricos, por se constituírem em atos médicos, deverão ser realizados sempre por médicos ou sob sua supervisão e responsabilidade.

6. Recomenda-se que o médico deva ser preferencialmente otorrinolaringologista e/ou atuante em Audiologia Clínica.

(Aprovado em Sessão Plenária de 07/03/2001)

PARECER CREMERJ N. 100/01

INTERESSADO: Dra. V. N. D.

RELATORES: Dr. Alexandre Lins Keusen

Cons. Paulo Cesar Geraldes

Câmara Técnica de Psiquiatria e Saúde Mental do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À ATIVIDADE PROFISSIONAL DE CONSELHEIRO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

EMENTA: Esclarece que a função de conselheiro deve ser entendida como um papel desempenhado por alguém reconhecido como *expert* em alguma área do Conhecimento. Afirma que o "Conselheiro em Dependência Química" não é uma atividade a ser regulamentada, e sim uma experiência a ser compartilhada, e não pressupõe nenhum requisito profissional.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Dra. V. N. D. a qual solicita ao CREMERJ informações acerca da atividade profissional de Conselheiro em Dependência Química, que está em processo de regulamentação.

PARECER: Por definição, a função de conselheiro, de uma maneira geral, deve ser entendida como um papel desempenhado por alguém reconhecido como *expert* em alguma área do Conhecimento. Este papel vem sendo exercido ao longo dos séculos nas mais variadas situações, independente de sua especialidade.

Na prática é uma função exercida como assessoramento para a tomada de decisão, de forma permanente ou esporádica. Este papel pode ser desempenhado de forma gratuita ou remunerada como temos visto através dos consultores, que se propõem analisar e fornecer elementos para alguma decisão.

Atualmente temos visto surgirem em vários serviços a figura do dependente que compartilha sua experiência sobre o processo de tratamento. Esta atitude é vista, inclusive, como fundamental no processo de recuperação do próprio indivíduo. Este é um procedimento fundamental nas organizações de

auto-ajuda como os Alcoólicos Anônimos.

Sendo assim, o "Conselheiro em Dependência Química" não é uma atividade a ser regulamentada, e sim uma experiência a ser compartilhada, e não pressupõe nenhum requisito profissional, podendo ser exercido por agentes que tenham ou estejam vivendo uma situação de interrupção no uso de qualquer substância química ou de qualquer forma de dependência.

O fato de ser remunerado, em princípio fere o objetivo terapêutico desta atividade, pois adiciona um novo fator de *stress* para aquele que desempenha a função, vulnerável a recidivas, pervertendo a essência desta troca de vivências, que é fundamentalmente terapêutica.

(Aprovado em Sessão Plenária de 18/04/2001)

PARECER CREMERJ N. 101/02

INTERESSADO: Dr. M. T. A. de M.

RELATORES: Cons. Maria Tereza Fonseca da Costa

Grupo de Trabalho Materno-Infantil do CREMERJ

Cons. Hildoberto Carneiro de Oliveira

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMERJ

OBRIGATORIEDADE DE MÉDICOS OBSTETRAS FORNECEREM DECLARAÇÃO DE ÓBITO PARA TODAS AS PERDAS FETAIS COM PESO ABAIXO DE 500 GRAMAS.

EMENTA: Assinala que o preenchimento de declaração de óbito, nos casos de perdas fetais abaixo de 500 gramas, não acarreta problemas para o médico. Opina que no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro podem ser acatados os preceitos da Recomendação Administrativa n. 1 de 2000.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual solicita parecer quanto à obrigatoriedade dos médicos obstetras, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, fornecerem declaração de óbito para todas as perdas fetais com peso abaixo de 500 gramas, conforme Recomendação SMS n. 1, de 3 de maio de 2000.

PARECER: O Grupo de Trabalho Materno-Infantil do CREMERJ considerando que a definição de óbito fetal é a morte de um produto de concepção, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independente da duração da gravidez, entende que a Recomendação da Secretaria Municipal de Saúde não apresenta nenhuma incorreção. A qualificação das informações epidemiológicas disponíveis pode contribuir para o melhor planejamento de Ações de Saúde Pública. Na assistência perinatal são relevantes as informações sobre perdas fetais na população. O preenchimento de declaração de óbito, nos casos de perdas fetais abaixo de 500 gramas, não acarreta problemas para o médico. Em geral, o único transtorno determinado por essa Recomendação é a situação do enterramento que deverá ser providenciado pela unidade de saúde, já que a grande maioria das famílias,

nesses casos, não retorna para retirada dos corpos.

A Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMERJ analisou a Recomendação Administrativa n. 1, de 3 de maio de 2000, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e opina que no âmbito da competência daquela Secretaria estes preceitos podem ser acatados em suas unidades hospitalares. Não existe legislação detalhada a este respeito, conforme consta na referida Recomendação do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 26/07/2002)

PARECER CREMERJ N. 102/02

INTERESSADO: Dr. L. J. de H. S.

RELATOR: Cons. Jorge Wanderley Gabrich

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

COBRANÇA DE HONORÁRIOS MÉDICOS A PACIENTES ASSISTIDOS PELO SUS.

EMENTA: Não é permitida a cobrança de honorários por profissionais que pertençam ao quadro do hospital público, ou conveniado com o SUS, como complemento dos serviços prestados. É permitida a cobrança de honorários quando o médico não pertencer ao quadro de funcionários do hospital e para lá é requisitado pelo paciente, familiares ou pela Direção do Hospital.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual expõe trabalhar em uma fundação privada, sem fins lucrativos, em cujo hospital existem instalações distintas para atendimento ao SUS e para atendimento privado, com a mesma equipe médica trabalhando em regime de plantão no Serviço de Pronto Atendimento, ou como diaristas, nas rotinas dos serviços. Informa, ainda, que a equipe médica tem que atender a todos os pacientes que procurem o hospital, sejam oriundos do SUS ou privados. O Consultante, por fim, faz as seguintes indagações ao CREMERJ:

"1. É lícito que o médico cobre seus honorários profissionais quando o atendimento for prestado a pacientes privados?

2. É lícito que a instituição cobre os valores referentes aos honorários profissionais e não os repasse ao médico, sob a alegação de que já recebem um salário fixado no contrato de trabalho para cumprir a carga horária estabelecida?"

PARECER: Trata o presente documento da tentativa de elaborarmos uma resposta a várias consultas que chegam ao nosso Conselho questionando estar o médico autorizado ou não a cobrar honorários a pacientes assistidos

pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Para podermos entender o questionado precisamos classificar as diversas relações profissionais mantidas pelos médicos com os usuários do Sistema.

Assim, dividimos os médicos em 6 (seis) categorias, de acordo com a sua relação com estes pacientes.

1 - Médico pertencente ao quadro de funcionários de hospital público, que atende aos usuários do Sistema no próprio hospital.

2 - Médico pertencente ao quadro de funcionários do hospital público, que para lá leva paciente de sua clínica para atendimento.

3 - Médico pertencente ao quadro de funcionários de hospital privado, conveniado com o SUS, que lá assiste aos pacientes do Sistema.

4 - Médico não pertencente ao quadro de funcionários de hospital público, que lá é chamado pelo paciente, ou seu representante, para uma avaliação ou acompanhamento.

5 - Médico não pertencente ao quadro de funcionários de hospital conveniado com o SUS, que lá comparece para atender aos usuários do Sistema, por solicitação dos mesmos ou de seus familiares.

6 - Médico não pertencente ao quadro de funcionários de hospital privado conveniado com o SUS que lá comparece para atender aos usuários do Sistema por solicitação do hospital conveniado.

Os artigos do nosso Código que tratam da relação de médicos com o paciente do Sistema Público de Saúde são os de números 93, 94 e 95.

O artigo 93 é bem claro e não se aplica ao objetivo de nossa análise.

Dentro da sistematização acima referida começaremos a discutir caso a caso. Naqueles contidos na definição 1, o artigo 95 do nosso Código é perfeitamente aplicável, ficando claro não poder haver cobrança.

"É vedado ao médico:

Art. 95 Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários."

O mesmo se aplica para aqueles contidos na definição 2, porém o artigo cabível, além do 95, é o de número 94.

"É vedado ao médico:

Art. 94 Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais."

Continuando nossa análise, temos aqueles classificados na categoria 3, que também, no nosso entendimento, não podem ser objetos de cobrança, posto que aí se caracterizaria, como também nos casos acima, um duplo recebimento por parte do médico pelos serviços prestados.

Aquele a que se refere a categoria 4 da nossa classificação acreditamos ser correto que o médico cobre os seus honorários, posto que lá foi chamado a comparecer pelo paciente ou seus representantes. Como o médico não tem o seu trabalho remunerado, não vemos como recomendar ao profissional que não cobre os valores que achar como justos pelo seu trabalho.

Restaram para serem respondidos o procedimento de médico naqueles casos englobados nos itens 5 e 6. Aí estão os casos mais complexos e também os mais comuns no interior de nosso Estado, onde a carência de leitos públicos é grande, sendo suprida parcial e precariamente através dos convênios estabelecidos pelo SUS com os hospitais privados. As questões envolvendo a cobrança de honorários médicos aos pacientes usuários do SUS nestes hospitais têm se avolumado por algumas poucas e importantes razões.

Em primeiro lugar estão os baixos valores praticados pelo SUS no

pagamento dos honorários médicos. A insensibilidade da classe dirigente à questão do aviltamento do trabalho do médico fornece o caldo de cultura para o crescimento da insatisfação entre os profissionais. É cada vez maior o número de médicos, em todo o País, que deixa de se submeter à remuneração vil, não mais atendendo aos pacientes do SUS.

Ressalte-se que, diretamente relacionada aos valores irrisórios praticados pelo SUS, está a queda na qualidade do trabalho médico e seus conseqüentes conflitos com o nosso Código de Ética.

Além da omissão governamental no trato da questão da tabela de honorários do SUS, temos outros protagonistas importantes no cenário que envolve a assistência aos usuários do SUS no interior do Estado. Esses protagonistas são os hospitais privados, ditos filantrópicos, conveniados com o Sistema.

Essas instituições reservam parte dos seus leitos à assistência aos usuários do SUS e para isso são beneficiadas com isenções tributárias que, aparentemente, compensam os valores deficitários com que são pagos. Os médicos pertencentes ao corpo clínico dessas instituições assistem aos usuários dos planos de saúde e particulares e são chamados também a atender os usuários do SUS.

É a política do chamado "toma lá dá cá", na qual o hospital acena com os benefícios do direcionamento da clientela dos planos de saúde para que o médico assuma o ônus de assistir aos beneficiários do Sistema Público. Ocorre, no entanto, que aos médicos não são concedidas as isenções tributárias que beneficiam essas instituições.

Assim sendo, a dupla via que se pretendia nessa relação acaba existindo somente em uma direção, beneficiando apenas um dos parceiros, que são os hospitais ditos filantrópicos. Ao médico resta somente atender aos pacientes internados nos leitos destinados ao SUS, que hoje paga, via de regra, R\$ 2,50 por uma consulta hospitalar.

Está mais do que evidente que o médico não está sendo adequadamente remunerado pelos seus serviços.

Na direção de "legalizar" esta relação perversa, alguns hospitais, na defesa de seus interesses, já inserem em seus regulamentos artigos que prevêm que os membros de seus corpos clínicos são aqueles médicos que estão "desenvolvendo suas atividades profissionais nos diversos serviços e clínicas do hospital, (...), atendendo indistintamente todos os convênios que o hospital mantiver, inclusive o SUS - Sistema Único de Saúde."

Resta porém uma diferenciação entre as categorias 5 e 6 da nossa sistematização. Na primeira, temos a solicitação da presença do médico por parte do paciente ou de seus representantes. Na outra, a chamada é feita pelo hospital conveniado. É nossa compreensão que na categoria 5 cabe ao paciente arcar com os custos adicionais de sua assistência, aplicando-se aqui o mesmo entendimento dado à definição 4. Na categoria 6, cabe ao hospital que solicitou a presença do profissional o pagamento justo ao médico pelo seu serviço.

Na fixação dos seus honorários e no atendimento desses pacientes, o médico nunca deverá perder de vista a função humanitária de nossa profissão, ficando sempre atento aos artigos do nosso Código que visam evitar a omissão de socorro e a ganância na relação com os pacientes.

Os artigos 58, 89 e 90 prescrevem ser vedado ao médico:

"Art. 58. 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."

"Art. 89. Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local."

"Art. 90. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado."

Finalmente, frisamos que as questões envolvendo o relacionamento entre o médico que é chamado a avaliar um paciente internado e a equipe que lhe assiste não foram o objeto da consulta inicial, não sendo, portanto, analisadas neste Parecer.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 26/07/2002)

PARECER CREMERJ N. 103/02

INTERESSADO: Sr. H. R. L. N.

RELATORES: Cons. Paulo Cesar Geraldês

Dr. Miguel Chalub

Câmara Técnica de Psiquiatria e Saúde Mental do CREMERJ

TERAPIA DE REGRESSÃO DE VIDAS PASSADAS REALIZADA POR PSIQUIATRA.

EMENTA: Esclarece que a chamada "terapia de vidas passadas" ou "terapia de regressão de vidas passadas" não possa ser tida como "prática de clínica psiquiátrica", pois a ela faltam a fundamentação doutrinária e o rigor científico que devem embasar as práticas médicas.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. H. N., o qual solicita saber se pode um psiquiatra utilizar em seu consultório a prática denominada de Terapia de Vidas Passadas.

PARECER: Não há nenhuma resolução ou parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro ou do Conselho Federal de Medicina sobre a "prática de clínica psiquiátrica" (sic) da regressão de vidas passadas. Sobre o tema podemos aduzir as seguintes considerações:

1 - acreditamos que a chamada "terapia de vidas passadas" ou "terapia de regressão de vidas passadas" não possa ser tida como "prática de clínica psiquiátrica", pois a ela faltam a fundamentação doutrinária e o rigor científico que devem embasar as práticas médicas. Por impertinente no momento, não iremos tecer maiores considerações sobre o problema epistemológico e metodológico de tal terapia. Não temos também comprovação, como diz o Consulente, que "é grande o número de psiquiatras exercendo a prática de terapia de vidas passadas". Ainda que falem dados numéricos, parece-nos que este contingente é bem restrito;

2 - o Conselho Regional de Psicologia da 3ª Região (Bahia e Sergipe) baixou a Resolução n. 07 e 09 de maio de 1994, publicada no Diário Oficial da União de 08 de agosto subsequente, na qual proíbe aos psicólogos a publicidade

através de jornais, televisão, rádio ou outro veículo de comunicação de vincular ou associar ao título de psicólogo e/ou exercício profissional rótulos, expressões, práticas ou técnicas ligadas à terapia regressiva de vidas passadas, além de outras práticas. A Resolução se apóia no fato de que em tal atividade não há nenhuma relação ou fundamentação no nível de formação profissional institucional, como também nas práticas profissionais ou que tenha reconhecimento da comunidade científica. Conquanto se trate de decisão de outro Conselho profissional, pode ser levada em consideração por analogia, já que a terapia regressiva de vidas passadas se diz um técnica psicoterápica, prática profissional que compete também aos Conselhos de Psicologia regular;

3 - por fim, podemos nos socorrer do artigo 133 do Código de Ética Médica, uma vez que a terapia regressiva de vidas passadas carece de valor científico reconhecido por órgãos ou publicações de elevado conhecimento médico-psicológico.

Este é o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 26/07/2002)

PARECER CREMERJ N. 104/02

INTERESSADO: Sociedade Brasileira de Urologia / Seccional Rio de Janeiro

RELATOR: Dr. Marconde Alencar de Lima
Assessoria Jurídica do CREMERJ

COBRANÇA DE HONORÁRIOS INCORPORANDO OS CUSTOS OPERACIONAIS DE EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NA UROLOGIA.

EMENTA: Expõe que ao paciente é dado o direito ao pleno esclarecimento de seu estado de saúde, bem como o de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Afirma ser evidente a obrigação do Plano de Saúde de cobrir a despesa decorrente da utilização dos equipamentos necessários ao ato cirúrgico. Assinala não ser ilícita nem ilegal a cobrança da utilização dos equipamentos de propriedade dos especialistas, desde que os referidos custos já não estejam cobertos pelo Plano, previamente acordados.

CONSULTA: O expediente é encaminhado pela Sociedade Brasileira de Urologia, em Ofício de n. 28/01, no qual sustenta, resumidamente, que "vários procedimentos urológicos, para serem efetuados, requerem a utilização de equipamentos especiais, normalmente não disponíveis na rede hospitalar. Dentre eles destacamos, como exemplo, o ressectoscópio e seus acessórios, na ressecção endoscópica da próstata e o ureterorenoscópio, junto com os litrotridores balísticos e ultrassônicos, laser e outros, no tratamento dos cálculos e trato urinário."

Diz mais que "Atualmente, todos esses equipamentos são adquiridos pelos urologistas e utilizados nos pacientes, inclusive naqueles assistidos pelos Planos de Saúde, oferecendo-lhes o que a Medicina conquista no avançar do conhecimento e desenvolvimento tecnológico. Devemos frisar que os urologistas adquirem estes equipamentos com recursos próprios. Ocorre que, quando do recebimento dos seus honorários, os urologistas não têm sido ressarcidos pela sua utilização. É óbvio que o uso destes resulta em desgaste e deterioração."

E mais: "Os urologistas têm tentado receber o custo referente à utilização destes equipamentos para poderem com isso providenciar a sua reposição e reparo quando necessários, porém, os Planos de Saúde - numa posição dominante - simplesmente ignoram o assunto, não respondendo às cobranças efetuadas pelos médicos."

Argumentam, por fim, que "como o paciente tem que ser tratado pelas melhores técnicas disponíveis, e o médico tem que trabalhar, a situação persiste" e que "os valores cobrados pelos urologistas baseiam-se em cálculos de desgaste e tempo de uso dos equipamentos, efetuados através de estudos feitos por especialistas em economia."

Após o que, perguntam-nos:

"1. É legal e ética a cobrança de custos operacionais dos equipamentos pertencentes ao especialista?"

2. Caso as intermediadoras de Saúde se recusem a cobrir estes custos é lícita a cobrança ao paciente, desde que previamente acordado?"

PARECER: O Código de Ética Médica, nos seus artigos 56 e seguintes, diz ser vedado ao médico:

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

Art. 57. Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente;

Art. 59. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal."

Temos com isso que aos pacientes é dado o direito ao pleno

esclarecimento do seu estado de saúde, bem como o de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, o que equivale a dizer que havendo duas técnicas cirúrgicas ele poderá decidir por qual delas quer ser tratado.

No caso presente, tal exercício de direito equivale a que o médico informe ao paciente as técnicas cirúrgicas existentes e qual delas é a da sua opção.

Claro também é que esta opção pelo método somente se efetiva, na verdade, caso estejam presentes os equipamentos necessários, pois, o contrário, é a própria negação à faculdade de decidir "sobre a execução das práticas diagnósticas ou terapêuticas", a que está o médico obrigado a assegurar ao paciente.

Sendo o paciente dos chamados Planos de Saúde, somente poderá optar pelos estabelecimentos médicos que sejam conveniados ao seu Plano de Saúde, o que equivale a dizer que tais estabelecimentos devam estar tecnologicamente preparados à garantia deste direito.

Mas não é isso que nos informa a Consulente.

Diz que os equipamentos são de propriedade dos próprios médicos assistentes, situação de fato a que estes são levados pela falta de vontade dos hospitais de solucionar o problema.

É evidente a obrigação do Plano de Saúde de cobrir a despesa decorrente da utilização dos equipamentos necessários ao ato cirúrgico.

Tal obrigação decorre da letra e, do inciso II, do artigo 12 da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, onde se lê que:

"Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos e seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no Art. 10, desde que observadas as

seguintes exigências mínimas.

.....
II. quando incluir internação hospitalar:

.....
e) cobertura de taxa de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato."

Como dito acima, a responsabilidade pelo pagamento cabe, sem dúvida, à empresa de Plano de Saúde, por disposição legal.

Mas, o que temos é um engodo, verdadeira briga do mar com o rochedo, sendo os médicos e os pacientes mariscos.

Isto porque deveriam os hospitais munir-se dos equipamentos necessários às novas técnicas e cobrar o correspondente pela utilização aos Planos de Saúde.

Porém isto deixa de acontecer. E, nestes casos, não é ilícita nem ilegal a cobrança da utilização dos equipamentos de propriedade dos especialistas, desde que os referidos custos já não estejam cobertos pelo Plano, previamente acordados.

Este é o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 26/07/2002)

PARECER CREMERJ N. 107/02

INTERESSADO: Dra. L. M. da C. e S. G.

RELATOR: Dr. Marconde Alencar de Lima
Assessoria Jurídica do CREMERJ

EXERCÍCIO PRIVADO CONCOMITANTE COM O SERVIÇO PÚBLICO.

EMENTA: Esclarece que sendo o cargo de médico e não tendo dedicação exclusiva, havendo compatibilidade de horário, pode a médica prestar consultoria remunerada a particulares. Ressalta não poder prestar assessoria técnica na área da Administração Pública por não ser tal acumulação permitida.

CONSULTA: Consulta encaminhada por médica concursada do Ministério da Saúde, sem estar incluída no Plano de Ciência e Tecnologia, indagando se pode prestar consultoria remunerada em sua área de atuação.

PARECER: Salvo engano ou não fosse isso já teríamos respondido, a Interessada é médica concursada do Ministério da Saúde, ou seja, tem um cargo de médico na administração pública e pretende prestar consultoria remunerada na área de atuação.

Sendo o cargo o de médico e não tendo dedicação exclusiva e havendo compatibilidade de horário, poderia ela prestar consultoria remunerada a particulares, pois tal não está impedida, pois podem os médicos manter um cargo público de médico, desde que, neste, não lhes sejam exigida a dedicação exclusiva.

