

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

FORTE PAGO

DI/PR

ISR - 48.189/84

IMPRESSO

abril/junho/86 - ano III - n.º 10

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA:

Presidente:	Cons. Luiz Carlos Sobania
Vice-Presidente:	Cons. Farid Sabbag
1º Secretário:	Cons. Nelson Egydio de Carvalho
2º Secretário:	Cons. José Antonio Maingué
Tesoureiro:	Cons. Maurizio Pedrazzani

CONSELHEIROS 83 a 88

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Frederico João Massignan*
Dr. Maurizio Pedrazzani
Dr. Duilton de Paola
Dr. Natal Jatai de Camargo*
Dr. Carlos Alberto A. Boer
Dr. Ricardo Akel
Dr. Nelson Egydio de Carvalho
Dr. Joel Vieira Gonçalves
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Farid Sabbag
Dr. Eurípedes Ferreira
Dr. Salim Acras*
Dr. Luiz Fernando Cajado de O.Braga
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Osvaldo Malafaia
Dr. José Antonio Maingué
Dr. Mário Budant de Araújo
Dr. Osmar Martins
Dr. Flavio Cini (AMP)
Dr. Ehrenfried O. Wittig

SUPLENTES

Dr. Octaviano Baptistini Júnior
Dr. João Nassif
Dr. Jackson Herrera
Dr. Nasir Jamil Bauab*
Dr. João Geraldo P. Mercer
Dr. Reginaldo Werneck Lopes
Dr. Antonio Leite Oliva Filho
Dr. Edison Matos Novak
Dr. Ildefonso Amoêdo Canto
Dra. Lorete Maria da Silva Kotze
Dr. Sanito W. Rocha
Dr. Paulo Roberto Cruz Marquetti
Dr. Sérgio Todeschi
Dr. Sérgio Fonseca Tarlé
Dr. Lauro Del Valle Pizarro
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Milton Cesar Scaramuzza
Dr. Paulo Renato Sebrão*
Dr. José Francisco Schiavon (AMP)
Dr. Jurandir Marcondes Ribas Filho

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

* Licenciado

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

ano III - n.º 10
abril/junho/86

SUMÁRIO

Comissão de Ética Médica	05
Regulamento da Comissão de Ética Médica	06
É ético o hospital arbitrar honorários?	10
Os direitos do corpo	12
A responsabilidade civil e penal do chefe de equipe cirúrgica, diretor clínico e do hospital	14
Manual de Ética Médica dos USA	17
Ética da Remuneração Profissional	30
Preço vil - conceito	36
Preço vil - homologação do CRM-PR	37
Preço vil - CRMERS	38
Ética de procedimentos relativos à coleta de dados clínicos na preparação de tese	39
Pesquisa pública	43
Registro de empresas	45
Recusa de plantão não remunerado	46
Lista de especialistas	47
Pode o CRM determinar a intervenção de médico mentalmente enfermo?	49
Cirurgia refrativa para miopia é aceita?	50
Congelamento de honorários	51
Revalidação de diploma	52
Novos médicos inscritos	55
Comunicação sobre interdição cautelar de desinfetantes hospitalares	59

CORPO EDITORIAL

Ehrenfried Wittig
Antonio L. Oliva Filho
Jackson Herrera

IMPRESSÃO

Composição e impressão
Comunicare

Fone (041) 253-4233

Tiragem 8.500 exemplares

Capa

Criação: José Oliva, Eduardo
Martins e Cesar Marchesini.

Fotografia: Bia

Os artigos assinados são de
inteira responsabilidade dos
autores, não representando,
necessariamente a opinião
do CRM-Pr.

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", órgão oficial de divulgação do CRM-Pr, é enviado trimestralmente a todos os médicos inscritos neste Conselho, à Bibliotecas Universitárias, Conselhos e Associações Médicas do Brasil.



NOVA DIRETORIA

Desde o dia 07.04.86, o CRM-PR está sendo orientado por uma nova Diretoria, composta pelos colegas (da esquerda para a direita) Maurizio Pedrazzani (tesoureiro), Nelson Egydio de Carvalho, (1º Secretário), Luiz Carlos Sobania (Presidente), Farid Sabbag (Vice-Presidente) e José Antonio Maingué (2º Secretário).

Temos certeza que estes colegas darão continuidade ao grande trabalho que vem sendo desenvolvido pelo CRM-PR.

Parabéns pela eleição.

"COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA"

... COM ESTA AGORA
SAIO DO ESCURO

RESOLUÇÃO CRM-PR No. 14/86

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe confere a Lei No. 3268, de 30 de setembro de 1957, e regulamentada pelo Decreto No. 44045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina No. 1215, de 11 de julho de 1985;

Considerando a Resolução CFM No. 1124, de 29 de agosto de 1983;

Considerando o Artigo 28 do Decreto No. 20931, de 11 de janeiro de 1932;

Considerando que cabe ao CRM-PR fiscalizar o exercício da profissão médica no Estado do Paraná;

Considerando que os princípios básicos aplicados aos médicos são também aplicáveis às organizações de assistência médica;

Considerando a exigência e necessidade da participação ativa de todos os médicos na defesa do exercício ético-profissional da Medicina;

RESOLVE:

1 - Determinar a criação de "Comissão de Ética Médica" em todos os Estabelecimentos ou Instituição em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná;

2 - Determinar a regulamentação do funcionamento, competência, atribuição e organização das Comissões de Ética Médica;

3 - Que a presente Resolução entrará em vigor a partir de 31 de março de 1986.



NÃO ERRE MAIS

RESOLUÇÃO CRM-PR No. 015/86

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições, e

Considerando a aprovação da Resolução No. 014/86;

RESOLVE:

Aprovar o Regulamento das "Comissões de Ética Médica" para os Estabelecimentos ou Instituições em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná.

Regulamento

"COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA"

VOCÊ TRABALHA OU É
PROPRIETÁRIO DE INSTITUIÇÃO
MÉDICA? ENTÃO LEIA JÁ!

ART. 1º – A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM), criada de conformidade com a Resolução 014/86 do CRM-PR, é um órgão de assessoria e fiscalização destinado à adequação do exercício ético-profissional de Medicina.

CAPÍTULO I – DAS COMPETÊNCIAS

ART. 2º – COMPETE À CEM:

§ 1º - Assessorar a Direção Médica nas questões éticas.

§ 2º - Appreciar:

- a) o exercício ético-profissional do médico;
- b) o cumprimento dos princípios legais que normatizam os deveres dos médicos;
- c) as condições oferecidas pela Instituição para um adequado desempenho moral, ético e científico da Medicina.

§ 3º - Dispor de um cadastro de todos os médicos da Instituição.

§ 4º - Propor sindicância interna para apurar infrações éticas.

§ 5º - Propor comunicação ao CRM-PR de infração ou indícios de infração ao Código Brasileiro de Deontologia Médica.

§ 6º - Propor o encaminhamento aos Conselhos Ético-Profissionais não médicos de fatos que possam ser caracterizados como indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética.

§ 7º - Comunicar à Administração da Instituição, irregularidades ou infrações no atendimento ao paciente por funcionários administrativos.

§ 8º - Comunicar as irregularidades não corrigidas à administração ou autoridade superior, dentro do prazo estabelecido ou de lei;

§ 9º - Promover o conhecimento, educação continuada e orientação sobre deontologia médica;

§ 10º - Appreciar se todos os trabalhos de pesquisa que envolvem o ser humano e animais estão dentro dos preceitos estabelecidos pela ética;

CAPÍTULO II - DAS ELEIÇÕES

ART. 3º - Os membros da CEM serão médicos, escolhidos por eleição direta e secreta. Todos os participantes do Corpo Médico que desejarem ser candidatos poderão ser votados, em grupos ou isoladamente.

ART. 4º - A CEM será composta por membros efetivos da Instituição, obedecendo ao seguinte critério de proporcionalidade:

Até 10 médicos na Instituição, está a mesma dispensada de formar a CEM, cabendo ao Diretor Clínico as responsabilidades das funções;

De 10 a 100 médicos - 3 membros efetivos e 3 suplentes.

Mais de 100 médicos - 5 membros efetivos e 3 suplentes.

ART. 5º - o tempo de mandato será de 2 anos, podendo haver uma reeleição sucessiva. A data da eleição da CEM será no mês de abril.

ART. 6º - A convocação de eleição será realizada pela Direção Médica da Instituição em edital público, interno, com 30 dias de antecedência;

ART. 7º - A inscrição de candidatos poderá ser realizada, até 10 dias antes das eleições, na CEM;

ART. 8º - Só poderão votar, e ser votados, os médicos inscritos regularmente no CRM, em dia com suas obrigações, que exerçam as suas atividades profissionais na Instituição e que estejam cadastrados no Corpo Clínico.

ART. 9º - A organização do processo eleitoral será realizada por Comissão Eleitoral, constituída de três membros do Corpo Médico, indicados pela CEM.

ART. 10º - A Comissão Eleitoral terá um Presidente e um Secretário, escolhidos entre seus membros.

ART. 11 - O processo eleitoral terá uma duração mínima de 4 horas e será iniciado e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral, e, registrado no livro próprio de Ata da CEM, onde serão anotados todos os atos pertinentes. A Ata será assinada pelos fiscais quando houver, e pelos membros da Comissão Eleitoral.

ART. 12 - Cada chapa ou candidato poderá indicar, no ato de inscrição, um fiscal para acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração;

ART. 13 - A Comissão Eleitoral receberá da CEM uma lista dos médicos cadastrados e em condições de voto, onde os votantes assinarão no ato da votação.

ART. 14 - Na Instituição haverá apenas uma urna.

ART. 15 - Todo o material necessário à realização da votação será fornecido à CEM pela Instituição.