Não podem, entretanto, prestar assessoria técnica na área da Administração Pública, pois que tal acumulação não é permitida, exceto se no cargo de médico.

Os elementos legais pedidos pela Interessada estão contidos no inciso XVI, letras a, b e c do artigo 37 da Constituição Federal, que abaixo transcrevemos:

" Art. 37. A administração pública direta e indireta de quaisquer

Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

.....

XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:

- a) dois cargos de professor;
- b) a de um cargo de professor com outros, técnico e científico;
- c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas."

O inciso XI citado no XVI, tem a seguinte redação:

"XI - a remuneração e o subsídio dos ocupantes de cargos, funções e empregos públicos da administração direta, autarquia e fundacional, dos membros de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos detentores de mandato eletivo e dos demais agentes políticos e os proventos, pensões ou outra espécie remuneratória, percebidos cumulativamente ou não, incluídas as vantagens pessoais ou de qualquer natureza, não poderão exceder o subsídio mensal, em espécie, dos Ministros do Supremo Tribunal Federal."

Fácil de concluir é que somente naqueles casos acima apontados poderá haver a acumulação, vedada qualquer outra forma, mas que, sendo o cargo exercido na administração pública e sem dedicação exclusiva, poderá o médico exercer a sua clínica privada ou magistério.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 02/10/2002)

PARECER CREMERJ N. 108/02

INTERESSADO: Sr. R. F. B.

RELATORES: Cons. Paulo Cesar Gerales

Dr. Miguel Chalub

Câmara Técnica de Psiquiatria e Saúde Mental do CREMERJ

DEPRESSÃO NEURÓTICA - SE É CARACTERIZADA, OU NÃO, COMO DOENÇA MENTAL.

EMENTA: Expõe que depressão neurótica e depressão psicótica são duas entidades nosológicas distintas. Discorre acerca do atual conceito de doença mental e de suas significações básicas. Esclarece que depressão neurótica é doença mental mas não é alienação mental.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. R. B., o qual solicita informações acerca da depressão neurótica, notadamente se esta é considerada doença mental.

PARECER: O Consulente deseja saber se "depressão neurótica" é considerada doença mental anexando ao seu pedido de esclarecimento as duas últimas classificações internacionais de doenças (CID-9 e CID-10) e o Parecer CREMERJ n. 05/90 intitulado "Conceito de doença, desde uma perspectiva psiquiátrica, à luz da CID".

Inicialmente é preciso esclarecer uma incorreção terminológica do Consulente.

Em sua petição diz "verbis": "Conforme as alterações realizadas na CID, consta que a partir da CID-9, de 1975, depressão neurótica não é psicótica, por estar incluída no capítulo Transtornos Neuróticos, Transtornos de Personalidade e Outros Transtornos Mentais, ficando claro, assim, que transtorno não é doença". Ora, depressão neurótica nunca foi "psicótica" uma vez que os dois qualificadores de entidades mentais se excluem. Depressão neurótica e depressão psicótica são duas entidades nosológicas distintas e a primeira nunca esteve incluída na segunda e, portanto, não poderia a partir da CID-9, ou de qualquer outra classificação de doenças, mudar de categoria passando de transtorno psicótico para transtorno neurótico.

Atualmente o conceito de doença mental tem duas significações básicas:

1 - de acordo com a tradição da Medicina, designa todo e qualquer padecimento humano de natureza psíquica ou mental, seja causado por fatores

biológicos seja por psicossociais, desde que esse padecimento ou sofrimento seja reconhecido como sendo de origem mórbida, querendo isto dizer que há uma psicopatologia subjacente. Por esta razão, as Classificações Internacionais de DOENÇAS (grifo nosso), CID-9 ou CID-10, incluem os "transtornos mentais" (CID-9) ou os "transtornos mentais e de comportamento" (CID-10). Neste sentido, a "depressão neurótica" seria uma doença mental;

2 - de alguns anos a esta parte, principalmente a partir do movimento que se convencionou designar de "anti-psiquiatria", o termo "doença mental" começou a sofrer uma restrição na amplitude de sua significação. Passou a nomear apenas as entidades nosológicas que tivessem nítida ou, pelo menos, forte presunção de causalidade biológica, chamada também de causalidade somática ou orgânica. Neste sentido, aliás, se aproximou da Medicina Geral que só admite uma entidade clínica desde que haja bases anatomopatológicas ou fisiopatológicas que a caracterizem. Sob o termo Doença Mental estariam, assim, abrigadas as psicoses, as demências e as oligofrenias. Ficariam de fora as neuroses e os transtornos de personalidade. Apesar do artificialismo desta divisão, tal entendimento vem se mantendo e até se ampliando como prova a petição feita pelo Consulente.

Diante disto, temos duas soluções:

1 - ou mantemos a tradicional designação "doença mental" para todos os sofrimentos psíquicos que preencham a condição antes mencionada;

2 - ou designamos como "doença mental" apenas aqueles que se devem a uma etiopatogenia, demonstrável ou presumida, orgânica ou somática. Ao conjunto dos padecimentos mentais seria atribuído o termo "transtorno ou distúrbio".

Uma terceira possibilidade seria re-introduzir o termo legal "alienação mental" para nomear as psicoses, demências e o retardo mental moderado ou grave.

Destarte, podemos responder ao Consulente dizendo que em nosso entender "depressão neurótica" é doença mental mas não é alienação mental.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 02/10/2002)

PARECER CREMERJ N. 109/02

INTERESSADO: Dr. T. D. M.

RELATOR: Cons. Mauro Brandão Carneiro

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

EXERCÍCIO DA PSIQUIATRIA SEM O TÍTULO DA ESPECIALIDADE.

EMENTA: Esclarece que o médico ao concluir o curso regular de Medicina, e devidamente inscrito no Conselho Regional de sua região, encontra-se apto a realizar todos os atos médicos para os quais se considere capaz.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual informa trabalhar em uma clínica para tratamento de pessoas com transtornos decorrentes de uso e abuso de substâncias psicotrópicas (SPA). Expõe, ainda, cumprir plantão de 24 horas semanais, quando faz avaliação médica do estado geral do paciente no ato ou após sua internação, tanto no seu aspecto clínico quanto psíquico. Por não possuir título de especialista em psiquiatria, o Consultante faz as seguintes indagações ao CREMERJ:

"1. Estou exercendo a profissão de médico de forma ilegal e/ou ilegítima?

2. A expressão "médico psiquiatra" significa obrigatoriamente ser possuidor de título de especialista em psiquiatria?

3. Pode o médico não possuidor de título de especialista em psiquiatria exercer as funções de médico psiquiatra?"

PARECER: Um dos pilares do Código de Ética Médica é a autonomia profissional. O médico, uma vez concluído o curso regular de Medicina e devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua região, encontra-se apto a realizar todos os atos médicos para os quais se considere capaz. Nenhuma exigência burocrática se sobrepõe à liberdade profissional.

O princípio da autonomia está amparado no fato de que o médico responderá pelos erros que cometer nos atos praticados. Nada impede sua decisão de realizar os procedimentos para os quais se considere apto, exceto

sua consciência crítica.

Respondendo as perguntas:

1. Não. O exercício é legal.
2. Sim. Para intitular-se "psiquiatra" o médico deve possuir o registro de especialista no Conselho Regional de Medicina.
3. Sim, de acordo com o exposto acima.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 02/10/2002)

PARECER CREMERJ N. 110/02

INTERESSADO: Dr. F. A. da F.

RELATOR: Cons. Cantídio Drumond Neto

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO PARTICULAR DE PACIENTE SEM HORA MARCADA.

EMENTA: Esclarece que em caso de confirmação de urgência deve o profissional priorizar o atendimento. Em não se configurando a urgência sugere que se tranquilize o paciente e se agende uma consulta para o mesmo.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual solicita saber se pode recusar-se a atender paciente, em consultório particular, que liga querendo ser atendido no mesmo dia ou, mesmo não tendo hora marcada, simplesmente aparece no consultório e aguarda atendimento. O Consulente também indaga sobre o que fazer legal e eticamente em tais situações.

PARECER: O Dr. F. F. expõe problema, que é de todos os profissionais, em relação aos pacientes que procuram ser atendidos sem marcação prévia e, pelo exposto, algumas vezes sem sequer contato prévio com o médico no sentido de ver possibilidade de atendimento.

A dificuldade de opinar reside exatamente na impossibilidade de se prever se tal atendimento é em caráter de urgência/emergência ou é apenas um capricho do paciente que se julga acima dos demais previamente agendados.

Na dúvida e na impossibilidade de encaminhar o paciente para um serviço realmente de atendimento de urgência/emergência somos de opinião que deveria o médico pelo menos ter contato direto com o paciente para verificação e definição se há realmente confirmação de urgência ou não no atendimento. Caso haja, somos de opinião que não só o médico deve priorizar como temos certeza, até por experiências semelhantes anteriormente já vividas, que os demais pacientes agendados compreenderão. No entanto, se não se configurar urgência, sugerimos que se tranquilize o paciente e/ou seus familiares e deve-se agendar uma consulta para o mesmo.

(Aprovado em Sessão Plenária de 02/10/2002)

PARECER CREMERJ N. 111/02

INTERESSADO: Dr. G. A. C.

RELATOR: Cons. Jorge Wanderley Gabrich

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A ATESTADO PARA FINS DE ABONO DE FALTAS ESCOLARES.

EMENTA: Discorre sobre a Lei n. 9.394/96, acerca do artigo 302 do Código Penal e do Parecer CFM n. 10/1990 e entende estar claro que o atestado médico não pode ter a sua validade questionada ou, em existindo o questionamento, implicará este no direcionamento aos foros adequados para as providências necessárias.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual solicita pronunciamento do CREMERJ acerca da posição adotada por um estabelecimento de ensino que se nega a acatar atestado médico para fins de abono de faltas de seus alunos.

PARECER: Trata a presente Consulta de documento enviado ao CREMERJ onde o Consulente solicita pronunciamento no que diz respeito à posição adotada por determinada escola que se nega a acatar atestado médico para fins de abono de faltas de seus alunos. Segundo o Consulente a escola escuda-se na Lei n. 9.394/96, que no item VI do artigo 24 estabelece que "o controle de freqüência fica a cargo da escola, conforme o disposto no seu regimento e nas normas do respectivo sistema de ensino, exigida a freqüência mínima de setenta e cinco por cento do total de horas letivas para aprovação."

Indo em direção ao que pretende a Lei citada, temos no seu artigo 2º, do Título II.

"A Educação, dever da Família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua

qualificação para o trabalho."

Em assim sendo, se pretende a Lei a garantia do adequado preparo do educando, a questão da mínima freqüência ao banco escolar nos parece ser exigência fundamental.

Feitas estas considerações, passamos a analisar o atestado médico, em si, como prova de incapacidade e a possibilidade de recusa do mesmo.

O nosso Código Penal prevê em seu artigo 302:

"Art. 302. Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso: Pena - detenção, de 1 (um) mês a 1 (um) ano.
Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa."

Falando dos questionamentos éticos envolvendo os atestados emitidos, o nosso Conselho Federal através do Parecer n. 10/1990, em seu parágrafo primeiro, coloca:

"O atestado médico, portanto, não deve "a priori" ter sua validade recusada porquanto estarão sempre presentes no procedimento do médico que o forneceu a presunção de lisura e perícia técnica, exceto se for reconhecido favorecimento ou falsidade na sua elaboração quando então, além da recusa, é acertado requisitar a instauração do competente inquérito policial e, também, a representação ao Conselho Regional de Medicina para instauração do indispensável procedimento administrativo disciplinar."

A nossa Assessoria Jurídica assim se pronunciou sobre o tema:

"Negar validade a um atestado escudando-se na Lei supra é, portanto, atitude inteiramente equívoca, que não tem qualquer amparo legal, podendo os interessados até socorrerem-se do Poder Judiciário para que a instituição seja compelida a respeitar o que se contenha no atestado."

Assim sendo, entendemos estar claro que o atestado médico não pode

ter a sua validade questionada ou, em existindo o questionamento, implicará este no direcionamento aos foros adequados para as providências necessárias. Entendemos também não haver conflito entre o atestado médico e o que pretende a supracitada Lei. Serve o atestado para provar a boa fé de quem dele se utiliza para solicitar da escola uma nova oportunidade frente às exigências curriculares, tais quais: provas escritas, orais, testes ou outras. Serviria até para se provar a boa fé do aluno ao solicitar ao órgão escolar suplementação de horas, visando sempre cumprir o que estabelece o inciso VI, do artigo 24, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

"Art. 24. A educação básica, nos níveis fundamental e médio, será organizada de acordo com as seguintes regras comuns:

...

VI - o controle de frequência fica a cargo da escola, conforme o disposto no seu regimento e nas normas do respectivo sistema de ensino, exigida a frequência mínima de setenta e cinco por cento do total de horas letivas para aprovação."

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/11/2002)

PARECER CREMERJ N. 113/02

INTERESSADO: Sistema Educacional Integrado Tempore

RELATORES: Dr. Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto

Cons. José Ramon Varela Blanco

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A ATESTADOS MÉDICOS SEM APOSIÇÃO DO CID.

EMENTA: Informa que muito ao contrário do que se pensa, apor o diagnóstico, ainda que codificado, é infração ética e penal, expondo-se o profissional às sanções cabíveis. Esclarece que sendo pois o médico, apenas, o depositário do segredo, somente o paciente, o verdadeiro dono da informação, pode autorizá-lo a revelar detalhes do diagnóstico ou do tratamento.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. A. S. M. de L., o qual, em vista do crescente aparecimento de atestados médicos concedendo dias de dispensa do serviço aos professores e funcionários do estabelecimento de ensino, sem constar o CID - razão pela qual não estão sendo abonadas as dispensas - embora os funcionários, segundo o remetente, peçam no ato aos médicos atendentes, solicita posicionamento do CREMERJ quanto à informação prestada pelos médicos, que não estão colocando o CID, de que existe lei recente que acabou com essa obrigatoriedade.

PARECER: Trata-se o presente de nova consulta questionando esta Casa sobre a obrigatoriedade de colocação do Código Internacional de Doenças como forma de dar "validade" ao atestado.

Informa o Consulente que a não oposição deste Código o tem levado a desconsiderar os atestados emitidos como abonantes do ponto.

Solicita, ao final, que esta Casa informe a lei que alterou a lei anterior ou que delibere de modo a informar aos médicos as suas obrigações.

Cabe ressaltar que a eficácia dos atestados médicos para fins trabalhistas foi disciplinada pela Portaria n. 3.291 do MPAS, de 20 de fevereiro de 1984, dispondo no seu texto original a obrigatoriedade de colocação do CID

nestes atestados. A alínea "b", do item 2, foi mais tarde revogada por força e pressão das entidades médicas (Portaria MPAS n. 3.370, de 1984).

Tal pressão se faz por conta do seguinte motivo: o Código de Ética Médica, revogado em março de 1984, consignava que os atestados médicos somente poderiam ser fornecidos **ao próprio interessado**, neles ficando declarado que foram dados a pedido do mesmo, evitando-se ao máximo mencionar o diagnóstico.

Se, entretanto, **imprescindível fosse a sua menção**, aconselhava-se o uso da forma codificada da nomenclatura internacional de doenças (artigo 38, parágrafo único, combinado com o artigo 39 daquele Código de Ética Médica).

A redação do artigo 39 dava idéia, portanto, de que a menção do diagnóstico nos atestados na forma codificada constituía mera recomendação, ficando a critério do médico a sua adoção ou não. Contudo, independente da forma que fosse adotada, imprescindível era que o pedido do paciente de constar o seu diagnóstico no atestado fosse expresso e emitido no próprio atestado para afastar, com isso, a obrigação do médico emitente do atestado em desobedecer à figura do segredo médico.

Em março de 1984 o Código de Ética Médica foi revogado pela Resolução n. 1.154/84, que aprovou o Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Naquele novo diploma ético estava consignado, em seu artigo 51, a "Contrário sensu", que desde que houvesse autorização do paciente ou de seu responsável legal, quando da incapacitação civil do paciente, poderia o médico fornecer atestados ou relatórios de exames ou tratamentos realizados.

Portanto, não praticaria infração ética o médico que, **a pedido expresso e espontâneo de seu paciente**, fornecesse atestado médico que contivesse diagnóstico, independentemente se na forma codificada ou não, posto que, a este respeito, era silente o Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Entretanto, apesar da meridiana clareza do disposto no diploma ético, para explicitar melhor este assunto, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução CFM n. 1.190/84 que, além de reafirmar que não comete infração ética o médico que, **por solicitação de seu paciente**, forneça um atestado médico com diagnóstico codificado ou não, consignava a necessidade de que neste atestado deveria constar a expressa concordância do paciente, bem como que este atestado não possuía caráter de laudo de perícia médica.

A Resolução CFM n. 1.190/84 posteriormente foi revogada pela Resolução CFM n. 1.219/85. Esta revogação fez com que emergisse novamente em termos de revelação de Segredo Médico o quanto está contido no Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Assim sendo, o médico só poderia fornecer atestados ou relatórios de exames e tratamentos realizados revelando, conseqüentemente, o diagnóstico ou o tratamento ministrado, desde que obtivesse a expressa autorização, de forma espontânea, do paciente ou de seu responsável.

Isto porque sendo o médico fiel depositário de todos os segredos de seu paciente, apenas este paciente pode desobrigar o médico do **Dever** de sigilo que a profissão lhe impõe.

Anteriormente, o CREMERJ já se pronunciou a respeito com a Resolução CREMERJ n. 56/93. Assim, nenhuma regra ou Portaria pode desobrigar o médico do dever de sigilo, apenas o paciente, que é o dono do segredo, pode desobrigar o médico de guardá-lo.

Esta consciência ficou consubstanciada em todas as Resoluções de 1988, a começar pela Carta Constitucional.

A Constituição Federal, em vigor desde 1988, em seu artigo 5º, inciso X, diz textualmente:

"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."

No mesmo diapasão, o atual Código de Ética Médica assim determina:
"É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição:

- 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."

De qualquer forma, o entendimento contido em todas as normas éticas já estavam presentes desde 1942, nos termos do artigo 154 do Código Penal; constitui crime:

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

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.

Parágrafo único. Somente se procede mediante representação."

Pois esta norma dava contornos jurídicos à figura da "justa causa" e que, em nosso entendimento, tem o condão de autorizar o médico a revelar o diagnóstico, codificado ou não, sem que isto implique em conduta criminosa ou anti-ética.

Portanto, muito ao contrário do que se pensa, após o diagnóstico, ainda que codificado, é infração ética e penal, expondo-se o profissional às sanções cabíveis.

Sendo pois o médico, apenas, o depositário do segredo, somente o paciente, o verdadeiro dono da informação, pode autorizá-lo a revelar detalhes do diagnóstico ou do tratamento.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/11/2002)

PARECER CREMERJ N. 114/02

INTERESSADO: Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro

RELATOR: Cons. Makhoul Moussallem

Câmara Técnica de Neurocirurgia do CREMERJ

CONDUTA MÉDICA NECESSÁRIA PARA QUE SE EVITE A FUGA DE PACIENTE QUE DÁ ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR.

EMENTA: Esclarece que não há medidas específicas para o paciente com Traumatismo Crânio-Encefálico, que deve ser vigiado por todos os motivos, inclusive para não se evadir.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. C. A. B., Juiz de Direito, o qual solicita saber do CREMERJ qual a conduta médica que deve ser adotada para que se evite a fuga de paciente que dá entrada na emergência hospitalar.

PARECER: O paciente com Traumatismo Crânio-Encefálico, ou qualquer outra patologia neurocirúrgica, em nada difere de qualquer outro quanto aos procedimentos que devem ser adotados, por qualquer nosocômio, relativos à segurança e vigilância. Isto posto, conclui-se que não há medidas específicas para o paciente com Traumatismo Crânio-Encefálico, que deve ser vigiado por todos os motivos, inclusive para não se evadir.

Todo estabelecimento que preste assistência médica deve velar para que os pacientes sejam tratados com o respeito e a dignidade inerentes à pessoa humana, significando dizer o reconhecimento, dentre outros, à sua privacidade, liberdade de comunicação e de religião ou crença.

Este dever é implementado pelo Diretor Técnico da Unidade, nos termos da Resolução CFM n. 1.342/91, pena de cometimento de falta ética, segundo artigo 17 do Código de Ética Médica.

Os danos sofridos pelos pacientes são suportados pelas pessoas jurídicas, conforme Art. 37, § 6º, da Constituição Federal, assegurando a estes o direito de regresso nos casos de dolo ou culpa de seus agentes, ou seja, na espécie, os médicos.

Por fim, não mais vigora entre nós o conceito de falta pessoal contemplado no disposto do artigo 15 do Código Civil, por falta de sintonia com a regra constitucional acima indicada, o que, em definitivo, afasta a possibilidade da ocorrência de culpa direta do médico na hipótese de fuga do paciente da Unidade, se feitas as comunicações de praxe em situações que tais.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 06/11/2002)

PARECER CREMERJ N. 115/02

INTERESSADO: Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães

RELATOR: Cons. Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho
Comissão de Bioética do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DE RECÉM-NATO ANENCÉFALO.

EMENTA: Expõe que a atual legislação obsta a utilização do anencefálico como doador enquanto mantiver sinais de vida com respiração espontânea e choro, já que são sinais de funcionamento de seu tronco cerebral e de não caracterização completa de morte encefálica.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. E. G. C., o qual solicita parecer acerca da situação de pais manifestarem a vontade de fazer doações de órgãos de recém-nato anencefalo. O profissional médico indaga, ainda, sobre a postura e o procedimento ético do médico, e da Instituição, diante do fato de que a "morte encefálica" é o marco para a captação de órgãos.

PARECER: Com alguma frequência chegam ao CREMERJ e à Comissão de Bioética questionamentos sobre situações envolvendo a anencefalia e o anencefalo no que tange à doação de órgãos, principalmente quando a família concorda com a doação.

A condição de anencefalia tem sido alvo de várias e inúmeras discussões envolvendo aspectos médicos, éticos, legais e religiosos.

É um tema interessante, polêmico e controverso que aborda vários aspectos, desde a gestação com as alterações maternas, físicas, psíquicas e fetais, com a discussão sobre o aborto eugênico, não previsto em nossa legislação, até à criança, com discussão sobre a doação de órgãos para transplante.

Por isso é uma situação que ainda provoca as mais variadas e contraditórias opiniões. Se, por um lado, há aqueles que defendem o direito dos

pais de terem esse filho, principalmente pelo apego a esse ser, mesmo sabedores de sua inviabilidade em relação à vida, há, por outro lado, os que defendem a tese do aborto eugênico, tão logo seja constatada a má formação que vai inviabilizar a vida daquele ser.

Do ponto de vista filosófico há, ainda, aqueles que por entenderem que o ser humano começa no instante em que o conceito passa a se relacionar com a mãe, sendo um ser relacional, questionam se no caso da anencefalia haveria efetivamente um "ser", já que esse relacionamento poderia estar comprometido.

Entre essas situações opostas existe uma posição intermediária, fruto de uma visão mais aberta e humanista, onde os próprios pais manifestam a vontade de levar a gravidez do anencéfalo até o final com o objetivo de fazer doação de órgãos daquele recém-nascido.

Essa vontade dos pais mostra claramente o despojamento do egoísmo, realçando o altruísmo, a solidariedade e a generosidade. A posição materna é até mais marcante e, de certa forma, carregada de uma dose de heroísmo, pois vai levar a cabo uma gravidez de onde não terá para si o seu filho e, ainda, assumindo os riscos inerentes, quer sejam de ordem física ou psíquica.

Ao nascimento, observamos que na anencefalia há uma exposição somente de parte do encéfalo já que mesmo ocorrendo algum desenvolvimento dos hemisférios cerebrais, esses são praticamente irreconhecíveis. Não há, assim, uma ausência total do encéfalo. Essa anomalia pode cursar com outras malformações associadas, tais como as crânio-faciais, cardíacas e pulmonares, o que pode contribuir para diminuir a sobrevivência dessas crianças e até diminuir a disponibilidade de órgãos para transplante. Porém, estudos já realizados nesse sentido mostraram bons resultados de sobrevivência para os receptores de órgãos dessas crianças.

É uma anomalia onde a maioria dos fetos morre ainda na gestação e dos que sobrevivem a maioria morre já no primeiro dia de vida.

Gera um aumento do risco gestacional materno e os tratamentos

existentes para o recém-nascido são exclusivamente paliativos, visto que não há nenhum prognóstico de cura.

Numa análise psicológica, sentimental e de sentido de vida, podemos entender que a postura dos pais ao decidirem levar a termo a gestação com propósito de doar os órgãos do recém-nascido anencéfalo, e inviável para a vida, encontra respaldo no entendimento de que tal criança traz em si o produto da união de seus pais e, como doador de órgãos, além de proporcionar uma expectativa de vida para outro ser, viável, também perpetua as características de seus pais em outras crianças.

Essa opção consciente dos pais nos mostra com clareza um exemplo de grandeza de espírito que vem exatamente ao encontro dos conceitos da Bioética, quais sejam a beneficência, a não maleficência e a autonomia, já que se proporcionará um benefício a outrem, sem causar malefício ao anencéfalo e respeitando-se a autonomia que, nessa situação, compete aos pais.

Existem trabalhos científicos que mostram que em um universo de médicos foi observado que a maioria dos entrevistados foi favorável à manutenção da gestação, para que os órgãos fetais possam ser aproveitados, salvando outras vidas.

No contraponto, em minoria, as opiniões contrárias alegam que, como a doação não é um ato rotineiro e que depende da morte encefálica do recém-nascido, a qual só ocorre concomitante à hipoxia tissular, isso seria um fato impeditivo para a doação.

Atualmente há um lista grande de crianças à espera de órgãos disponíveis para transplantes, sendo que uma parcela também grande dessas crianças morre sem ter a oportunidade da tentativa.

Por isso são importantes todos os esforços feitos no sentido de adequação ética, social e legal para que o anencéfalo deixe de ser um potencial e passe a ser um real doador.

A atual legislação obsta a utilização do anencefálico como doador

enquanto mantiver sinais de vida com respiração espontânea e choro, já que são sinais de funcionamento de seu tronco cerebral e de não caracterização completa de morte encefálica.

Porém, há que se perguntar: se não existe atividade encefálica completa, se não existe qualquer forma de relação com o mundo exterior, se seu córtex cerebral está em grande parte destruído, isso não corresponde efetivamente à morte encefálica? Ainda: não corresponde à mesma situação daquele ser que teve encéfalo funcionando e deixou de tê-lo por algum motivo?

A contestação é que enquanto se espera a satisfação dos critérios de morte tronco-cerebral, não se consegue obter órgãos que sejam viáveis para transplantes, muitas das vezes mesmo com suporte de terapia intensiva, já que as repetidas apnéias e bradicardias, típicas desses recém-nascidos, causam lesões hipóxicas e isquêmicas nos órgãos antes da morte. Isso torna limitada a doação de órgãos do anencéfalo.

Muitas idéias e sugestões de protocolos já foram feitas mas esbarraram nos aspectos legais, principalmente naqueles relacionados à eutanásia, tanto ativa como passiva.

Uma reflexão sobre as leis e o que elas determinam nos leva a pensar que uma lei não se encerra na letra fria de seu texto e sim, traz em seu bojo toda a vivência e a experiência do legislador para que seja aplicada, ou não, em situações onde todas as variáveis sejam analisadas. Isso exprime o espírito da lei e explica o labor do juiz, que deve ter a sensibilidade necessária para aplicar a lei visando o benefício da comunidade e do indivíduo.

Entendemos que a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e a Resolução do CFM n. 1.480, de 8 de agosto de 1997, sobre morte encefálica, vieram com o espírito de beneficiar todos aqueles em fila de espera, a partir de normas bem definidas que coíbam práticas anti-éticas, ilegais e imorais.

A Comissão de Bioética do CREMERJ, em reunião onde discutiu esse assunto, chegou à conclusão que permitir a doação dos órgãos do anencéfalo, satisfazendo a vontade dos pais, vem exatamente ao encontro do espírito da Lei dos Transplantes, entendendo que o oposto nega tal espírito.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária 04/12/2002)

PARECER CREMERJ N. 116/02

INTERESSADO: Associação de Clínicas e Consultórios Ortopédicos do Estado do Rio de Janeiro - ACCOERJ

RELATORES: Cons. Cantídio Drumond Neto
Cons. Jorge Wanderley Gabrich
Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À FISCALIZAÇÃO QUE O CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA FAZ ÀS CLÍNICAS ORTOPÉDICAS.

EMENTA: Esclarece que a responsabilidade pela qualidade do exame e pela avaliação adequada do mesmo - para fornecer o diagnóstico ao paciente - é do médico, a quem caberá a orientação quanto à modificação na exposição, assim como a necessidade de outras incidências na área estudada.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela ACCOERJ, a qual solicita resposta quanto à posição de direito face a "visitas" de fiscalização, com ameaças de punição, que o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia tem feito às clínicas ortopédicas.

PARECER: O Consulente relata "ameaças de punições" que o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia tem feito às clínicas ortopédicas em razão do exame radiológico estar sendo feito por médicos ortopedistas e não por técnicos.

Fica claro na consulta encaminhada a existência de uma questão envolvendo o mercado de trabalho na área do radiodiagnóstico. Ocorre, porém, que o médico possui o conhecimento de física das radiações, o seu benefício, o seu emprego na Medicina e seus riscos à saúde, muito antes da publicação do Decreto n. 92.790, de 17 de junho de 1986, que regulamentou a Lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985, que dispõe sobre a profissão de Técnico em Radiologia. A própria Lei citada, em seu artigo 4º, prevê no corpo docente das escolas formadoras de técnicos em radiologia a obrigatoriedade da presença do médico especialista.

O exame radiológico é um ato médico complexo, que visa fornecer elementos para o estabelecimento do diagnóstico das doenças. Quando se trata de procedimento padronizado, no qual a técnica já está estabelecida, o técnico em radiologia tem procedido a execução das radiografias, sob a supervisão do médico. Quando o diagnóstico se torna difícil e a técnica estabelecida tem que ser alterada, o papel do técnico em radiologia se circunscreve a executar aquilo que lhe é orientado pelo médico responsável.

A responsabilidade pela qualidade do exame e pela avaliação adequada do mesmo para fornecer o diagnóstico ao paciente é do médico, a quem caberá a orientação ao técnico quanto à modificação na exposição, assim como a necessidade de outras incidências na área estudada.

Assim sendo, como colocar sobre o médico restrições ao seu trabalho a serem feitas por aqueles a quem cabe orientar? A resposta é clara: não cabe este tipo de restrição.

O médico está apto a proceder ao exame de radiodiagnóstico dos seus pacientes. Não pode delegar a interpretação a um outro profissional não qualificado a fazê-la, devendo aí cumprir o estabelecido no Decreto e na Lei citados acima.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária 04/12/2002)

PARECER CREMERJ N. 118/02

INTERESSADO: Hospital de Clínicas Marquês de Valença

RELATORES: Cons. Cantídio Drumond Neto

Cons. Jorge Wanderley Gabrich

Cons. Mauro Brandão Carneiro

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS AO ACESSO AO PRONTUÁRIO MÉDICO.

EMENTA: Esclarece que ao prontuário só devem ter acesso os médicos envolvidos em seu tratamento, salvo se houver interesse do paciente e com a autorização do mesmo para outros médicos. Expõe que as Resoluções CFM n. 1.614/01 e CREMERJ n. 182/02 disciplinam o acesso ao prontuário pelo médico auditor. Ressalta que outros profissionais de saúde, envolvidos no tratamento, também podem ter acesso ao prontuário. Afirma que os Diretores Clínico e Técnico e a Direção Administrativa da Unidade também podem ter acesso ao prontuário.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. J. F. de P., o qual solicita saber se qualquer médico, se outros profissionais de saúde e se o Diretor Clínico têm acesso livre ao Prontuário Médico. Indaga, também, o que se entende quando é dito que o prontuário pertence ao hospital.

PARECER: Na questão formulada - se qualquer médico pode ter acesso ao prontuário médico entendemos que, sendo os dados do prontuário pertencentes ao paciente e a guarda do mesmo feita pela instituição de saúde, em que o paciente está se tratando, só devem ter acesso os médicos envolvidos em seu tratamento, salvo se houver interesse do paciente e com a autorização do mesmo para outros médicos.

Quanto à questão se a equipe cirúrgica e o anestesista podem ter acesso, a resposta é sim pois todos estão envolvidos no tratamento do paciente.

Em relação à reinternação - se outra equipe médica pode ter acesso - é nossa compreensão que sim, pois o conhecimento do quadro anterior do paciente é importante para a conduta a ser tomada em benefício e no interesse do paciente. No que diz respeito a consultório seria importante e igualmente do interesse do paciente que os médicos que venham a participar de seu tratamento tenham conhecimento de seu estado prévio.

Em relação ao acesso ao prontuário pelo médico auditor, para fins de convênio, as Resoluções CFM n. 1.614/01 e CREMERJ n. 182/02 disciplinam a matéria autorizando o acesso mas via Direção Técnica da Unidade de Saúde, que tem a guarda do prontuário, idealmente com o conhecimento do médico assistente se presente à mesma, não devendo o auditor fazer qualquer comentário no prontuário dos seus achados, e sim acrescentar ao prontuário o relatório anexo à Resolução CREMERJ n. 182/02 preenchido.

Quanto ao acesso por outros profissionais da área de saúde - aqueles que estejam envolvidos no tratamento e com conhecimento do médico assistente - podem ter acesso bem como transcrever nos mesmos seus achados sempre na busca do melhor para o paciente, sem, no entanto, deixar constar do mesmo qualquer discordância em relação à orientação devendo tais questões serem esclarecidas pelo outro profissional da área de saúde junto ao médico assistente.

Em relação ao período após a internação só se houver autorização e interesse do paciente poderão os profissionais de outras áreas de saúde - da mesma forma que médicos não envolvidos no tratamento.

O Diretor Clínico e o Diretor Técnico podem ter acesso ao prontuário sem no entanto transcreverem no mesmo qualquer comentário em relação ao seu conteúdo.

A Direção Administrativa da Unidade, bem como os demais Setores pertencentes à Unidade podem ter acesso para que possam efetuar de forma correta a cobrança com gastos de exames, medicamentos, materiais utilizados etc. É obrigatório que os funcionários destes Setores também estejam cientes da obrigação do sigilo profissional.

O prontuário médico - documento físico, fica sob a guarda do Hospital ou Unidade de Saúde que assiste o paciente. O médico assistente detém os direitos autorais da elaboração do prontuário e, de acordo com o Professor Genival Veloso de França é o "único responsável pela sua existência e validade". Entretanto, os dados e as informações ali contidas pertencem, exclusivamente, ao paciente a quem se refere o prontuário. Nenhuma informação ou dado do prontuário pode ser divulgado sem a autorização do paciente que pode, a qualquer momento, solicitá-los. Nesse caso, deve o médico e/ou a instituição de saúde fornecer, de imediato, as informações específicas, cópias de exames e terapêutica utilizada, permanecendo o prontuário - documento físico - sob sua guarda. Este é o princípio do segredo médico - sigilo profissional. Este é o significado da afirmação "o prontuário médico pertence ao Hospital".

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/12/2002)

PARECER CREMERJ N. 119/03

INTERESSADO: Dr. S. M. S.

RELATOR: Cons. Antônio Carlos Tuche
Câmara Técnica de Medicina Desportiva do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A ACUPUNTURA EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR.

EMENTA: Afirma que a utilização da Acupuntura pode ser benéfica em pacientes de Programa de Reabilitação Cardiovascular, desde que realizada por médico especializado.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual solicita posição do CREMERJ acerca de utilização da Acupuntura em Programa de Reabilitação Cardiovascular, em instituição pública, por profissional fisioterapeuta.

PARECER: A Consulta realizada na verdade engloba dois questionamentos, a saber:

- a) liberar a utilização da Acupuntura em Programa de Reabilitação Cardiovascular;
- b) se a sua aplicação em Instituição Pública poderia ser feita por profissional não-médico.

I - ANÁLISE TÉCNICO-ÉTICA.

A Atividade Física Programada é fundamental na Reabilitação Cardiovascular. Os enfermos participam de programas com exercícios progressivos, supervisionados por médico experimentado, durante algumas semanas ou meses. Busca-se, entre outras metas, melhorar a qualidade de vida, restaurar a função fisiológica e reduzir os riscos de problemas cardíacos recorrentes.

Esta importância ensejou a Consulta à Câmara Técnica de Medicina Desportiva, que na verdade não inclui a Acupuntura no seu arsenal terapêutico.

Em comum acordo com a Câmara Técnica de Acupuntura do CREMERJ, fazemos as considerações a seguir.

A Acupuntura surgiu na China há cerca de 5.000 anos e reúne o conjunto de conhecimentos teórico-empíricos da Medicina Tradicional Chinesa, que visa a terapia e cura das doenças através da aplicação de agulhas e moxas, além de outras técnicas.

Pesquisas recentes têm contribuído para melhor compreensão da Acupuntura demonstrando que a mesma desencadeia respostas neuroendócrinas que podem produzir analgesia. Este efeito tem permitido a sua utilização no tratamento de dores musculares, articulares e tendinosas.

Além desse processo, também diminui o estresse, segundo apresentação feita por Holly R. Middlekauff, pesquisadora da Universidade da Califórnia, na Seção Científica 2001 da American Heart Association.

O paciente ao iniciar um Programa de Reabilitação Cardíaca geralmente vem de um período de inatividade decorrente da enfermidade que o acometeu.

Em decorrência desta inatividade, o paciente com Infarto Agudo do Miocárdio tem uma possibilidade maior de apresentar processos dolorosos nas estruturas miotendoarticulares ao iniciar as atividades de reabilitação. Traz consigo, também, toda uma carga emocional e estresse devido à incerteza com o futuro. A Acupuntura, portanto, pode ter uma ação benéfica pela sua ação analgésica e relaxante.

O Conselho Federal de Medicina considera a Acupuntura como especialidade médica. O Código de Ética Médica, no seu artigo 30, veda ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica. Disto se depreende o exercício dessa especialidade por médico habilitado na sua execução.

II - CONCLUSÃO: A utilização da Acupuntura pode ser benéfica em pacientes em Programa de Reabilitação Cardiovascular, desde que realizada por médico especializado.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 08/01/2003)

PARECER CREMERJ N. 120/03

INTERESSADO: Dr. R. O. C. M.

RELATORA: Dra. Amanda da Silva Rocha Aguiar
Assessoria Jurídica do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A ÓBITO LAVRADO COM *CAUSA MORTIS* INDETERMINADA.

EMENTA: Esclarece que de acordo com a legislação em vigor a "causa indeterminada" pode ser declarada no atestado de óbito, desde que não seja o caso de morte violenta ou suspeita. Expõe que esta declaração não impede o pagamento de seguro de vida aos beneficiários do *de cujus* e conclui que uma vez ocorrido o evento, a Seguradora tem o dever de indenizar os beneficiários do seguro, sem questionar a *causa mortis*.

CONSULTA: O Consultante, por trabalhar diretamente com necropsias de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), solicita saber se os atestados de óbito lavrados com *causa mortis* "indeterminada" impedem o pagamento de seguro de vida aos familiares do "de cujus", por parte das Seguradoras, quando os mesmos fazem jus.

PARECER: O Código Civil Brasileiro dispõe sobre o seguro de vida, como pode ser observado nos seguintes artigos:

" Art. 1.432. Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizá-la do prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato".

" Art. 1.440. A vida e as faculdades humanas também se podem estimar como objeto segurável, e segurar, no valor ajustado, contra os riscos possíveis, como o de morte involuntária, inabilitação para trabalhar, ou outros semelhantes.

Parágrafo único. Considera-se morte voluntária a recebida em duelo, bem como o suicídio premeditado por pessoa em seu juízo."

"Art. 1.471. O seguro de vida tem por objeto garantir, mediante o prêmio anual que se ajustar, o pagamento de certa soma a determinada ou determinadas pessoas, por morte do segurado, podendo estipular-se igualmente o pagamento dessa soma ao próprio segurado, ou terceiro, se aquele sobreviver ao prazo de seu contrato. (...)"

A Resolução n. 550, de 23 de janeiro de 1990, da Secretaria de Estado de Saúde, em seu artigo 2º reza:

"Art. 2º Esgotadas todas as tentativas de se determinar a causa básica da morte e não havendo suspeita de óbito por causa violenta (acidente, homicídio ou suicídio), deverá ser declarada na parte I do atestado médico Causa Indeterminada:"

Portanto, de acordo com a legislação em vigor, a causa indeterminada pode ser declarada no atestado de óbito, desde que não seja o caso de morte violenta ou suspeita. Contudo, esta declaração não impede o pagamento de seguro de vida aos beneficiários do "*de cujus*", uma vez que o risco futuro assumido pela Companhia de Seguro é a morte, que é um evento certo e determinado, mas que não se pode precisar o momento em que ocorrerá.

É obrigação do segurador pagar pelo risco assumido, como dita o artigo 1.458 do Código Civil:

"Art. 1.458. O segurador é obrigado a pagar em dinheiro o prejuízo resultante do risco assumido e, conforme as circunstâncias, o valor total da coisa segura."

Logo, uma vez ocorrido o evento, a Seguradora tem o dever de indenizar os beneficiários do seguro, sem questionar a *causa mortis*, o que, aliás, só faz por não cumprir sua parte no acordo, tentando argüir questões, como a preexistência de doenças, que deveria investigar, isto sim, à época da contratação.

É o Parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 08/01/2003)

PARECER CREMERJ N. 121/03

INTERESSADO: Dra. K. M. L. de A.

RELATOR: Dr. Marconde Alencar de Lima
Assessoria Jurídica do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À OBRIGATORIEDADE DO MÉDICO FORNECER O SEU CIC.

EMENTA: Expõe ser absolutamente sem fundamento a exigência de constar o número do CIC do médico na requisição de exames de pacientes da Rede Privada ou Pública.

CONSULTA: A Consultante, professora universitária e prestando atendimento a pacientes portadores de HIV, atendidos na enfermaria e no ambulatório de hospital universitário, informa que a solicitação de exames laboratoriais é feita em uma ficha específica para este fim, com dados de identificação do paciente e de sua situação clínica e identificação do médico que está solicitando o exame, incluindo o número do CRM e do CIC do médico. Esta ficha é entregue ao paciente, que retorna em outro dia para a coleta de sangue. Entretanto, a Dra. K. de A. expõe que não tem fornecido o número do seu CIC por entender que não há justificativa para tal exigência, além de não estar envolvida do ponto de vista financeiro e de ter receio de que ao entregar aos pacientes os pedidos de exames com o seu CIC esse venha a ser usado indevidamente. Diz, também, que foi avisada por funcionário do laboratório que esse só seria remunerado pelos exames se o médico fornecesse o seu CIC e que frente a recusa do fornecimento, os exames seriam realizados, mas que os resultados ficariam retidos no laboratório e que não seriam repassados para a profissional, impedindo assim a continuidade do tratamento dos pacientes. Por fim, a Consultante solicita orientação quanto à obrigatoriedade do médico fornecer o número do seu CIC quando da solicitação de exame laboratorial de paciente atendido em Hospital Público e realizado na Rede Pública e indaga se nesta situação não poderia ser usado o CNPJ do Hospital ou o do Laboratório que realiza o exame.

PARECER: Efetivamente, nos parece absolutamente sem fundamento a exigência de constar o número do CIC do médico na requisição de exames de pacientes da Rede Privada ou Pública, pois como muito bem lembrou a Consulente, nenhuma vantagem financeira é pela profissional auferida, além de que o médico é identificado pelo seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Afiguram-se sem motivo justificável tanto a exigência do número do CIC quanto a retenção do resultado do exame sob a alegação da falta daquele dado a nosso ver desnecessário. Parece-nos assistir razão à médica quando alega a possibilidade de utilização do número referente à instituição na qual o paciente é tratado.

Claro que a retenção do resultado do exame prejudica o paciente. Porém, compete à Direção do Hospital buscar a solução para o caso junto ao laboratório, pois não podem os pacientes servirem de reféns nesta situação.

É o Parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 08/01/2003)

PARECER CREMERJ N. 122/03

INTERESSADA: Dra. D. V. C.

RELATOR: Cons. Antônio Carlos Tuche

Câmara Técnica de Medicina Desportiva do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À EMISSÃO DE ATESTADOS MÉDICOS A ESCOLARES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS.

EMENTA: Esclarece que todo indivíduo submetido à atividade física competitiva e/ou recreativa deve passar por avaliação clínica e, a critério médico, laboratorial. Ratifica que o escolar, que vai praticar atividade física, deverá submeter-se à anamnese, a exame físico e, a critério médico, a exames complementares que julgue necessários.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médica, a qual trabalha em unidade escolar, informando que freqüentemente é solicitada a emitir atestados médicos declarando a aptidão dos alunos para a prática desportiva. A Dra. D. C. expõe saber que a principal causa de morte súbita durante exercícios físicos (HVE) muitas vezes não é detectável por exame clínico de rotina e solicita orientação de como proceder perante estas solicitações. Indaga se deve encaminhar os alunos para avaliação cardiológica; se deve a mesma examiná-los, porém solicitando um ECG ou se pode, baseada apenas na anamnese e exame físico, declarar a aptidão dos alunos.

PARECER: Todo indivíduo submetido à atividade física competitiva e/ou recreativa deve passar por avaliação clínica e, a critério médico, laboratorial.

Sabemos que a participação em atividades físicas é de fundamental importância para a preservação da saúde, além do controle das doenças crônico-degenerativas. Entretanto, a existência de moléstia prévia ou aquelas agudas criam obstáculos à prática desportiva.

Ao médico, e tão somente a ele, preferencialmente com formação Médico Desportiva, cabe esta avaliação e a liberação do participante, não se justificando a realização de eletrocardiograma em todos os jovens e adolescentes. Este procedimento deverá ocorrer somente naqueles em que a

anamnese e exame físico concorrerem para tal, podendo neste caso o avaliador, se achar necessário, solicitar o parecer de um especialista.

Em resumo, o escolar que vai praticar atividade física deverá submeter-se à anamnese, a exame físico e, a critério médico, a exames complementares que julgue necessários.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 05/02/2003)

PARECER CREMERJ N. 123/03

CONSULENTE: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Administração/Departamento Geral de Perícias Médicas

RELATOR: Cons. Marcos André de Sarvat
Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A PARÂMETROS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS PARA A CARACTERIZAÇÃO DO DEFICIENTE AUDITIVO.

EMENTA: Considera que existe uma grande diferença entre deficiência e incapacidade e discorre sobre a classificação das deficiências auditivas, a saber: incapacitantes relativas, não-incapacitantes discretas, não-incapacitantes moderadas e as não-incapacitantes graves.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Dra. S. M. R. de A., a qual solicita saber os parâmetros quantitativos e qualitativos para a caracterização do deficiente auditivo.

PARECER: Muitas dúvidas podem surgir na tentativa de determinar quais critérios adotar para definir alguém como sendo um deficiente auditivo, para efeito de concurso, admissão a algum emprego ou em simples atendimento à legislação vigente.

Existem leis bem intencionadas, cujo escopo deva ser proteger os deficientes, os quais, pelas peculiaridades de sua deficiência (que lhes impõem limitações), estariam em desvantagem ao competir no mercado de trabalho, na disputa de vagas na realização de concursos públicos.

Entretanto, tal preocupação humanitária tem sido distorcida, propiciando a obtenção de vantagens por pessoas que apresentam discretas alterações dos critérios de normalidade, e, sem apresentarem comprometimento expressivo no desempenho da função de determinado órgão, evocam para si uma condição de deficientes, de modo a obterem os mesmos benefícios (que melhor seriam denominados compensações) que se destinariam àqueles que realmente apresentam desvantagem em relação aos indivíduos

considerados "normais" ou não deficientes. Ressalta-se assim a relevância de se diferenciar os portadores de deficiência *sensu lato* dos portadores no *sensu strictu* do termo.

Por outro lado, há que se considerar que existe uma grande diferença entre **deficiência e incapacidade**.

Alguém que seja portador de uma deficiência física ou mental pode ser intelectualmente capaz de obter aprovação em um concurso público, beneficiando-se da "quota legal de deficientes". Porém, dentro do processo seletivo, pelo tipo de deficiência apresentada, pode ser considerado, do ponto de vista médico, inapto para o exercício da atividade a qual se candidatou.

Dever-se-ia fazer constar dos editais de concurso, com a maior clareza possível, os tipos de deficiência que, em princípio, tornariam o candidato aceito e as que contra-indicariam, em princípio, para determinadas funções, evitando-se a frustração do portador de deficiência em não ser aceito.

Há que se ressaltar que o conceito de incapacidade gerada por determinada deficiência guarda relação direta com o tipo de atividade a ser desenvolvida e a capacidade de superação das limitações impostas pela deficiência, seja pelo uso de prótese, órtese, equipamento ou acessório. Ou seja, nem toda deficiência incapacita para determinada atividade ou função: a incapacidade é sempre relativa. Em alguns casos, a deficiência pode ser "vantajosa" na realização de determinada tarefa. Indivíduos com perda total da audição não apresentam risco de perda auditiva ao trabalhar em locais barulhentos, apresentam maior capacidade de concentração no desempenho de atividades que exijam atenção, desde que a deficiência não coloque em risco a segurança do portador da mesma e de seus companheiros de trabalho, ou a eficiência do trabalho em si (por ex., ser capaz de perceber ruídos anormais nos ensurdecedores motores de um navio).

Não há dúvida de que a dificuldade na correta aplicação das leis que beneficiam os deficientes, particularmente os portadores de deficiência auditiva, decorre principalmente de falta de adequada conceituação médica e técnica sobre o que seja este tipo de deficiência, como quantificá-la e ponderar sobre o real impacto da deficiência na capacidade de ouvir e de escutar de alguém. Portanto, a pergunta a ser melhor respondida é: como podemos

tecnicamente atribuir a alguém que apresente alteração auditiva, uma concreta condição de deficiente?

Alguém que tenha audição em um único ouvido não se equipara a outro cidadão que tenha perda total em ambos os ouvidos ou, salvo melhor julgamento, como tendo o mesmo grau de dificuldade no dia-a-dia, de alguém que tenha uma perda moderada em um ouvido e discreta no outro.

Todos apresentam deficiências (*sensu lato*), porém com diferentes aspectos de incapacidade, e graus de limitação (*sensu strictu*).

É aqui, a nosso ver, que está o âmago dessa questão.

Quem perde a visão de um único olho ou nasceu cego de um dos olhos, está mais próximo em termos de magnitude de deficiência, de quem tem uma perda auditiva em um único ouvido, do que aquele que tem uma perna amputada. Todas são situações de unilateralidade, porém com limitações diferentes. Para melhor entendimento da presente argumentação, há que se considerar a existência de basicamente dois grandes tipos de deficiência: as deficiências físicas e as mentais.

As deficiências físicas ainda podem ser subdivididas em dois tipos:

- a) Motoras
- b) Sensoriais/perceptivas

Reconhecemos que todos esses casos, no geral, são de pessoas deficientes, mas sem dúvida alguma, alguns são "mais deficientes" ou "menos deficientes" que outros.

Numa visão geral, todos merecem amparo da sociedade, mas, também sem dúvida alguma, alguns necessitam mais que outros.

Diante disso, por falta de critérios bem definidos, as leis e decretos que visam, por princípio, proteger aqueles cuja deficiência da qual são portadores os mantenham à margem do mercado de trabalho, levando-os a serem discriminados, prejudicados no seu direito de ir e vir, por exemplo, na sua autonomia, pelas restrições impostas pelas barreiras arquitetônicas, acabam

por se tornarem ineficazes por falta de critérios claros na sua aplicação.

Urge, portanto, que se defina, com clareza, nos editais de concursos e no texto das leis que beneficiam os deficientes, quais sejam os diversos graus de deficiência, sejam elas mentais ou físicas, em seus aspectos motor e sensorial/perceptivo, e sua equivalência para efeito de obtenção de benefícios que se pretenda garantir por lei, ou em determinados concursos públicos, de forma a não se criar disputas de vagas para deficientes, entre candidatos com diferentes graus de incapacidade ou de limitação para a chamada "vida normal", priorizando-se hierarquicamente os de "maior" deficiência, em caso de empate na nota do concurso. Daí resulta maior justiça na aplicação da lei, ao considerar-se os diversos graus de limitação. Nesse sentido, propor ou manter uma imprecisa equidade entre os deficientes é arriscar uma injusta agressão ao espírito da lei que os deve proteger.

A atribuição de graus aos diversos tipos de deficiência, de forma inversamente proporcional à magnitude da deficiência, seria uma das possíveis formas de minimizar a desvantagem dos portadores de deficiência mais acentuada em relação aos de menor deficiência, respeitando-se sempre o parecer médico-técnico no enquadramento da deficiência, e quando for o caso, na adequação ou inadequação do deficiente ao desenvolvimento da atividade laboral pretendida.

Para tanto, meditemos sobre os seguintes aspectos:

Conceitos:

Deficiência para o trabalho e vida de relação: é toda limitação imposta pela existência de algum tipo de lesão orgânica, seja do ponto de vista físico ou mental, para o exercício de uma ou mais atividades do cotidiano, com algum grau, maior ou menor, de desvantagem em relação aos chamados "indivíduos normais".

As deficiências podem ser incapacitantes e não-incapacitantes (ou restritivas para tarefas ou até funções). Podem ser temporárias ou definitivas.

1 - As deficiências incapacitantes são aquelas cuja existência e natureza, de *per se*, inabilita o indivíduo a realizar de forma satisfatória a maior parte das atividades desempenhadas pelo indivíduos considerados "normais", não sendo passíveis de reabilitação, seja pelo uso de próteses ou órteses.

2 - As deficiências não-incapacitantes são aquelas que por suas características não geram incapacidade. São passíveis de impor limitações ao exercício de determinadas tarefas e no máximo impedem o seu portador de desempenhar determinadas funções ou tarefas com a mesma desenvoltura de um indivíduo "normal", sendo o mesmo capaz de realizar a grande maioria das atividades desempenhadas pelo indivíduos considerados "normais", seja por terem-se adaptado espontaneamente a sua limitação, ou pelo uso de próteses, órteses ou algum acessório que lhe permita superar sua limitação. Essas deficiências podem ser discretas, moderadas ou severas.

a) As deficiências não-incapacitantes discretas são aquelas cuja natureza as torna praticamente imperceptíveis por não imporem nenhum tipo de limitação de forma significativamente perceptível ou aparente, não comprometendo o desempenho do seu portador de forma evidente quando comparado a um "não deficiente" para determinada função.

b) As deficiências não-incapacitantes moderadas são aquelas cuja natureza as torna facilmente perceptíveis por imporem algum tipo de limitação de forma evidente ou aparente, comprometendo o desempenho do seu portador de forma notável, porém com resultado qualitativo e produtivo final na execução de determinadas tarefas ou funções muito próximo do obtido, quando comparado, a um "não deficiente".

c) As deficiências não-incapacitantes graves são aquelas cuja natureza as torna francamente perceptíveis por imporem algum tipo de limitação de forma significativamente perceptível ou aparente, comprometendo o desempenho do seu portador de forma evidente quando comparado a um "não deficiente" para determinada tarefa, atividade ou função, com resultado produtivo significativamente abaixo do obtido por um portador de deficiência não incapacitante moderada para determinada função, porém capaz de obter o mesmo resultado e qualidade final na execução da tarefa ou desempenho da função, embora com capacidade de produção significativamente menor.

Deficiências Auditivas

Deficiência auditiva é todo e qualquer distúrbio que cause imperfeição, insuficiência ou falha no sistema auditivo, que afete a capacidade de escutar e de ouvir, seja por comprometimento periférico ou central, congênito ou adquirido, capaz de comprometer a percepção dos sons de forma a inviabilizar a resposta e interação do indivíduo com aquele som, seja ele vocal, musical ou ruidoso.

Para efeito e análise com vistas à classificação das deficiências auditivas quanto ao impacto decorrente das mesmas, elas podem ser:

A) Quanto à magnitude da perda:

- 1- Discretas ou Leves.
- 2- Moderadas.
- 3- Severas.
- 4- Totais.

B) Quanto à frequência:

- 1- Lineares (atingindo todas as frequências).
- 2- Seletivas (para agudos, médios ou graves).

C) Quanto ao Ouvido:

- 1- Unilaterais
- 2- Bilaterais

Como não existe perda auditiva que incapacite alguém de forma absoluta, quanto ao seu impacto as deficiências auditivas classificam-se em:

Incapacitantes relativas: são aquelas que privando o indivíduo do sentido da audição bilateralmente, impõem dificuldades na comunicação verbal e o desenvolvimento de atividades sociais e laborais onde um mínimo de capacidade auditiva necessária ao seu desenvolvimento de forma satisfatória não é possível, mesmo com o uso de prótese, órtese ou acessório, estando apto às demais atividades onde não se exija tal condição auditiva mínima.

Não-incapacitantes discretas: são aquelas que embora presentes, uni ou bilateralmente, dispensam a utilização de qualquer tipo de prótese, órtese ou acessório. São perdas imperceptíveis para o portador, somente sendo detectadas através de exames. São maiores que 25 dB na média em 500, 1000,

2000 e 3000 Hz sem, no entanto, ultrapassar os 40 dB, embora possam ultrapassar este valor nas médias em dB nas frequências de 3000, 4000 e 6000 Hz ou em 250 e 500 Hz.

Não-incapacitantes moderadas: são aquelas que, sendo unilaterais (desde que o outro ouvido apresente perda incapacitante discreta) ou bilaterais, são compensadas com a utilização de algum tipo de prótese, órtese ou acessório, reabilitando satisfatoriamente seu portador. São perdas relatadas pelo portador e detectáveis através de exames. Ultrapassam os 40 dB e não ultrapassam os 65 dB de média em 500, 1000, 2000 e 3000 Hz, podendo comprometer ou não as demais frequências em maior ou menor grau.

Não-incapacitantes graves: são aquelas que, quando de ocorrência unilateral (desde que o outro ouvido apresente perda incapacitante moderada) ou bilateral, não são satisfatoriamente compensadas apesar da utilização de algum tipo de prótese, órtese ou acessório, e são relatadas pelo portador como causadoras de grande desconforto ou dificuldade, sendo detectáveis através de exames. Ultrapassam os 65 dB de média em 500, 1000, 2000 e 3000 Hz, podendo comprometer ou não as demais frequências em maior ou menor grau.

Diante do exposto, recomenda-se que somente indivíduos com deficiências auditivas incapacitantes relativas, não-incapacitantes graves e não-incapacitantes moderadas, sejam considerados, prioritariamente e nessa ordem, no desempate para obtenção de benefícios legais de amparo a deficientes. Os portadores de deficiências não-incapacitantes discretas não deveriam ser, prioritariamente, candidatos aptos a tais benefícios, pela simples razão técnica de poderem ser equiparados aos indivíduos normais.

Finalmente, ressalte-se a necessidade de imprescindível aval de médico, preferencialmente especialista em Otorrinolaringologia e/ou em Medicina do Trabalho, e, obrigatoriamente, experiente em audiologia, para atestar a existência ou não de contra-indicação médica, definindo a aptidão ou inaptidão do portador de determinada deficiência e sua efetiva admissão a determinado cargo ou função.

É o Parecer, s. m. j.

Leitura Recomendada: DECRETO N. 3.298 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999 - Diário Oficial da União de 21 de dezembro de 1999 - Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.

(Aprovado em Sessão Plenária de 05/02/2003)

PARECER CREMERJ N. 126/03

INTERESSADO: Secretaria de Estado de Saúde / Subsecretaria de Saúde / Superintendência de Saúde

RELATOR: Cons. Armido Cláudio Mastrogiovanni
Câmara Técnica de Nefrologia do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À REALIZAÇÃO DE DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE.

EMENTA: Conclui que a diálise estará indicada para os doentes renais crônicos quando ocorra alguma intercorrência que piore mais ou menos rapidamente a função renal, podendo levar ao quadro de uremia, e quando o nefropata atingir a fase terminal da insuficiência renal crônica.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Sra. A. C. A., a qual solicita as indicações clínicas para a realização de diálise peritoneal e hemodiálise em pacientes adultos portadores de nefropatia crônica.

PARECER: A Câmara Técnica de Nefrologia do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro concluiu que a diálise estará indicada nos nefropatas crônicos quando: ocorra alguma intercorrência que piore mais ou menos rapidamente a função renal podendo levar ao quadro de uremia. 1-Os fatores precipitantes mais comuns são: hemorragias (principalmente digestivas), hipovolemia (desidratação, depleção de sódio), infecções (sepsis), uso de substâncias nefrotóxicas ou que interfiram com a hemodinâmica renal (aminoglicosídeos, antiinflamatório não renal - AINH etc.), evolução maligna da hipertensão arterial. Nestas circunstâncias, além do tratamento da causa agravante, a diálise deve ser iniciada e mantida até que haja recuperação da função renal suficiente para que o paciente fique sem as manifestações de insuficiência renal avançada, o que pode levar poucos dias ou meses; 2-Na situação em que o nefropata atinja a fase terminal da insuficiência renal crônica. Nessa situação, a diálise será feita por tempo indeterminado, devendo ser considerada a possibilidade do transplante renal em algum momento da evolução.

A escolha do método a ser usado - hemodiálise (clássica, intermitente ou contínua) ou diálise peritoneal (aguda, intermitente ou ambulatorial contínua) - vai depender da disponibilidade dos métodos, do quadro clínico presente e da opção do paciente e, dependendo da situação, qualquer um dos métodos poderia ser escolhido, havendo poucas condições impeditivas para um ou outro.

São indicações bem definidas para iniciar a diálise a presença de: 1- Encefalopatia urêmica; 2-serosite urêmica (pericardite ou pleurite); 3- neuropatia urêmica (sensitiva ou motora); 4-hipervolemia grave e intratável; 5- hipercalemia não controlada com resinas de troca; 6-acidose metabólica grave não controlada com alcalinos. São indicações relativas: 1-deterioração da qualidade de vida (com fadiga, insônia, fraqueza, prurido); 2-desnutrição progressiva; 3- hipoalbuminemia.

O critério estabelecido pelo SUS prevê que o paciente renal crônico deva iniciar diálise quanto tiver uma depuração ("clearance") de creatinina < 10 ml/min, sendo que nos diabéticos este valor é em torno de 15 ml/min a 20 ml/min.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 30/04/2003)

PARECER CREMERJ N. 127/03

INTERESSADO: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro / 1ª
Promotoria de Justiça de Proteção aos Interesses
Difusos e Direitos Coletivos / 9º Centro Regional de
Apoio Administrativo e Institucional - Teresópolis

RELATOR: Cons. Marcos André de Sarvat
Câmara Técnica de Otorrinolaringologia do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS AOS RISCOS DA EXPOSIÇÃO DO OUVIDO HUMANO A SOM ELEVADO, EM AMBIENTE FECHADO.

EMENTA: Expõe que, no caso da poluição sonora, o ruído é uma condição subjetiva causadora de desconforto. Afirma que o nível de pressão sonora, dependendo de sua magnitude, do ambiente e da susceptibilidade e tempo de exposição do indivíduo, é causa objetiva de perda auditiva, capaz de produzir lesão no aparelho auditivo.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Dra. S. C. V. F., Promotora de Justiça, a qual investiga a utilização de equipamento de som tipo bazuca de grande potência em veículos automotores e, assim, solicita parecer médico sobre os riscos da exposição do ouvido humano a som elevado, em ambiente fechado.

PARECER: A fim de melhor subsidiar o Ministério Público quanto aos vários aspectos da questão, esclarecemos que quando se fala em poluição tem-se, de imediato, a idéia de contaminação por alguma coisa nociva, que faz mal à saúde. Assim ocorre no que diz respeito à poluição das águas e do ar, em que algo pode tornar esses elementos impróprios para uso ou para o consumo.

Outra forma de poluição possível de ameaçar homens (e até animais) é aquela onde, mesmo não existindo risco direto à saúde, o fator poluente favorece alguma forma de desconforto no aspecto sensorial, como é o caso da poluição sonora e visual, entre outras.

Num sentido mais amplo, poluir é transformar um elemento, um ambiente, uma paisagem, numa condição capaz de colocar em risco a saúde de

forma direta, pela lesão imposta, ou indireta, pelo desconforto decorrente do tipo de poluição.

No caso da poluição sonora, o ruído é uma condição subjetiva causadora de desconforto. O nível de pressão sonora, dependendo de sua magnitude, do ambiente e da susceptibilidade e tempo de exposição do indivíduo, é causa objetiva de perda auditiva, capaz de produzir lesão no aparelho auditivo.

Sons com níveis de pressão sonora à partir de 80 dB, medidos na escala "A" de aparelho medidor de pressão sonora (decibelímetro), apresentam risco de causar perdas no sentido da audição, sob o aspecto objetivo.

Subjetivamente, dependendo das características de timbre, harmonia, o tempo ou a frequência de sua ocorrência, entre outras, mesmo não possuindo intensidade suficiente para provocar lesão auditiva, alguns sons são passíveis de causar intensa perturbação do equilíbrio emocional, principalmente nas situações em que possa de alguma forma interferir no repouso. Observam-se portanto dois atributos: um quantitativo (objetivo) e outro qualitativo (subjetivo), capazes de causar problemas de saúde.

Determinados sons considerados agradáveis para algumas pessoas são percebidos como ruídos incômodos por outras. O que torna um som agradável ou incômodo é a sensação dita subjetiva agregada àquele determinado som, no inconsciente do indivíduo, que o perceberá como agradável, capaz de dar-lhe prazer ou, como insuportável, causar-lhe *stress*.

Cientificamente está comprovado que, tomando-se por padrão a imensa maioria das pessoas, a exposição a sons com níveis de pressão de 80 dB (A) por até 8 (oito) horas diárias ou o seu equivalente, é segura no que diz respeito à lesão auditiva. Variando-se os níveis de pressão sonora e o tempo de exposição de forma inversamente proporcional, pode-se ficar mais ou menos exposto, a sons de diversas magnitudes, sem que haja, necessariamente, risco de lesão auditiva.

Porém, sons de baixo volume, em determinadas situações, podem incomodar até mais do que sons altos. Tomemos por exemplo a pia de um banheiro pingando e alguém que teve um mau dia, de seu quarto, tentando

dormir, escutando o gotejar. Tal som é percebido como extremamente irritante. Reação diferente tem aquele que, sentindo-se bem, satisfeito, tranqüilo, pode até não escutar o gotejamento, ou mesmo se dando conta dele, ignorá-lo sem que isso o deixe irritado.

Por essas razões, deve-se normatizar, disciplinar, impor limites aos níveis de pressão sonora quando elevados, em determinados ambientes abertos ou fechados, pelo risco de lesão auditiva às pessoas presentes naquele local, conscientizando-as do perigo a que eventualmente podem estar expostas e as formas de se protegerem.

Há também que se respeitar o direito de vizinhança, para que os cidadãos, em especial os enfermos (físicos ou mentais), os ansiosos, os insones, os que necessitam de maior silêncio para o repouso (diurno ou noturno) ou para se concentrarem no trabalho, no estudo, na leitura ou no simples lazer, não sejam obrigadas a ouvir sons produzidos por alguém em níveis capazes de lhes causar algum tipo de desconforto, frisamos, independentemente da intensidade do som.

Vale aqui citar, sugerindo iguais providências de Vossa Senhoria, os injustificáveis sinais sonoros de portões de garagem, criados por leis que ignoram tais necessidades e a obrigatoriedade do motorista trafegar mui cuidadosamente pela calçada, bem como os carros de som de propaganda, apitos infundáveis de guardas, buzinas de carro para abertura de portões ou simples chamado de outra pessoa (contrariando o disposto no Código de Trânsito), e por aí vamos longe numa infinidade de sons.

Tais emissões, tão desnecessárias quanto inoportunas, contribuem para neurotizar a população, que, curiosa e normalmente não associa seu estado de ansiedade ao ruído ambiental, e dele só tomando consciência quando viaja para um local silencioso e percebe o "bem estar e a tranqüilidade" ali obtidos.

Os níveis sonoros, no interior de um ambiente, devem ter por princípio o não desencadeamento de perdas auditivas de seus freqüentadores e,

externamente, além disso, o respeito do direito ao conforto auditivo dos vizinhos.

A Medicina e a Engenharia estão à disposição das autoridades competentes para auxiliá-las na árdua tarefa de buscar o ponto de equilíbrio para tão delicada questão, com base em normas técnicas já existentes, oriundas do conhecimento científico do assunto.

Nesse sentido, podemos acrescentar alguns dados bem mais "palpáveis" ou "audíveis", tais como:

1. A exposição continuada ao nível de pressão sonora elevado (NPSE) pode provocar uma diminuição gradual da acuidade auditiva devido à lesão que pode ocorrer no ouvido interno (cóclea). Esse tipo de perda auditiva é do tipo neurossensorial e conhecida como PAINPSE (Perda Auditiva Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevados), e equivocadamente denominada no passado como PAIR (Perda Auditiva Induzida pelo Ruído)

2. Por atingir a cóclea, o indivíduo portador de PAINPSE pode desenvolver intolerância a sons mais intensos, perda da capacidade de reconhecer as palavras, eventualmente zumbido e que, somando-se à deficiência auditiva propriamente dita, prejudicará o processo de comunicação - vide OS-608 INSS Sessão 1-1.2.

A Norma Reguladora n. 15, que trata de insalubridade, determina em seu Anexo I - transcrito parcialmente abaixo, que existem limites de tempo para exposição às diversas intensidades de nível de pressão sonora (som contínuo ou intermitente).

Assim, vale observar o óbvio: em termos de risco de lesão pela exposição, quanto maior o número de decibéis, menor deverá ser o tempo de exposição do indivíduo à fonte em questão.

ANEXO NR-15

LIMITES DE TOLERÂNCIA PARA RUÍDO CONTÍNUO OU INTERMITENTE

NÍVEL DE RUÍDO dB (A) MÁXIMA EXPOSIÇÃO DIÁRIA PERMISSÍVEL

85dB - 8 h	86dB - 7 h	87dB - 6 h	88dB - 5 h	89dB - 4 h 30 min
90dB - 4 h	91dB - 3 h 30 min	92dB - 3 h	93dB - 2 h 40 min	94dB - 2 h 15 min
	95dB - 2 h	96dB - 1 h 45 min	98dB - 1 h 15 min	
100dB - 1 h	102dB - 45 min	104dB - 35 min	105dB - 30 min	106dB - 25 min
108dB - 20 min	110dB - 15 min	112dB - 10 min	114dB - 8 min	15dB - 7 min

Como foi citado o caso de carro equipado com sistema de som tipo "bazuca", podemos, além de recomendar que sejam mensurados os níveis de pressão sonora gerados por tais equipamentos, exemplificar alguns níveis de intensidade sonoras nocivos de nosso dia-dia, em medidas aproximadas:

Shows: 102 a 116 dB Trio elétrico: 104 a 114 dB
Orquestra sinfônica: 107 dB Cultos: 89 a 97 dB

Assinalamos que se relacionarmos tais níveis ao tempo máximo de exposição protegido de riscos de prejuízo auditivo, veremos que se está tolerando a exposição da população a intensidades sonoras potencialmente mais lesivas do que deveriam.

Finalmente, manifestamos total solidariedade com a justa empreitada iniciada pelo Ministério Público, que há de em breve repercutir em todo o Estado, para bem do descanso, da tranqüilidade e, enfim, da paz e da saúde de nossa população.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 30/04/2003)

PARECER CREMERJ N. 128/03

INTERESSADO: Sra. S. M. P. B. S.

RELATOR: Cons. Aloísio Carlos Tortelly Costa

QUESTÕES RELATIVAS A EQUOTERAPIA.

EMENTA: Esclarece que a equoterapia é um método terapêutico e educacional, que utiliza o cavalo numa abordagem multidisciplinar, e que em 1997 foi reconhecida pelo CFM como uma prática terapêutica que deve ser realizada por profissionais habilitados. É indicada, dentre outros, para os casos de paralisia cerebral e autismo.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Sra. S. S., Assistente Social, que solicita ser informada se a equoterapia é reconhecida pelo CREMERJ para fins de tratamento de doenças neurológicas, tais como paralisia cerebral e autismo.

PARECER: A equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo numa abordagem multidisciplinar, servindo para complementar o tratamento de reabilitação convencional, auxiliando o desenvolvimento bio-psico-social de pessoas com necessidades especiais.

A equoterapia começou a ser divulgada no Brasil no início da década de 70, quando os pioneiros neste trabalho fundaram a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BRASIL), sediada na Capital Federal.

Em 1997 a equoterapia foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como uma prática terapêutica que deve ser realizada por profissionais habilitados.

É indicada nos casos de paralisia cerebral, lesões neuro-motoras (cerebral e medular), deficiências sensoriais (áudio, fono e visuais), distúrbios evolutivos e/ou comportamentais, patologias ortopédicas (congenitas ou adquiridas), distrofias musculares, amputações, esclerose múltipla, atraso no desenvolvimento psico-motor, retardo mental, distúrbios emocionais de

linguagem e de aprendizagem, autismo dentre outros.

A equoterapia vem ao encontro da necessidade de amenizar a longa trajetória destes pacientes que, freqüentemente, são acompanhados por diversos profissionais (e muitas vezes em lugares diferentes). Neste método, há a possibilidade de os pacientes poderem ser trabalhados por mais de um profissional, ao mesmo tempo, e em um só local. A interação com o animal, com todos os processos inerentes (primeiros contatos, cuidados preliminares, a montaria e manuseio final) desenvolve novas formas de socialização, confiança em si mesmo e auto-estima.

Em uma sessão de 30 minutos de equoterapia, o paciente terá executado, ativa ou passivamente, cerca de 2.000 deslocamentos corporais, que atuam diretamente sobre o seu sistema nervoso, sobretudo sistema visual, vestibulo-acústico, funções cerebelares, sensibilidade profunda, além de estimular funções cognitivas, pois o simples andar do animal, com ritmos distintos, faz dele um "aparelho" terapêutico multi-funcional, além de estimular a auto-estima, pelo fato de poder dominar um animal de estrutura física muito maior que a sua, e a afetividade, através da interação e da convivência com o animal.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 30/04/2003)

PARECER CREMERJ N. 132/03

INTERESSADA: Dra. V. P. B.

RELATORES: Cons. Francisco Manes Albanesi Filho

Câmara Técnica de Cardiologia do CREMERJ

Cons. Cantídio Drumond Neto

Cons. Jorge Wanderley Gabrich

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS AO DESENVOLVIMENTO DA ESTENOSE AÓRTICA GRAVE.

EMENTA: Esclarece que Estenose Aórtica é a redução da área da valva aórtica inferior a $2,6 \text{ cm}^2$, provocando sobrecarga do ventrículo esquerdo ao seu esvaziamento na aorta. Informa que tem como principais etiologias a congênita, a infecciosa e a degenerativa e que pode ser sintomática ou assintomática.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Excelentíssima Dra. V. B., Juíza de Direito, a qual requisita do CREMERJ esclarecimentos acerca do desenvolvimento da estenose aórtica grave, especificamente no caso da Sra. M. L. L. S., que apresentou a lesão supracitada 4 (quatro) meses após a assinatura de Contrato desta com a AMIL Assistência Médica Internacional Ltda.

PARECER:

Fundamentação

Estenose Aórtica é a redução da área da valva aórtica inferior a $2,6 \text{ cm}^2$, provocando sobrecarga do ventrículo esquerdo ao seu esvaziamento na aorta.

Tem como principais etiologias a congênita (mais freqüente), a infecciosa (conseqüente à febre reumática) e a degenerativa (calcificação valvar Senil).

Pode ser quantificada nos graus: leve, moderada e grave, de acordo

com o gradiente de pressão sistólica entre o ventrículo esquerdo e a aorta, sendo considerado grave com gradiente ≥ 50 mmHg, que corresponde a área valvar aórtica $< 0,9 \text{ cm}^2$.

A estenose aórtica poderá ser assintomática ou sintomática. Na forma assintomática o primeiro sintoma poderá ser o de morte súbita (3-5%).

Na forma sintomática as manifestações clínicas se exteriorizam por: angina do peito, insuficiência ventricular esquerda, síncope de esforço e por morte súbita (10-15%).

O tempo médio de desenvolvimento da estenose aórtica para a forma grave é variável, podendo nos pacientes de origem congênita levar décadas, pois a maioria dos mesmos em forma grave é de adultos, com faixa etária entre 50 - 60 anos, quando as alterações degenerativas se expressam com maior intensidade. Assim, paciente com estenose aórtica poderia ser assintomático por muitos anos e a medida que o orifício valvar for diminuído de tamanho, torna o paciente sintomático evoluído da forma leve à grave. Outra evolução menos freqüente é da forma leve à grave em poucos anos, principalmente quando associado a outras doenças que acometem o ventrículo esquerdo.

Pode a doença cursar sem sintomas e ser identificada apenas quando o paciente se submete a um exame cardiológico. Por conseguinte, não podemos excluir a possibilidade de que este fosse o caso da paciente e que a mesma poderia até não ter conhecimento de cardiopatia quando foi assinado o contrato com a AMIL.

Conclusão: Observamos que a fundamentação acima, elaborada pela Câmara Técnica de Cardiologia, aborda de maneira objetiva a lesão orovalvar aórtica obstrutiva. No entanto, o fato de não ter sido feito exame admissional da paciente pelo Plano de Saúde e a possibilidade, embora pouco provável, de a paciente ser assintomática e não saber anteriormente da presença de doença cardiovascular prévia, torna polêmico o assunto e só o discernimento da Meritíssima Juíza saberá avaliar de forma adequada a solução mais justa.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 02/07/2003)

PARECER CREMERJ N. 133/03

INTERESSADO: Dr. C. A. de O. P.

RELATOR: Cons. Guilherme Eurico Bastos da Cunha
Câmara Técnica de Cirurgia Geral e Trauma do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À COLOCAÇÃO DE TELA DE PROLENE DURANTE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA.

EMENTA: Informa que a Tela de Prolene, utilizada na correção cirúrgica de hérnias, é uma prótese.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual sofreu uma cirurgia de hérnia inguinal bilateral. Por ter sido necessária a colocação de uma Tela de Prolene, pergunta se essa é considerada prótese, para que possa solicitar, junto ao Plano de Saúde, o ressarcimento do valor cobrado pelo hospital pela colocação da Tela supracitada.

PARECER: Devemos informar que a Tela de Prolene, utilizada na correção cirúrgica de hérnias, é uma prótese. Como o Consulente encontrou no Dicionário Aurélio, a Tela substitui a estrutura de resistência da parede posterior do canal inguinal (Fascia Transversalis) que por sua fraqueza propiciou a hérnia direta. Outras vezes ela é utilizada para reforçar estas estruturas anatômicas, nos casos de hérnias indiretas, também reforçando e reconstituindo a anatomofisiologia da região operada. Por estes motivos as Telas são próteses.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/07/2003)

PARECER CREMERJ N. 134/03

INTERESSADO: Clínica de Doenças do Tórax

RELATOR: Cons. Marcos Botelho da Fonseca Lima

Câmara Técnica de Anestesiologia do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À PRÁTICA DE MANIPULAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE CATETER DE DEMORA PERIDURAL FEITA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

EMENTA: Delibera que a indicação, instalação e retirada de cateter constituem-se em ato exclusivo do médico e que a administração de medicamentos pode ser feita por equipe de enfermagem treinada, sob orientação médica.

CONSULTA: O Dr. W. L. solicita parecer do CREMERJ com referência à prática de manipulação de cateter de demora peridural para administração de medicamentos, seguindo as indagações a seguir:

"1. A prática de manipulação de cateter de demora peridural para administração de medicamentos é um ato médico?

2. Os medicamentos, via cateter, podem ser administrados pela Equipe de Enfermagem?"

PARECER: Em relação à primeira questão, a Câmara Técnica de Anestesiologia do CREMERJ entende que a indicação, instalação e retirada do cateter constituem-se em atos exclusivos do médico.

Quanto à administração de medicamentos, pode ser feita por equipe de enfermagem treinada, desde que obedecendo a prescrição e orientação médica.

Finalmente, em relação à manipulação (troca de curativos), deve ser feita com rigorosa técnica de assepsia e antisepsia, sob orientação médica, por equipe de enfermagem treinada.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/07/2003)

PARECER CREMERJ N.135/03

INTERESSADO: Sr. C. A. B. O.

RELATORA: Dra. Amanda da Silva Rocha Aguiar
Assessoria Jurídica do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À APRECIÇÃO E À CONTESTAÇÃO DE LAUDO, DE ORIENTAÇÃO, DE DECLARAÇÃO OU DE ATESTADOS MÉDICOS.

EMENTA: Com base no Parecer CFM n. 11/88 e nas Resoluções n. 121/98 e n. 1.627/01, respectivamente do CREMERJ e do CFM, conclui que o laudo médico não deve ter sua validade recusada, exceto se for reconhecida falsidade na sua elaboração. Quanto à contestação do mérito, qualquer pessoa que dele discorde poderá fazê-la.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. C. O., engenheiro, o qual solicita saber se existe alguma lei, resolução, portaria, código de ética profissional ou outra qualquer norma legal que diga, de modo expresso, ou que leve às pessoas a induzirem, que a expressão abaixo é verdadeira:

"Um laudo, orientação por escrito, atestado, declaração, emissão de receituário etc., emitido por um médico, só poderá ser julgado ou contestado por outro médico."

PARECER: O laudo médico, emitido pelo médico, é um documento do paciente.

Conforme o disposto nas Resoluções CREMERJ n. 121/98 e CFM n. 1.627/01, que definem o ato médico, como o próprio nome diz o mesmo deve ser praticado por profissional graduado em Medicina, regularmente inscrito no Conselho Regional.

Além disso, o artigo 1º, §3º, da Resolução CREMERJ n. 121 diz:

"Art. 1º - Ato Médico é a ação desenvolvida visando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das alterações que possam comprometer a saúde física e psíquica do ser humano.

(...)

§3º Todos os documentos emitidos, decorrentes da ação desenvolvida pelo profissional médico, assim como os resultados de exames complementares para elucidação diagnóstica, o atestado de saúde, de doença e de óbito, são compreendidos como integrantes do ato médico."

Em princípio, de acordo com o Parecer CFM n. 11/88, o laudo médico não deve ter sua validade recusada, exceto se for reconhecida falsidade na sua elaboração, devendo neste caso, além de recusado, ser encaminhado à autoridade policial competente e ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

O laudo médico emitido por profissional devidamente capacitado é plenamente válido, podendo, contudo, ser ineficaz para o fim desejado.

Por fim, no tocante à contestação, a mesma pode ser feita por qualquer pessoa que dele discorde, de maneira eficiente ou não, dependendo da qualificação de quem o faça. Porém, estando o conflito no âmbito do Poder Judiciário, como se constata, o mesmo deverá ser lá resolvido, fugindo à competência deste Conselho, assim, opinar sobre o mérito da questão.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/07/2003)

PARECER CREMERJ N. 136/03

INTERESSADO: Ministério Público Federal/Procuradoria da República do Estado do Rio de Janeiro

RELATORA: Cons. Maria Tereza Fonseca da Costa
Câmara Técnica de Pediatria do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS ÀS DOENÇAS QUE IMPOSSIBILITAM A SOBREVIDA DO NEONATO.

EMENTA: Caracterizam a impossibilidade de sobrevivência do feto às doenças congênitas, incluindo as relacionadas aos sistemas cardiovascular e nervoso central. A anencefalia verdadeira é incompatível com a vida. Não há dados disponíveis sobre a ocorrência destas afecções no Rio de Janeiro.

CONSULTA: Consulta enviada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, através do Ofício S/ GS n. 1999/2001, encaminhando, por sua vez, Ofício PR/RJ/RS/n. 348/01 (MPF n. 1.30.012.000157/2001-09), do Ministério Público Federal, que faz as seguintes indagações:

"1. Quais são as doenças que permitem concluir pela impossibilidade de sobrevivência do neonato?

2. Qual a incidência registrada no Estado do Rio de Janeiro dessas doenças? Se possível, encaminhar dados sob forma de tabela."

FUNDAMENTAÇÃO E CONCLUSÃO: Em relação à primeira questão levantada pelo Ilmo. Sr. Procurador da República, a Câmara Técnica de Pediatria destaca que seriam aquelas do grupo que comporta doenças congênitas, incluindo aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular e sistema nervoso central. A presença de anencefalia verdadeira ao nascimento representa um quadro incompatível com a sobrevivência da criança, à luz dos

conhecimentos técnico-científicos atuais. De acordo com o Parecer CFM n. 24, de 9 de maio de 2003, temos que:

"O anencéfalo (ausência de cérebro) não tem as mínimas condições de sobrevivência, haja vista não possuir as estruturas neocorticais. Possui tão-somente o tronco cerebral. Cumpre também salientar que esses seres não têm uma vida de relação com o mundo exterior.

O diagnóstico da anencefalia, seguro, é realizado durante a gestação pelos exames de ultra-sonografia e dosagem de alfafetoproteína."

Não há dados disponíveis quanto à ocorrência específica dessas afecções entre os natimortos e nascidos - vivos no Rio de Janeiro. As informações sobre morbidade e mortalidade no período neonatal, acessíveis em www.saude.rj.gov.br, da Secretaria Estadual de Saúde, não permitem identificar a morbidade hospitalar e a mortalidade por causas como as anomalias congênitas incompatíveis com a vida, o que poderia subsidiar a resposta ao Ministério Público.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/07/2003)

PARECER CREMERJ N. 137/03

INTERESSADO: Sr. A. C. dos S.

RELATORA: Cons. Maria Tereza Fonseca da Costa
Câmara Técnica de Pediatria do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A PLANTÃO DE MÉDICO PEDIATRA.

EMENTA: A garantia das condições adequadas para o atendimento em emergência pediátrica pressupõe a presença efetiva do médico no setor. É responsabilidade da Direção Técnica do hospital prover as condições adequadas ao atendimento.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Sr. A. dos S., acadêmico de Direito, o qual faz as seguintes indagações ao CREMERJ:

"1. É regulamentado por este Conselho o fato de um médico pediatra, único plantonista (24 horas) em Emergência naquela especialidade, em um nosocômio privado, ausentar-se do referido Setor para participar de ato cirúrgico eletivo (parto cesárea) sem a presença de um substituto naquela Emergência?

2. Caso neste momento, da ausência deste profissional, dê entrada no referido Setor um caso grave e esta criança venha a óbito na ausência do pediatra, quem responderá por esta possível "omissão"? O médico ou o hospital?"

O Consulente deixa claro que o plantonista somente se ausentou por imposição do proprietário e endossada pela Direção Médica do referido estabelecimento.

PARECER: A Câmara Técnica de Pediatria do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, analisando as questões apresentadas, entende que a garantia das condições adequadas para o atendimento nesta emergência pediátrica, incluindo-se a presença efetiva do médico no setor, é responsabilidade da Direção Técnica do hospital. Dessa forma, se comprovado que a ausência do médico, a qual pode ter contribuído para o desfecho desfavorável do referido caso grave, foi determinada por ordem da Direção, esta última poderá ser responsabilizada, após tramitação processual de rotina, no Conselho de Medicina.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/07/2003)

PARECER CREMERJ N. 138/03

INTERESSADO: Hospital Barra D'Or

RELATOR: Cons. Marcos Botelho da Fonseca Lima

Câmara Técnica de Anestesiologia do CREMERJ

**QUESTÕES RELATIVAS AO INÍCIO DE ATO ANESTÉSICO SEM A
PRESENÇA DO CIRURGIÃO RESPONSÁVEL PELA EQUIPE.**

EMENTA: O anestesologista só deve começar o ato anestésico se houver, no local, uma equipe capacitada a executar todo o ato cirúrgico proposto.

CONSULTA: O Dr. B. W. consulta o CREMERJ a fim de receber orientações acerca do início de ato anestésico, autorizado pelo cirurgião responsável, mesmo sem sua presença, devido a um atraso, permanecendo o paciente anestesiado por 45 minutos à espera do cirurgião principal, visto que não havia na Equipe outro que viesse a substituí-lo.

PARECER: A Câmara Técnica de Anestesiologia do CREMERJ esclarece que o anestesologista só deve começar o ato anestésico se houver, no local, uma equipe capacitada a executar todo o ato cirúrgico proposto, desde que expressamente autorizado pelo cirurgião responsável.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/07/2003)

PARECER CREMERJ N. 139/03

INTERESSADO: Seccional Municipal de Volta Redonda - CREMERJ

RELATORES: Cons. Cantídio Drumond Neto

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

Cons. Marcos Botelho da Fonseca Lima

Dra. Carmen Baptista dos Santos

Câmara Técnica de Anestesiologia do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À ANESTESIA E À CIRURGIA DE ANEURISMA INTRACRANIANO.

EMENTA: Trata o Parecer de questões relativas à anestesia e à cirurgia de aneurisma intracraniano. Estabelece as situações em que há a necessidade de reserva de leito em UTI para o pós-operatório imediato. Aborda a necessidade do correto relacionamento entre os especialistas componentes da equipe cirúrgica, devendo ser respeitadas as individualidades inerentes a cada especialidade.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. J. C. M., o qual encaminha a seguinte Consulta ao CREMERJ:

"1. Qual o direito que tem o anestesiológico de estabelecer e de só viabilizar cirurgia para aneurisma se houver leito reservado para pós-operatório no CTI?

Considerações:

-Avaliação do risco de vida não está sendo considerado.

-A qualificação e risco cirúrgico dado pelo clínico não estão sendo considerados.

-Estranhas duas condutas, quando está em Hospital privado não há esta exigência.

-Não se conversa com o cirurgião para viabilizar a cirurgia.

-É correto fazer do CTI uma sala de recuperação pós-anestésica?

2. É correto suspender uma cirurgia de aneurisma intracraniano em que o risco cirúrgico realizado pelo clínico não vê impedimento e ao chegar à sala este paciente apresenta níveis tensionais mais altos, como 190-100?

Considerações:

- Como fica a visita pré-anestésica? É prioridade só do paciente privado?
- A avaliação para o paciente hipertenso pode ser considerada, se somente naquele momento de ansiedade e estresse que o paciente teve sua pressão elevada?
- Estamos avaliando todo o processo de ansiedade da família e do paciente?
- Estamos vendo o paciente como um todo ou especificamente como portador de "hipertensão arterial situacional"?"

PARECER: O Dr. J. C. M. dirige-se à Câmara Técnica de Anestesiologia com a finalidade de minimizar ou resolver problemas que têm acontecido em seu hospital e, ao que tudo indica, em outros.

Inicialmente, pergunta se o anestesiológico tem o direito de só viabilizar cirurgia para correção de aneurisma cerebral quando existe reserva de leito no CTI para pós-operatório. Em resposta a este questionamento, a Câmara Técnica de Anestesiologia do CREMERJ considera que:

1. a gravidade da doença usualmente é considerada como determinante da necessidade de cuidados intensivos. Quanto a isto, é perfeitamente claro que alguns pacientes são admitidos na UTI, após cirurgias maiores, para observações durante a noite tendo alta dentro das primeiras 24 horas (Kirby R. Overview of Anesthesiology and Critical Care, in: Miller R. Anaesthesia, cap. 75, p. 2.377, 1994);

2. constituem indicação para UTI:

a) todos os pacientes com doença intracraniana significativa diagnosticada;

b) pacientes com Glasgow menor que 13 (Philip A. Villanueva, Bradley H. Ruben, in: Civetta J. M. Critical Care, 3ª ed., Cap. 78, p. 1.195, 1997).

Quanto à qualificação do risco cirúrgico, a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) propõe, sendo aceito pela grande maioria dos anestesistas, a classificação relacionando o estado físico que se constitui de responsabilidade única e intransferível do médico anestesiologista. As prioridades neste tipo de cirurgia são:

Manter pressão de perfusão cerebral a níveis ótimos; estar preparado para diminuir rápida e profundamente a pressão de perfusão cerebral se ocorrer hemorragia intracraniana durante clipagem do aneurisma; diminuir volume cerebral e otimizar espaço para o trabalho do neurocirurgião no compartimento craniano; minimizar a taxa metabólica e o consumo do oxigênio sempre com a expectativa de que o cérebro tolerará bem a isquemia e a hipotensão súbita se por acaso houver diminuição da pressão arterial média.

O parecer clínico é sempre um auxiliar de valor para classificação ASA, mas não substitui a avaliação pré-anestésica do paciente e, muito ao contrário, não a dispensa em qualquer circunstância.

Em relação ao segundo questionamento, sob a ótica anestesiológica pré-operatória, aconselha-se as seguintes considerações:

A hipertensão arterial sistêmica está associada com o aumento da morbi-mortalidade em pacientes cirúrgicos. Pacientes hipertensos não controlados são mais vulneráveis a flutuações de pressão arterial durante a anestesia, a cirurgia e pós-operatório, tornando-se mais susceptíveis a episódios de isquemia miocárdica, tanto maior se os mesmos são também portadores de doença arterial coronária.

É fundamental a compreensão da fisiopatologia da hipertensão aguda no manuseio destes pacientes, visando diminuir a incidência de isquemia coronária e cerebral, bem como a diminuição da morbidade. Alguns pontos importantes a serem lembrados: gravidade e duração da hipertensão arterial sistêmica como níveis pré-operatórios da pressão arterial são previsores de risco; presença de

doenças primárias que ocasionem a hipertensão arterial sistêmica; adequabilidade de circulação cerebral e história de crises relacionadas com a mesma; circulação renal e periférica e função renal adequadas; de maior importância é a fisiologia da hipertensão arterial sistêmica.

Todos os anestésicos, assim como a medicação pré-anestésica e os relaxantes musculares, têm efeitos hemodinâmicos que podem alterar a pressão arterial. Entretanto, a maioria dos indivíduos hipertensos são tratados com mais de um medicamento, que pode causar per si interações variadas e significativas. Assim, desde que bem manuseados, o hipertenso bem compensado estará sujeito a menos complicações.

Embora a reserva seja desejável, na verdade as indicações para permanência em CTI no pós-operatório deve basear-se no estado do paciente logo após a cirurgia. Esta avaliação deve ser feita não só pelo anestesiológico, como pela equipe que procedeu à cirurgia. Esse fator deve ser levado em conta pela equipe cirúrgica na avaliação da conduta mais adequada para cada caso, sempre num diálogo com o anestesiológico.

Quanto à outra questão levantada pelo profissional médico, se é correto suspender uma cirurgia intracraniana, em que o risco cirúrgico foi realizado pelo clínico, pela presença de hipertensão arterial sistêmica, cremos que sim. O clínico analisou o paciente em outros momentos e a avaliação do anestesiológico de suas cifras tensionais imediatamente antes da cirurgia é imprescindível. Se ocorrer uma elevação da pressão, pode aumentar o risco do paciente, o que não é desejável, embora a reunião de toda a equipe - clínico, equipe cirúrgica e anestesiológico - possa, através do diálogo, tentar, com o uso de ansiolíticos ou hipotensores, controlar os níveis tensionais. Da concordância de todos deve surgir a decisão de prosseguir ou não na realização da cirurgia.

Considerações finais: O tratamento pré-operatório do paciente hipertenso está baseado em:

a) o paciente deve ser educado quanto à importância de seu tratamento a longo prazo, mesmo que a hipertensão arterial sistêmica seja isoladamente assintomática. O parecer clínico é incompleto e não existe relato da história, de tratamento a longo prazo e da manutenção do tratamento até a data da cirurgia. Em que índice se baseia o risco cirúrgico?

b) flutuações hemodinâmicas são menos frequentes no paciente adequadamente tratado, bem como apresentam correlação com a morbidade. Pacientes hipertensos não devem ser sedados no início da cirurgia com finalidades de obter diminuição da pressão arterial, pois as modificações fisiopatológicas da hipertensão (renal, cerebral e coronária principalmente) estão instaladas com repercussão sistêmica obrigatoriamente não visíveis naquele momento, mas que poderão ser sentidas posteriormente caso haja instalação do estresse anestésico cirúrgico;

c) o tratamento da hipertensão com o emprego de fármacos anti-hipertensivos assegura diminuição ou ausência de complicações do emprego de drogas potentes como é o caso dos anestésicos. Decidir se o paciente hipertenso necessita de tratamento é assegurar também a ausência das complicações do emprego da hipotensão induzida, técnica anestésica geralmente empregada em cirurgias de aneurisma craniano, e, portanto, evitar respostas de órgãos não pesquisados que poderão responder com maior intensidade à hipertensão secundária, como é o caso do Sistema Nervoso Central, artérias coronárias e miocárdio, rins e vasculatura periférica. Este tipo de injúria pode alterar o resultado final pré e pós-operatório;

d) por último, espera-se que uma vez constituída uma equipe anestésico-cirúrgica que o diálogo possa ser amplo e para que seja ético, que sejam respeitadas as individualidades inerentes a cada especialidade, sem competição histórica hierárquica e que o resultado final seja a cura ou o retorno à vida produtiva do paciente.

É o parecer, s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 25/07/2003)

PARECER CREMERJ N. 140/03

INTERESSADO: UNIMED-Rio

RELATORES: Cons. Cantídio Drumond Neto

Dr. Vinício Elia Soares

Câmara Técnica de Cardiologia do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS AOS MEDICAMENTOS REOPRO E AGRASTAT.

EMENTA: A utilização de drogas inibidoras do receptor plaquetário IIb/IIIa pode e deve ser feita em pacientes com quadros isquêmicos miocárdicos agudos, que se apresentem refratários ao tratamento pleno, devendo ser observadas as restrições ao uso dos mesmos em pacientes com hemorragias recentes, com trombocitopenia ou que apresentem distúrbios hematológicos.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela UNIMED-Rio, a qual solicita à Câmara Técnica de Cardiologia as indicações clínicas e protocolos para a utilização dos medicamentos ReoPro e Agrastat.

PARECER: Atendendo solicitação da UNIMED-Rio acerca de parecer técnico sobre indicações clínicas e protocolos para a utilização dos medicamentos ReoPro e Agrastat, a Câmara Técnica de Cardiologia do CREMERJ considera preliminarmente que:

- as referidas drogas são inibidoras do receptor plaquetário glicoprotéico IIb/IIIa;

- drogas com propriedades inibitórias do receptor plaquetário glicoprotéico IIb/IIIa despertam, atualmente, um grande interesse (para pesquisas e estudos médicos) em Cardiologia, interesse este fundamentado na grande importância fisiopatológica da ativação plaquetária nas síndromes coronárias isquêmicas agudas e nos procedimentos em cardiologia intervencionista, além do fato de ser a ativação do receptor plaquetário

glicoprotéico IIb/IIIa via fisiológica final comum a uma série de mecanismos de ativação plaquetária, como por exemplo aqueles dependentes de: epinefrina, trombina, ADP, fator de ativação plaquetária, TXA₂, colágeno, vasopressina e serotonina.

EM RELAÇÃO AO REOPRO.

ReoPro é o nome comercial da droga Abciximab que é comercializada no Brasil pelo laboratório Eli Lilly.

Abciximab é um fragmento (fragmento Fab) do anticorpo monoclonal humano quimérico 7E3.

Nos EUA o uso do ReoPro foi aprovado pela FDA em dezembro de 1994.

São consideradas indicações para o uso de ReoPro:

- intervenções coronárias percutâneas (como medicação adjunta para prevenir isquemia miocárdica e melhorar os resultados imediatos e tardios destes procedimentos).

- síndromes coronárias isquêmicas agudas sem supradesnível do segmento ST no ECG (angina instável e IAM sem Q) que não respondem às intervenções terapêuticas convencionais e que apresentam a possibilidade de abordagem com intervenções coronárias percutâneas.

Embora ainda não sejam indicações clássicas, estudos preliminares respaldam o uso de ReoPro em:

- síndromes coronárias isquêmicas agudas com supradesnível do segmento ST no ECG (IAM com Q) de modo rotineiro com intervenções coronárias percutâneas caso haja ou não emprego de stents;

. síndromes coronárias isquêmicas agudas com supradesnível do segmento ST no ECG (IAM com Q), mesmo sem intervenções coronárias percutâneas, em associação ao emprego de agentes trombolíticos em dose reduzida.

Os regimes recomendados para o emprego de ReoPro em adultos são os seguintes:

. 0,25 mg/Kg IV em "dose de ataque" de 10 a 60 minutos antes da intervenção coronária percutânea, seguida de infusão IV contínua de 0,125 μ g/Kg/min (com máximo de 10 μ g/Kg/min) por 12 horas;

. 0,25 mg/Kg IV em "dose de ataque" em pacientes com síndromes coronárias isquêmicas sem supra de ST e refratários ao tratamento convencional, seguida de infusão IV contínua de 10 μ g/Kg/min por período de 18 a 24 horas com término antes da intervenção coronária percutânea.

EM RELAÇÃO AO AGRASTAT.

Agrastat é o nome comercial da droga Tirofiban que é comercializada no Brasil pelo Laboratório Merck Sharp & Dohme.

Agrastat é um antagonista reversível não peptídico do receptor Plaquetário glicoprotéico IIb/IIIa.

Nos EUA o uso do Agrastat foi aprovado pela FDA em maio de 1998.

São consideradas indicações para o uso de Agrastat (em combinação com heparina):

. síndromes coronárias isquêmicas agudas sem supradesnível do segmento ST no ECG (angina instável e IAM sem Q) sejam os pacientes candidatos ou não para posterior intervenção coronária percutânea (várias evidências nestes contextos demonstram redução dos objetivos combinados

de: mortalidade, novo IAM, isquemia miocárdica refratária, repetição de intervenções coronárias percutâneas).

Os regimes recomendados para emprego de Agrastat em adultos são os seguintes:

- . 0,4ug/Kg/min IV por 30 minutos em "dose de ataque" seguida de infusão venosa contínua de 0,1µg/Kg/min;

- . em pacientes com grave comprometimento da função renal (depuração de creatinina < 30 ml/min) metade das doses previamente recomendadas devem ser empregadas;

- . o período da infusão venosa contínua pode variar conforme o caso de 48 a 108 horas e caso haja planejamento de intervenção coronária percutânea a infusão deve ser mantida ao longo da mesma e só interrompida de 12 a 24 horas após a mesma.

Pelo fato dos inibidores dos receptores plaquetários glicoprotéicos IIb/IIIa poderem aumentar o risco de sangramento, o uso dessa medicação é contra-indicado nas seguintes circunstâncias:

- . sangramento interno ativo;

- . sangramento recente (6 semanas) gastrointestinal ou geniturinário de importância clínica;

- . acidente vascular encefálico nos últimos 2 anos ou que tenham tido como seqüela importante déficit neurológico (provavelmente sempre contra-indicado após acidente vascular encefálico desde que do tipo hemorrágico);

- . suspeita fundamentada de dissecção aórtica;

- . pericardite;

- . distúrbios hemorrágicos;

- . administração recente de anticoagulantes orais (com exceção de

paciente com tempo de protrombina $<1,2x$ em relação ao controle);

- . trombocitopenia (plaquetas <100.000 células/ml);
- . neoplasia, aneurismas ou malformações vasculares intracranianas;
- . trauma ou grande cirurgia recentes (6 semanas);
- . hipertensão arterial sistêmica grave não controlada;
- . história documentada ou bem presumida de vasculite;
- . hipersensibilidade conhecida aos componentes do ReoPro.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: Em recentes diretrizes (setembro de 1999) do "American College of Cardiology" e da "American Heart Association" para o tratamento do IAM, inibidores dos receptores plaquetários glicoprotéicos IIb/IIIa são considerados com indicações de classe IIa (condições de indicações que, embora não gozem de unanimidade, o peso das evidências favorece o uso da droga em questão) em pacientes com IAM sem supradesnível do segmento ST que apresentam indícios de alto risco e/ou se apresentem com isquemia refratária desde que não haja maior contra-indicação devida a risco de sangramento.

Em documento que aborda o tratamento de pacientes com angina instável e IAM sem Q, que está sendo elaborado pela Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro e que será brevemente publicado, recomenda-se o uso de inibidores dos receptores plaquetários glicoprotéicos IIb/IIIa em pacientes de maior risco de eventos isquêmicos ou com refratariedade à terapia padrão com ácido acetil-salicílico, nitrato intravenoso, heparina e betabloqueadores.

É o parecer; s. m. J.

(Aprovado em Sessão Plenária de 25/07/2003)

PARECER CREMERJ N. 141/03

INTERESSADO: Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião
IEISS

RELATORES: Cons. José Luiz Furtado Curzio
Dr. Luiz Carlos Leal Prestes Júnior
Câmara Técnica de Medicina Legal do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À COLETA DE LÍQUOR *POST MORTEM*.

EMENTA: Esclarece que a coleta de líquido *post mortem* não está especificada na Legislação como crime de violação de cadáver.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. S. C. M., o qual trabalha em hospital de referência para o tratamento de meningites e meningococcemia. O profissional médico expõe que muitos pacientes que chegam não reúnem condições clínicas que permitam a realização de punção lombar - seja por hipertensão intracraniana grave, suspeita de lesões com efeito de massa ou outros motivos - pelo risco de herniação do tecido cerebral e subsequente morte. Informa, ainda, que alguns destes pacientes evoluem para o óbito e, pela ausência da punção lombar, permanecem sem o diagnóstico de meningite e de que tipo de meningite - qual agente etiológico. Assim, o Dr. S. C. M. faz as seguintes indagações ao CREMERJ:

1. Constitui violação de cadáver a coleta de líquido *post mortem*?
2. Sendo violação de cadáver existe alguma situação que justifique sua feitura (no caso a preocupação epidemiológica na definição do quadro e do agente causador)?
3. Sendo violação de cadáver, existe alguma previsão penal para o médico que a realiza e para o gestor que a solicita?
4. Se o responsável ou o paciente autorizarem "qualquer procedimento que a equipe médica julgar necessária" no momento da internação - como é procedido no IEISS - o procedimento pode ser feito?

5. Se o responsável pelo paciente autorizar a punção lombar *post mortem* o procedimento torna-se legalmente respaldado?

6. Em caso de epidemias se justificaria a punção *post mortem* ?"

PARECER: A Câmara Técnica de Medicina Legal esclarece.

1. Não. A coleta de líquido *post mortem* não está especificada na legislação como crime de violação de cadáver. Na verdade, o crime, de acordo com o Art. 212 do Código Penal, está descrito como vilipêndio de cadáver, que em nosso entendimento significa profanar, ultrajar, tratar com desprezo tanto o cadáver como suas cinzas.

2. Não há, portanto, violação. Em se tratando da necessidade de obtenção de líquido biológico para análise e diagnóstico de doença infecciosa e contagiosa, de notificação compulsória, por si só já justificaria a referida análise laboratorial, tendo em vista a necessidade social e coletiva desses casos.

3. Prejudicado por não ser considerado violação de cadáver.

4. Por questão de cautela e prudência recomendamos a elaboração de um termo de consentimento do responsável legal para que sejam realizados todos os procedimentos diagnósticos necessários à elucidação dos casos, incluindo necropsias e coleta de líquidos biológicos. Poderá ainda constar a necessidade epidemiológica desses casos. A prévia e expressa autorização daria um respaldo legal mais eficaz.

5. Vide resposta anterior.

6. Sim, sendo mais enfatizado a necessidade epidemiológica e sanitária desses casos.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 01/08/2003)

PARECER CREMERJ N. 142/03

INTERESSADO: Dr. R. C. S.

RELATORES: Cons. José Luiz Furtado Curzio

Dra. Marilena Campos de Lima

Câmara Técnica de Medicina Legal do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À COLETA DE SANGUE EM VÍTIMAS FATAIS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO.

EMENTA: Esclarece ser a coleta de sangue em vítimas fatais de acidentes de trânsito um procedimento de rotina. É um exame complementar e um dado importante no aspecto jurídico para apurar a responsabilidade criminal, exceto quando o cadáver estiver em putrefação.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual solicita parecer acerca da coleta de sangue em cadáveres - vítimas fatais de acidentes de trânsito/colisão de veículos e atropelamentos - para dosagem de alcoolemia.

PARECER: A Câmara Técnica de Medicina Legal esclarece que a coleta de sangue em cadáveres - vítimas fatais de acidentes de trânsito - não é um procedimento incorreto. É um procedimento de rotina, que além de exame complementar é um dado importante no aspecto jurídico para apurar a responsabilidade criminal, exceto quando o cadáver estiver em putrefação, pois este resultado será duvidoso, uma vez que a putrefação produz substâncias redutoras semelhantes ao álcool etílico.

Nos acidentes de trânsito deve ser sempre realizado o exame toxicológico nas vítimas. Nos casos de morte violenta preconiza-se seja feita a dosagem de álcool nas vísceras ou no sangue do hemicárdio direito para evitar possível erro determinado pela difusão *post mortem* de bebida alcoólica ou no sangue da veia femoral.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 01/08/2003)

PARECER CREMERJ N. 144/03

INTERESSADO: Hospital Municipal Dr. Nelson de Sá Earp - Petrópolis

RELATORES: Cons. José Luiz Furtado Curzio

Dr. Oscar Luiz de Lima Cirne Neto

Câmara Técnica de Medicina Legal do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À COMUNICAÇÃO DE ÓBITO E A ATESTADO DE ÓBITO.

EMENTA: Entende ser atribuição do Setor Administrativo do hospital a comunicação do óbito aos familiares e esclarece que o médico plantonista pode preencher o atestado de óbito.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Dra. G. dos R. D. C., a qual solicita do CREMERJ as seguintes informações:

"1. Quem tem, quando houver um óbito, a responsabilidade de comunicar à família: a Portaria ou o médico que constatou o óbito?

2. Quando na hora em que ocorrer o óbito não existirem os documentos necessários ao preenchimento do atestado, o médico do plantão seguinte poderá preencher o atestado?

3. Quando ocorrer óbito por morte suspeita, e o corpo é enviado ao IML, é necessário solicitar o laudo do IML para anexar ao prontuário do paciente?"

PARECER: A Câmara Técnica de Medicina Legal assim se pronuncia a respeito dos diversos questionamentos enviados pela Consulente:

1. Quem tem, quando houver um óbito, a responsabilidade de comunicar à família: a Portaria ou o médico que constatou o óbito?

Imaginando que esta pergunta se refira a um paciente internado em

hospital, a comunicação do óbito aos familiares não é atribuição do médico, como também não é do médico que o constatou e nem do médico assistente. O nosso entendimento é de que se trata de uma atribuição do Setor Administrativo do Hospital. À Direção do Hospital cabe designar qual o funcionário administrativo que deverá ter este encargo.

2. Quando na hora em que ocorrer o óbito não existirem os documentos necessários ao preenchimento do atestado, o médico do plantão seguinte poderá preencher o atestado?

Entendemos que é, inclusive, uma obrigação deste médico plantonista, conforme disciplinado pelo artigo 114 do Código de Ética Médica, devendo o mesmo marcar no campo apropriado, na declaração de óbito, a sua condição de médico substituto.

"É vedado ao médico:

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

Cabe ao Diretor Técnico fazer valer os ditames éticos e regulamentares e, também, as Leis do País na Instituição que dirige, observando as Resoluções do CFM n. 1.601/2000 e n. 1.641/2002 e a Resolução SES n. 550/1990.

3. Quando ocorrer óbito por morte suspeita, e o corpo é enviado ao IML, é necessário solicitar o laudo do IML para anexar ao prontuário do paciente?

Não é necessário; além do mais, o hospital não tem competência para requisitar documentos aos órgãos policiais.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 08/08/2003)

PARECER CREMERJ N. 145/03

INTERESSADA: Dra. S. C. C.

RELATORES: Cons. Bartholomeu Penteado Coelho

Cons. Luís Fernando Soares Moraes

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A TREINAMENTO PARA INSERÇÃO DE DIU.

EMENTA: Esclarece que a inserção do DIU é um procedimento invasivo, caracterizando, pois, um Ato Médico e afirma que só pode ser executado por médico.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Dra. S. C. C., a qual informa ser ginecologista da Rede Municipal e que foi recentemente convidada a realizar um treinamento para profissionais de nível superior médicos e enfermeiros para a inserção de DIU. A Consulente indaga se pode fazer o treinamento e se os enfermeiros podem realizar esse procedimento.

PARECER: A inserção do DIU é um procedimento invasivo, caracterizando, pois, um Ato Médico, só podendo ser executado por médico.

O DIU é um importante elemento do arsenal terapêutico do planejamento familiar, funcionando como anticoncepcional seguro, com efeitos colaterais e insucesso desprezíveis. Hoje, os DIUs existentes no mercado já garantem uma vida útil de até 10 anos, portanto exigindo grande seriedade e responsabilidade em sua aplicação.

A inserção do DIU, embora aparentemente simples, implica previamente numa série de etapas que irão permitir a sua segurança e eficácia por um longo período. Essas etapas só podem ser executadas por médicos, pois são da sua exclusiva responsabilidade, caracterizadas como Ato Médico.

Para a implantação do DIU é necessária consulta ginecológica típica,

quando é realizada anamnese (antecedentes familiares e pessoais, história patológica pregressa, antecedentes ginecológicos e obstétricos), exame físico, com ênfase na área ginecológica vagina, colo, canal cervical, útero (tamanho, posição e cavidade) e anexos. Exames complementares, principalmente a colpocitologia, quando é feito o rastreamento do Câncer de Colo e de possíveis processos inflamatórios da vagina e do colo. A ultra-sonografia pélvica é, na grande maioria das vezes, necessária para maior segurança não só na aplicação como também para afastar possíveis alterações anatômicas e processos inflamatórios pélvicos. Depois de vencidas essas etapas, é feita a inserção com os cuidados de uma pequena cirurgia, que pode ser realizada em ambulatório capacitado.

Na inserção existem riscos de mau posicionamento, perfuração, sangramento etc., que só o médico pode diagnosticar e tratar no ato, sem danos para a paciente.

Consultas médicas posteriores devem ser realizadas para avaliação, onde serão rastreados, além de doenças ginecológicas (sangramento, infecções pélvicas etc.), o correto posicionamento do DIU, que garantirá a sua eficácia como método anticoncepcional.

Vê-se que o sucesso depende de um Ato Médico complexo, não se limitando apenas à colocação do dispositivo que por si só exige destreza, além de conhecimentos de anatomia, fisiopatologia, ginecologia e até cirurgia geral, não podendo o médico ensinar e treinar outros profissionais de saúde.

Portanto, só o médico está capacitado e só ele é o responsável pelo Ato Médico perante a sociedade.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 08/08/2003)

PARECER CREMERJ N. 146/03

INTERESSADA: Prefeitura Municipal de Nilópolis / Secretaria
Municipal de Saúde

RELATORES: Dr. Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto
Cons. José Luiz Furtado Curzio
Câmara Técnica de Medicina Legal do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À EMISSÃO DE ATESTADO DE ÓBITO.

EMENTA: Expõe que o atestado de óbito de paciente atendido na Emergência, ou internado, deve ser sempre que possível preenchido pelo médico assistente. Esclarece que na ausência do médico assistente o médico substituto ou plantonista do hospital, ou até mesmo de um hospital público mais próximo, poderá fazê-lo.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. M. M. F., o qual solicita do CREMERJ os seguintes esclarecimentos:

1. Em caso de óbito no Hospital, de paciente atendido na Emergência e/ou internado, sem qualquer documento de identificação, de quem deverá ser a responsabilidade de preencher, assinar e carimbar o atestado de óbito?

2. Quem constatará o óbito?

3. Somente quando recebida a devida identificação, já em outro plantão?

PARECER: Consulta dirigida pelo Dr. M. M. F., do Hospital Municipal Juscelino Kubitschek.

Reportemo-nos, de início, ao Código de Ética Médica:

"É vedado ao médico:

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

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta."

Também deve ser observada a Resolução n. 550/1990, da Secretaria de Estado de Saúde:

"Art. 1º. Em consonância com os artigos 114 e 115 do atual Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 1.246, de 08 de janeiro de 1988), caberá ao médico plantonista ou substituto atestar o óbito de todo paciente que venha a falecer por causa natural a caminho ou nas dependências de Pronto-Socorro ou ambulatório público ou privado, devendo, previamente, através de informações prestadas por acompanhante do falecido, tentar contato com o médico que assistia o enfermo visando obter elementos para o esclarecimento da causa mortis.

Art. 2º. Esgotadas todas as tentativas de se determinar a causa básica da morte e não havendo suspeita de óbito por causa violenta (acidente, homicídio ou suicídio), deverá ser declarada na parte I do atestado médico Causa Indeterminada."

Por fim, devemos cumprir a Resolução n. 1.601/2000 do Conselho Federal de Medicina, que reza:

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

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

1) Morte Natural:

I) Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O.

b) Nas localidades sem S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de

saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, e na sua ausência qualquer médico da localidade.

II) Morte com assistência médica:

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

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

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

A responsabilidade de preencher a declaração de óbito é sempre, em primeiro lugar, do médico assistente. Tratando-se de hospital público deve ser feito o preenchimento pelo médico que estiver no plantão ou pelo médico substituto se este já tiver saído.

Quanto à identificação, esta sempre deverá estar presente quando da emissão da declaração de óbito, pois não se pode admitir o preenchimento de uma declaração de óbito com o cabeçalho em branco.

Caso o paciente não seja identificado, temos por norma utilizar as informações "um homem branco", "uma mulher parda", "um homem não identificado", seguindo-se a isto o número do prontuário de internação.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 03/09/2003)

PARECER CREMERJ N. 147/03

INTERESSADA: INTERCOR Investigação e Terapia do Coração

RELATORES: Cons. Cantídio Drumond Neto

Dr. Vinício Elia Soares

Câmara Técnica de Cardiologia do CREMERJ

Cons. Pablo Vazquez Queimadelos

Câmara Técnica de Terapia Intensiva do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À DEFINIÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO DO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO E DA UNIDADE CORONARIANA.

EMENTA: Em pacientes com quadro agudo, que pode ter diferentes etiopatogenias como responsáveis, dúvidas podem ocorrer quanto à internação ser feita em Unidade de Terapia Intensiva ou em Unidade Coronariana, devendo-se buscar o consenso, entre ambas, para um melhor e mais pronto atendimento.

CONSULTA: Consulta encaminhada pela Dra. M. C. M. da R., diretora da INTERCOR, estrutura terceirizada do Hospital Espanhol, expondo que com a proliferação das Unidades de CTI e Coronariana em diversos hospitais, cada uma com interesses próprios, porém com indicações de internação de pacientes com patologias que freqüentemente se sobrepõem na sua indicação, tanto para um setor como para o outro. Solicita, assim, respaldo na definição das áreas de atuação de cada setor, mesmo sabendo que muitos casos têm características de difícil classificação. A profissional médica informa, ainda, que é responsável contratualmente pela área cardiológica do Hospital, que tem organizado um setor de Unidade Coronariana ao lado de um CTI administrado por um outro grupo. Indaga se em casos de dispnéia em que condições etiopatogênicas diferentes podem ser responsáveis (pneumonia e insuficiência mitral aguda por rotura de cordoalha), qual seria o destino a ser dado ao paciente e quem assumiria a responsabilidade pelo tratamento.

PARECER: A possibilidade de tratamento das arritmias da fase aguda do infarto do miocárdio, o desenvolvimento de técnicas de ressuscitação cardiopulmonar, a necessidade de suporte mecânico ventilatório em epidemias

de poliomielite, entre outros, representam marcos históricos no desenvolvimento de Unidades de Terapia Intensiva.

Os avanços médicos e o desenvolvimento de recursos tecnológicos abriram espaço para Unidades de Terapia Intensiva especializadas no tratamento de pacientes cirúrgicos, de doenças cardíacas, de distúrbios neurológicos, de pacientes com insuficiência respiratória etc.

Algumas fronteiras, no entanto, nem sempre são precisas. Na realidade, as especializações médicas não devem deixar de considerar aspectos mais amplos e globais, fundamentais para o exercício profissional. Um plantonista de uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica deve ser qualificado para identificação e tratamento de arritmias cardíacas que induzam instabilidade hemodinâmica no pós-operatório de uma oclusão intestinal aguda. Um plantonista de uma Unidade Coronária deve ser apto para estabelecer uma via aérea artificial e instituição de suporte mecânico ventilatório em um paciente com infarto agudo do miocárdio complicado com edema agudo de pulmão refratário.

Feitas tais ponderações passaremos à Consulta da Dra. M. da R.

Concordamos com a colocação da profissional médica que as indicações de internações em Unidades Coronárias e Unidades de Terapia Intensiva Geral muitas vezes são superpostas.

Na realidade, o conceito da terapia intensiva cardiológica não é recente e já há alguns anos vem sendo enfatizado na literatura médica nas obras de William J. Sibbald (*Cardiovascular Crises in the Critically III*, Critical Care Clinics, 1985), Michael S. Ewer & Gerald V. Naccarelli (*Cardiac Critical Care*, Critical Care Clinics, 1989), David R Dantzker (*Cardiopulmonary Critical Care*, WB Saunders, 1991) e Vladimir Kvetan & David R Dantzker (*The Critically III Cardiac Patient*, Lippincott-Raven, 1996), entre tantos outros.

O próprio CREMERJ, em sua Resolução Normativa n. 111/96, estabelece, em seu artigo 1º, "Normas Mínimas para o Funcionamento de Unidades Especializadas no Tratamento do Paciente Crítico Cardiológico".

Na prática médica observada em Serviços Públicos da Cidade do Rio de

Janeiro, onde não se fazem presentes "os interesses próprios de distintas unidades de estrutura hospitalar terceirizada", como bem cita a Consultente, as Unidades Coronárias, invariavelmente lotadas, não se restringem à assistência de pacientes com síndromes coronárias isquêmicas agudas, mas têm um campo de atuação que abrange emergências hipertensivas, arritmias cardíacas, doenças da aorta, insuficiência cardíaca de diversas etiologias e condições críticas em doenças do pericárdio e das válvulas cardíacas.

A importância da prática cardiológica em Unidades de Terapia Intensiva também pode ser observada na própria Sociedade de Terapia Intensiva do Rio de Janeiro, que se apresenta com um Departamento de Cardiologia.

A seguir, atendendo solicitação da Consulta em questão, estamos relacionando doenças e/ou distúrbios nosológicos que podem ser abordados, tanto em termos de investigação diagnóstica quanto em termos de efetiva atuação terapêutica, em regime de internação em Unidades Especializadas no Tratamento do Paciente Crítico Cardiológico.

Síndromes Coronárias Isquêmicas Agudas.

Infarto agudo do miocárdio.

Complicações do infarto agudo do miocárdio (choque cardiogênico, arritmias etc.).

Angina instável.

Condições isquêmicas miocárdicas que, embora imediatamente se apresentem estáveis, apresentem riscos de descompensação (exemplo: doença coronária previamente diagnosticada, sem evidências de condição isquêmica aguda, em paciente submetido à intercorrência clínica ou cirúrgica).

Doença coronária previamente diagnosticada, sem evidência de condição isquêmica aguda, em paciente submetido à intercorrência clínica ou cirúrgica.

Isquemia miocárdica em doenças coronárias obstrutivas não arteroscleróticas (vasculite etc), condições de aumento de consumo miocárdico não obrigatoriamente relacionado à doença coronária obstrutiva (miocardiopatia hipertrófica etc.), isquemia miocárdica em condições diversas (vasoespasma, síndrome X etc.).

Procedimentos Hemodinâmicos.

Procedimentos hemodinâmicos diagnósticos em pacientes de alto risco.

Procedimentos hemodinâmicos intervencionistas (valvuloplastias; angioplastia coronária, de ramos supra-aórticos, de artérias renais etc., com ou sem implante de STENT).

Implantes de marcapasso definitivo e de dispositivos para desfibrilação ou tratamento de taquiarritmias, além de suporte para estudo eletrofisiológico em pacientes de alto risco.

Distúrbios Hemodinâmicos.

Insuficiência cardíaca de diversas etiologias (distúrbios isquêmicos miocárdicos, doença cardíaca hipertensiva, doença cardíaca orovalvar, doença primária miocárdica, doenças do pericárdio e doenças do endocárdio).

Choque com dinâmica cardiogênica ou obstrutiva e, eventualmente, choque com dinâmica distributiva ou hipovolêmica desde que se acompanhe de componente cardiogênico associado.

Parada Cardíaca e "Morte Súbita".

Paciente recuperado de "morte súbita" cardíaca e eventualmente não-cardíaca.

Fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, assistolia, atividade elétrica sem pulso (dissociação eletromecânica, pseudo-dissociação eletromecânica, ritmo idioventricular, bradicardia extrema etc.).

Arritmias.

Taquiarritmias supra ou ventriculares, mecanismos reentrantes ou por alterações do automatismo, com ou sem comprometimento hemodinâmico imediato.

Bradiarritmias com ou sem comprometimento hemodinâmico imediato.

Emergências e Urgências Hipertensivas.

Hipertensão arterial sistêmica com comprometimento neurológico.

Hipertensão arterial sistêmica com disfunção ventricular esquerda.

Hipertensão arterial sistêmica com isquemia miocárdica.

Hipertensão arterial sistêmica com dissecação aórtica.

Hipertensão arterial sistêmica de evolução acelerada ou maligna.

Hipertensão arterial sistêmica relacionada a procedimentos cirúrgicos.

Condições diversas (feocromocitoma etc.).

Distúrbios Vasculares Neurológicos.

Ataque isquêmico transitório e acidente vascular encefálico, particularmente de origem isquêmica, em pacientes elegíveis para terapia trombolítica.

Condições Diversas.

Pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Dor torácica.

Síncope.

Condições de risco em doenças valvares.

Endocardite infecciosa.

Condições de risco em doença do pericárdio.

Hipertensão arterial pulmonar.

Cor pulmonale.

Embolia pulmonar.

Dissecção aórtica.

Trauma cardíaco.

Tumores cardíacos.

Resposta inflamatória sistêmica relacionada a distúrbios cardiológicos.

Em resposta à solicitação de opinião sobre o caso apresentado, julgamos não ser procedente o questionamento de internação em Unidade Coronária de um paciente sabidamente cardiopata, com instabilidade hemodinâmica decorrente de rotura de cordoalha tendinosa, com insuficiência mitral aguda, mesmo que o paciente apresente antecedentes de doenças de outros sistemas.

A internação deste mesmo paciente na Unidade de Terapia Intensiva, com o argumento de ser o distúrbio respiratório o fator precipitante do quadro, também não poderia ser alvo de crítica, pois, na dúvida, antes do estabelecimento de diagnóstico definitivo, o mais importante é o socorro imediato ao paciente.

Pelo exposto, somos de opinião que os procedimentos foram corretos e que em alguns casos, como o supracitado, ocorrem intercorrências cardiológicas e de terapia intensiva em um mesmo paciente, daí ser, certamente, recomendável que haja bom entrosamento entre as equipes dos dois serviços.

A Câmara Técnica de Terapia Intensiva do CREMERJ salienta que, conforme conceituação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) através do Projeto Qualidade em Terapia Intensiva (QUATI) a UTI especializada caracteriza-se pelo predomínio de pelo menos 80% dos pacientes internados terem a doença de base, referente à internação, identificada com a especialidade. Portanto, é recomendável, mas não impeditivo, que os pacientes possam ser recebidos nas unidades especializadas até para proteção do paciente.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 03/09/2003)

PARECER CREMERJ N. 148/03

INTERESSADO: Sr. P. W. R.

RELADORES: Câmara Técnica de Medicina Desportiva do CREMERJ
Cons. Antônio Carlos Velloso da Silveira Tuche
Dr. Alfredo Marques Villardi
Dr. José Kawazoe Lazzoli
Dr. José Antonio Caldas Teixeira
Dr. Marco Aurélio Brazão de Oliveira
Dr. Robson Luís de Bem
Dr. Salvador Manoel Serra
Dr. Serafim Ferreira Borges.

QUESTÕES RELATIVAS À GINÁSTICA PASSIVA - ELETROESTIMULAÇÃO.

EMENTA: Dispõe sobre a eletroestimulação, mecanismo utilizado na chamada ginástica passiva, bem como acerca dos benefícios e malefícios da utilização de aparelhos domésticos de ginástica.

CONSULTA: Consulta enviada pelo Sr. P. W. R., o qual solicita a opinião do CREMERJ a respeito da ginástica passiva, encaminhando as seguintes questões:

- "1. Esses aparelhos de ginástica passiva dão resultado?
2. Há possibilidade dos estímulos prejudicarem a saúde de quem os utiliza?
3. Qual a posição do Conselho quanto às clínicas de estética, que realizam a terapia de eletroestimulação para a perda de peso?
4. Que males e que benefícios isso pode trazer?"

PARECER: A eletroestimulação é uma forma de terapia capaz de

produzir contrações musculares com objetivos funcionais. É o mecanismo utilizado na chamada ginástica passiva.

Várias pesquisas foram realizadas desde 1960 e estavam focadas na tentativa de paraplégicos ficarem de pé ou conseguirem andar. Há 20 anos as pesquisas espaciais tinham o objetivo de diminuir, utilizando a eletroestimulação, a perda de massa muscular dos astronautas nas missões espaciais.

Esses aparelhos foram adaptados e passaram a fazer parte do arsenal terapêutico de médicos na reabilitação de pacientes com problemas neurológicos, locomotores, ortopédicos e para complementar o tratamento e treinamento de atletas. Já nas clínicas de estética são utilizados para combater a flacidez.

Os equipamentos utilizados nas clínicas médicas e de estética são diferentes dos comercializados na televisão para uso caseiro. Os aparelhos domésticos são muito simplificados, com estímulos de menor potência, que não são capazes de produzir o mesmo trabalho muscular gerado pela ginástica ou pelos aparelhos das clínicas.

Um estudo científico recente, realizado na Universidade de Wisconsin La Crosse, pelo Departamento de Ciências do Exército e do Esporte, testou eletroestimuladores portáteis vendidos através da televisão. Comparou os efeitos da eletroestimulação muscular na composição corporal, força muscular e aparência física. Comprovou-se que não houve qualquer modificação nos parâmetros analisados.

Respondendo as dúvidas do Consultente:

1. Esses aparelhos de ginástica passiva dão resultado?

Os aparelhos caseiros não. Os utilizados nas clínicas de reabilitação, quando operados por profissionais habilitados, podem apresentar resultados

satisfatórios, dependendo dos objetivos e se associados a outros métodos.

2. Há possibilidade dos estímulos prejudicarem a saúde de quem os utiliza?

Sim. São contra-indicados em lesões musculares, tendinites e fratura próxima ao local a ser estimulado.

3. Qual a posição do Conselho quanto às clínicas de estética, que realizam a terapia de eletroestimulação para a perda de peso?

Não há evidências científicas que comprovem o uso da eletroestimulação para o emagrecimento.

4. Que males e que benefícios isso pode trazer?

Males: lesões musculares, queimaduras e mialgias.

Benefícios: na recuperação de cirurgias, nas atrofias musculares, nas lesões articulares, nas lesões neurológicas e em auxiliar a locomoção.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 03/09/2003)

PARECER CREMERJ N. 150/03

INTERESSADO: Porto Seguro Saúde

RELATOR: Cons. Cantídio Drumond Neto

Câmara Técnica de Cardiologia do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS À INTERPRETAÇÃO DO EXAME DE CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO E SE SEU LAUDO DEVE SER FEITO POR ESPECIALISTA RADIOLOGISTA OU PELO CARDIOLOGISTA.

EMENTA: Esclarece que, do ponto de vista ético, não há impedimento para que qualquer médico realize ou interprete o exame de cintilografia do miocárdio. Ressalta que convém ao profissional que evite infrações ao artigo 29 do Código de Ética Médica.

CONSULTA: Consulta formulada pela Dra. V. G. D. F., que solicita esclarecimento acerca da interpretação do exame de Cintilografia do Miocárdio, assim como da feitura de seu laudo médico, notadamente se deve ser elaborado por especialista radiologista ou por cardiologista.

PARECER: A auditora médica da Porto Seguros Saúde solicita esclarecimentos de dúvida acerca da interpretação do exame de Cintilografia do Miocárdio, e se seu laudo deveria ser realizado por especialista radiologista ou pelo cardiologista.

Inicialmente, gostaríamos de esclarecer à requerente que a Cintilografia Miocárdica é um exame não-invasivo, altamente qualificado na identificação das áreas isquêmicas ou fibróticas do miocárdio, além de ser de alta utilidade na identificação de viabilidade miocárdica, sendo em ambas condições de grande utilidade na orientação terapêutica mais adequada ao paciente.

Em sua realização, bem como em sua interpretação, é indiscutível a utilidade da participação do cardiologista, não só pelas possíveis complicações que possam ocorrer (arritmias, crise hipertensiva, insuficiência ventricular

esquerda), mas para que a sua avaliação seja da mais ampla utilidade para o paciente. Também é imprescindível a participação do médico reconhecido pela Comissão Nacional de Energia Nuclear conforme determina a legislação vigente.

No entanto, do ponto de vista ético, não há impedimento para que qualquer médico realize ou interprete tal exame, ficando o mesmo responsável por sua participação, convindo que já tenha obtido alguma vivência cardiológica, em serviço especializado, para que evite infrações ao artigo 29 do Código de Ética Médica, que reza:

"É vedado ao médico:

Art. 29. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência".

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 03/12/2003)

PARECER CREMERJ N. 151/03

INTERESSADA: Secretaria de Estado de Segurança Pública /
Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto

RELATORES: Cons. José Luiz Furtado Curzio
Dr. Luiz Carlos Leal Prestes Júnior
Câmara Técnica de Medicina Legal do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS ÀS CONDIÇÕES DE ILUMINAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE NECROPSIAS.

EMENTA: Ressalta que a luz artificial, muitas vezes, pode deformar a visualização dos fenômenos cadavéricos *intra-vitam e post mortem*, levando a interpretações errôneas dos dados obtidos. Entende que somente em casos muito excepcionais, e devidamente justificados, devem as necropsias ser realizadas à noite.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. R. V. A., o qual solicita parecer quanto ao fato de médicos perito-legistas, que trabalham efetivamente no Serviço de Necropsia, encerrarem as atividades às 20:00 h, visto que a tradição dos Institutos Médico-Legais faz com que as necropsias sejam realizadas enquanto existir iluminação natural. Face ao exposto, o profissional médico solicita posicionamento do CREMERJ quanto ao impasse gerado pela Circular Interna da Secretaria de Segurança Pública - Corregedoria Interna da Polícia Civil, encaminhada à Diretoria do Instituto Médico Legal, que diz:

"Cumprimentando-o, solicito os vossos bons préstimos no sentido de remeter cópia das "Normas Vigentes" utilizadas pelo IMLAP, ou seja, Resolução, Portaria, Ordem de Serviço etc., face a informação acostada no presente expediente de que os corpos que dão entrada no Instituto após às 20:00 horas somente serão periciados no dia seguinte."

PARECER: O Código de Processo Penal preceitua, no seu artigo 16, que:

"O exame de corpo de delito poderá ser feito em qualquer dia e a qualquer hora."

E o artigo 162 reza:

"A autópsia será feita pelo menos 6 (seis) horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.

Parágrafo único. Nos casos de morte violenta, bastará o simples exame externo do cadáver, quando não houver infração penal que apurar, ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante."

Sob o ponto de vista técnico é recomendado que as necropsias médico-legais sejam feitas, sempre que possível, à luz do dia, pois a luz artificial jamais substitui a luz natural, podendo, ainda, criar sombras em alguns ângulos, no interior do cadáver.

A grande maioria dos erros cometidos, nesta atividade pericial, diz respeito à má interpretação dos exames realizados sob más condições de iluminação, bem como sob precárias condições de instalação e de material.

Vale ressaltar, ainda, que a luz artificial, muitas vezes, pode deformar a visualização de fenômenos cadavéricos *intra-vitam* e *post mortem*, levando a interpretações errôneas dos dados obtidos.

Devemos, também, considerar que a observação minuciosa dos vestígios, exigida por tal prática médico-legal, deve ser executada por equipe sem fadiga, em que a atenção é primordial para a correta apuração da verdade.

Quanto aos aspectos eminentemente técnicos, que envolvem a prática médico-forense na realização das necropsias médico-legais, esta Câmara Técnica entende que somente em casos muito excepcionais, e devidamente justificados, devem as necropsias ser realizadas à noite, depois de cumprido o prazo regulamentar, estando os peritos responsáveis pelos seus resultados e desdobramentos, e desde que as condições de instalação e material forem suficientemente aprovadas pelos mesmos. Cabe ressaltar que esses problemas estarão resolvidos quando o necrotério dispuser de condições técnicas de iluminação iguais às de um centro cirúrgico.

É o parecer; s. m. J.

(Aprovado em Sessão Plenária de 03/12/2003)

PARECER CREMERJ N. 153/04

INTERESSADA: Dra. M. J. S.

RELATORES: Dr. Miguel Chalub

Cons. Paulo Cesar Geraldes

Câmara Técnica de Psiquiatria e Saúde Mental do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A ATESTADO EMITIDO POR PSICÓLOGA PARA FINS DE ABONO DE FALTA AO TRABALHO.

EMENTA: Afirma que nenhuma empresa é obrigada por lei a aceitar atestado de psicólogo para afastamento de atividade e pagamento das faltas correspondentes. Expõe que somente um médico (ou dentista, em sua área de competência) poderá fornecer tais atestados.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médica, a qual informa ser chefe de serviço de uma empresa. Indaga, assim, se pode recusar atestado de psicóloga para fins de abono de falta dos funcionários. Pergunta, também, se estaria sendo antiética com o Conselho desta categoria e se os atestados, para esta finalidade, são apenas de médicos.

PARECER: A Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962, que "Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo", constitui, em seu artigo 13, como função do psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos:

a) diagnóstico psicológico; e outros que não vêm ao caso.

O documento "Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil", enviado em 7 de abril de 1985, pelo Conselho Federal de Psicologia ao Ministério do Trabalho, como contribuição para integrar o Catálogo Brasileiro de Ocupações, em nenhum momento trata de fornecimento por parte de psicólogos de atestado para afastamento de atividades por motivo de saúde ou para tratamento de saúde.

O Conselho Federal de Psicologia baixou duas Resoluções que tratam do tema. **A Resolução n. 8, de 29 de outubro de 1994**, em seu artigo 1º, dispõe:

“O psicólogo, ao diagnosticar transtornos mentais e de comportamento conforme previsto na CID, poderá, no âmbito de sua atividade profissional, emitir atestado de afastamento de paciente de suas atividades por motivo de saúde”.

E em seu artigo 3º:

“No caso da incapacidade do paciente ultrapassar a 15 (quinze) dias, este deverá ser encaminhado pela empresa à Perícia da Previdência Social, para efeito de concessão de auxílio-doença”.

A Resolução n. 15, de 13 de dezembro de 1996, traz uma redação ligeiramente diferente. Em seu artigo 1º diz:

“É atribuição do psicólogo a emissão de atestado psicológico circunscrito às suas atribuições profissionais e com fundamento no diagnóstico psicológico produzido.

Parágrafo único - Fica facultado ao psicólogo o uso do Código Internacional de Doenças - CID, ou outros Códigos de diagnóstico, científica e socialmente reconhecidos, como fonte para enquadramento de diagnóstico”.

Reza o artigo 2º:

“Quando emitir atestado, com a finalidade de afastamento para tratamento de saúde, fica o psicólogo obrigado a manter em seus arquivos a documentação técnica que fundamenta o atestado por ele concedido e a registrar situações decorrentes da emissão do mesmo”.

Determina ainda o artigo 3º:

"No caso do afastamento para tratamento de saúde ultrapassar a 15 (quinze) dias, o paciente deverá ser encaminhado pela empresa à Perícia da Previdência Social, para efeito de concessão de auxílio-doença".

A Lei n. 8.213, de 24 julho de 1991, que "Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e dá outras providências", determina em seu parágrafo 4º do artigo 60:

"A empresa que dispuser de serviço médico, próprio ou em convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes ao período referido no § 3º (Durante os primeiros 15 (quinze) dias consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença, incumbirá à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral ou, ao segurado empresário, a sua remuneração), somente devendo encaminhar o segurado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar 15 (quinze) dias".

Fica, assim, suficientemente claro que o afastamento de atividade por motivo de doença, durante os primeiros quinze dias, só pode ser concedido mediante exame médico e emissão do respectivo atestado. As expressões usadas nas Resoluções do Conselho Federal de Psicologia, "afastamento de paciente de suas atividades por motivo de saúde" (Resolução n. 08 de 29 de outubro de 1994) e "afastamento para tratamento de saúde" (Resolução n. 15 de 13 de dezembro de 1996) obviamente usurpam o que determina a Lei n. 8.213 e, portanto, contrariam aquele dispositivo legal.

Portanto, nenhum empregador, público ou privado, é obrigado por lei a aceitar atestado de psicólogo para afastamento de atividade e pagamento das faltas correspondentes. Somente um médico (ou dentista, em sua área de competência) poderá fornecer tais atestados.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/02/2004)

PARECER CREMERJ N. 154/04

INTERESSADA: Dr. J. M. B. P.

RELATOR: Cons. Cantídio Drumond Neto

Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ

QUESTÕES RELATIVAS A ATENDIMENTO MÉDICO PARTICULAR A MENOR DE IDADE.

EMENTA: Expõe ser preferível que o atendimento seja efetuado com a presença dos pais e/ou responsável, quando o menor adolescente não tiver ainda, o discernimento ideal para avaliar o mesmo. Fica a critério do médico, especialmente, ao considerar o motivo e o teor da consulta, a avaliação sobre a imprescindibilidade ou não da presença dos pais ou responsáveis.

CONSULTA: Consulta encaminhada por profissional médico, o qual informa ter atendido em seu consultório um menor de idade, com 15 anos, em uma consulta particular. Diz que o paciente marcou a entrevista com 30 dias de antecedência e que, no dia anterior à consulta, esta foi confirmada por telefone com alguém da residência do menor. Expõe que o paciente compareceu desacompanhado dos responsáveis e que pagou a consulta. Pondera ter partido do pressuposto de que os pais e/ou responsáveis tinham conhecimento do ato praticado pelo filho, visto que é menor, não trabalha e, portanto, o pagamento da consulta foi feito com anuência dos mesmos. Faz, então, as seguintes indagações ao CREMERJ.

"Cometi alguma infração ética ou de qualquer outro tipo que possa comprometer minha conduta profissional? Levando em consideração o exposto (ser menor, não trabalhar etc.) eu teria a obrigação legal e ética de somente o atender na presença dos pais?"

PARECER: Em resposta à Consulta feita, a Comissão Disciplinadora de Pareceres do CREMERJ entende nada haver no **Estatuto da Criança e do Adolescente** e no **Código de Ética Médica** que impeça o atendimento.

O **Estatuto da Criança e do Adolescente** reza :

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

“Art.18 É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante vexatório ou constrangedor.”

O **Código de Ética Médica** em seu artigo 103, dispõe:

É vedado ao médico:

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

Embora seja muito difícil estabelecer o grau de entendimento e responsabilidade em relação à idade do menor adolescente, conviria fosse prestada especial atenção no que diz respeito ao menor de 14 anos, pois estes em sua grande maioria, não têm ainda o discernimento ideal e seria nesses casos sempre vantajoso o acompanhamento do menor pelos pais ou responsáveis.

É o parecer, s.m.j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/02/2004)

PARECER CREMERJ N. 155/04

INTERESSADO: Dr. A. J. L. A. da C

RELATORES: Cons. Paulo Cesar Geraldês

Cons. Matilde Antunes da Costa e Silva

Conselheiros do CREMERJ

Dra. Amanda da Silva Rocha Aguiar/

Assessoria Jurídica do CREMERJ

QUESTÕES ACERCA DA PRÁTICA E DO CULTO RELIGIOSO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS.

EMENTA: Expõe que o hospital pode regulamentar sobre a realização, ou não, de cultos religiosos dentro de suas dependências.

CONSULTA: Consulta encaminhada pelo Dr. A. J. L. A. da C., o qual informa que o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira criou uma comissão para elaborar normas referentes às formas de manifestação dos diversos credos religiosos seguidos por seus usuários e funcionários. Expõe, ainda, que o artigo 18º da Declaração Universal dos Direitos Humanos reza que "Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular." Assim, a partir desta determinação, indaga o profissional médico se a Instituição está impossibilitada de não permitir as manifestações em forma de cultos coletivos em suas dependências e se existe alguma lei que regulamente essas manifestações em hospitais públicos.

PARECER: Inicialmente, esclarecemos que não existe legislação específica que regulamente a questão em hospitais públicos. A Constituição Federal em seu artigo 5º, inciso VI, dita:

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

(...)

VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;

(...)”.

Diante disto, não pode haver restrição à liberdade de crenças. Contudo, o hospital pode regulamentar sobre a realização, ou não, de cultos religiosos dentro de suas dependências, uma vez que se trata de uma unidade de saúde e não de uma instituição religiosa.

Sendo a decisão nesses casos meramente administrativa, não compete ao CREMERJ legislar a respeito. Porém, do ponto de vista ético, vale ressaltar que o bem estar e a tranquilidade dos pacientes devem sempre ser preservados.

É o parecer; s. m. j.

(Aprovado em Sessão Plenária de 02/06/2004)

ÍNDICE REMISSIVO DOS PARECERES

ÍNDICE REMISSIVO DOS PARECERES

A

ACIDENTES DE TRÂNSITO

PARECER: 142/03

ACUMULAÇÃO REMUNERADA DE CARGOS PÚBLICOS

PARECER: 107/02

ACUPUNTURA

PARECER: 119/03

ANENCEFALIA

PARECER: 115/02; 136/03

ANESTESIOLOGIA

PARECER: 134/03; 138/03; 139/03

ANEURISMA INTRACRANIANO

PARECER: 139/03

ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

PARECER: 102/02; 110/02; 137/03; 154/04

ATESTADO DE ÓBITO

PARECER: 101/02; 120/03; 144/03; 146/03

ATESTADO MÉDICO

PARECER: 111/02; 113/02; 122/03; 135/03; 153/04

ATO MÉDICO

PARECER: 99/01; 109/02; 116/02; 134/03; 135/03; 145/03

AUDIOMETRIA

PARECER: 99/01; 123/03

AUDITORIA MÉDICA

PARECER: 118/02

C

CADÁVERES

PARECER: 141/03; 142/03

CAPACIDADE FÍSICA - AVALIAÇÃO

PARECER: 122/03

CARDIOLOGIA

PARECER: 119/03; 132/03; 140/03; 147/03; 150/03

CATETER DE DEMORA PERIDURAL

PARECER: 134/03

CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO

PARECER: 139/03; 147/03

CIC (Cadastro de Identificação do Contribuinte)

PARECER: 121/03

CID (Classificação Internacional de Doenças)

PARECER: 108/02; 113/02

CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO

PARECER: 150/03

CIRURGIAS E CIRURGIÕES

PARECER: 98/01; 133/03; 138/03; 139/03

CONSELHEIRO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

PARECER: 100/01

CONSENTIMENTO INFORMADO

PARECER: 141/03

CONSULTA MÉDICA

PARECER: 110/02; 154/04

CRIANÇA E ADOLESCENTE

PARECER: 154/04

CULTOS RELIGIOSOS

PARECER: 155/04

CUSTOS OPERACIONAIS DE EQUIPAMENTOS

PARECER: 104/02

D

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

PARECER: 123/03

DEPRESSÃO NEURÓTICA

PARECER: 108/02

DIÁLISE E HEMODIÁLISE

PARECER: 126/03

DIREÇÃO TÉCNICA (RESPONSABILIDADE TÉCNICA)

PARECER: 114/02; 118/02; 121/03; 137/03; 144/03

DIREITOS DOS PACIENTES

PARECER: 104/02; 110/02; 113/02; 118/02

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

PARECER: 115/02

DOENÇA MENTAL - CONCEITO

PARECER: 108/02

E

EQUOTERAPIA

PARECER: 128/03

ESPECIALIDADES MÉDICAS

PARECER: 99/01; 109/02; 119/03; 150/03

ESTENOSE AÓRTICA

PARECER: 132/03

EXAMES MÉDICOS E COMPLEMENTARES

PARECER: 99/01; 116/02; 121/03; 122/03; 141/03; 142/03; 145/03; 150/03

F

FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA

PARECER: 116/02

FUGA DE PACIENTE

PARECER: 114/02

G

GINÁSTICA PASSIVA - ELETROESTIMULAÇÃO

PARECER: 148/03

H

HONORÁRIOS MÉDICOS

PARECER: 102/02; 104/02

I

INSERÇÃO DE DIU

PARECER: 145/03

L

LAUDO MÉDICO

PARECER: 135/03; 150/03

M

MEDICAMENTOS

PARECER: 140/03

MÉDICO CONCURSADO

PARECER: 107/02

MÉDICO OBSTETRA

PARECER: 101/02

MÉDICO PEDIATRA

PARECER: 137/03

MÉDICO PSIQUIATRA

PARECER: 103/02; 109/02

MORTE ENCEFÁLICA

PARECER: 115/02

N

NECROPSIA

PARECER: 151/03

O

OBESIDADE MÓRBIDA

PARECER: 98/01

ÓBITO - CAUSA INDETERMINADA

PARECER: 120/03; 146/03

ÓBITO - COMUNICAÇÃO AOS FAMILIARES

PARECER: 144/03

ÓBITO FETAL - DECLARAÇÃO

PARECER: 101/02

ÓRTESES E PRÓTESES

PARECER: 133/03

OTORRINOLARINGOLOGIA

PARECER: 99/01; 123/03; 127/03

P

PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS

PARECER: 123/03

PLANOS DE SAÚDE

PARECER: 99/01; 104/02; 132/03; 133/03

PLANTÃO MÉDICO

PARECER: 137/03; 144/03; 146/03

POLUIÇÃO SONORA

PARECER: 127/03

PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

PARECER: 103/02; 128/03

PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS

PARECER: 98/01; 99/01; 103/02; 116/02; 118/02; 119/03; 134/03; 145/03;
153/04

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

PARECER: 119/03

PRONTUÁRIO MÉDICO

PARECER: 118/02

R

RADIOLOGIA

PARECER: 116/02; 150/03

RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS/INTERINSTITUCIONAIS

PARECER: 139/03; 147/03

S

SANGUE - COLETA

PARECER: 141/03; 142/03

SAÚDE MENTAL

PARECER: 108/02

SEGURO DE VIDA

PARECER: 120/03

SERVIÇO PÚBLICO

PARECER: 102/02; 107/02

SIGILO MÉDICO

PARECER: 154/04

T

TELA DE PROLENE

PARECER: 133/03

TERAPIA DE REGRESSÃO DE VIDAS PASSADAS

PARECER: 103/02

U

UNIDADE CORONARIANA

PARECER: 147/03

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

PARECER: 147/03

UROLOGIA

PARECER: 104/02