ART. 16 - A apuração será procedida pela Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento da eleição.

ART. 17 - Não serão computadas as cédulas que contiverem rasuras ou qualquer vício, inclusive que possibilitem a violação do sigilo do voto.

ART. 18 - O resultado da apuração será proclamado pelo Presidente da Comissão Eleitoral, registrado em ata e publicado em edital interno.

ART. 19 - Estarão eleitos os candidatos mais votados individualmente.

ART. 20 - O resultado da eleição será comunicado ao CRM pelo Diretor Clínico, no prazo de 15 dias.

ART. 21 - A posse dos eleitos será efetuada pelo Diretor Clínico da Instituição, em solenidade convocada pela CEM que encerra suas atividades.

ART. 22 - Em caso de vacância definitiva ou temporária da CEM, este será substituído pelo primeiro suplente e, assim, sucessivamente.

ART. 23 - Os protestos e recursos de chapa ou candidatos serão apresentados por escrito ao Presidente da Comissão Eleitoral, até 24 horas após a proclamação dos resultados, em edital interno.

ART. 24 - São considerados inelegíveis membros do Conselho Regional de Medicina, Conselho Federal de Medicina e da Direção da Instituição.

ART. 25 - Os casos omissos ou de dúvida serão decididos pela Comissão Eleitoral.

CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO

ART. 26 - A CEM terá um Presidente e um Secretário.

§ único - O Secretário substituirá o Presidente em seus impedimentos.

ART. 27 - A escolha destes cargos proceder-se-á por votação entre os componentes da CEM.

ART. 28 - A ação da CEM será iniciada "ex-officio" ou por denúncia e, mediante sindicância, após autorização da direção clínica.

ART. 29 - A denúncia, os depoimentos, as provas e os pareceres serão documentados por escrito, sendo as folhas numeradas e arquivadas em forma de processo.

ART. 30 - As conclusões da CEM serão notificadas ao Diretor Clínico.

ART. 31 - O Diretor Clínico, quando houver evidência ou indício de infração ética, determinará o encaminhamento do processo ao Conselho Regional Profissional competente.

ART. 32 - Todos os documentos e correspondências da CEM, inclusive os processos encaminhados ao Conselho Regional Profissional competente, terão cópia, que ficará arquivada, sob a guarda do Secretário da CEM.

ART. 33 - As decisões tomadas pela CEM serão por maioria simples dos presentes. Em caso de empate, após discussão do assunto, novas votações serão realizadas, tantas quantas necessárias, até decisão por maioria simples.

ART. 34 - A CEM reunir-se-á ordinariamente pelo menos uma vez ao mês, registrando as suas decisões em livro de ata próprio.

ART. 35 - A ausência injustificada a três reuniões seguidas determinará a perda automática do mandato.

ART.36 - Ao término do mandato, a CEM encaminhará um relatório ao CRM-PR.

ART. 23 - Os protestos e recursos de chapa ou candidatos serão apresentados por escrito ao Presidente da Comissão Eleitoral, até 24 horas após a proclamação dos resultados, em edital interno.

ART. 24 - São considerados inelegíveis membros do Conselho Regional de Medicina, Conselho Federal de Medicina e da

ART. 25 - Os casos omissos ou de dúvida serão decididos pela Comissão Eleitoral.

CAPÍTULO III - DO FUNCIONAMENTO

ART. 26 - A CEM terá um Presidente e um Secretário.

§ único - O Secretário substituirá o Presidente em seus impedimentos.

ART. 27 - A escolha destes cargos proceder-se-á por votação entre os componentes da CEM.

ART. 28 - A ação da CEM será iniciada "ex-officio" ou por denúncia e, mediante sindicância, após autorização da direção clínica.

ART. 29 - A denúncia, os depoimentos, as provas e os pareceres serão do-

cumentados por escrito, sendo as folhas numeradas e arquivadas em forma de processo.

ART. 30 - As conclusões da CEM serão notificadas ao Diretor Clínico.

ART. 31 - O Diretor Clínico, quando houver evidência ou indício de infração ética, determinará o encaminhamento do processo ao Conselho Regional competente.

ART. 32 - Todos os documentos e correspondências da CEM, inclusive os processos encaminhados ao Conselho Regional Profissional competente, terão cópia, que ficará arquivada, sob a guarda do Secretário da CEM.

ART. 33 - As decisões tomadas pela CEM serão por maioria simples dos presentes, com um mínimo de 2/3 dos seus componentes. Em caso de empate, após discussão do assunto, novas votações serão realizadas, tantas quantas necessárias até decisão por maioria simples.

ART. 34 - A CEM reunir-se-á ordinariamente pelo menos uma vez ao mês, registrando as suas decisões em livro de ata próprio.

ART. 35 - A ausência injustificada a três reuniões seguidas determinará a perda automática do mandato.

ART.36 - Ao término do mandato, a CEM encaminhará um relatório ao CRM-PR.

CAPÍTULO IV - DAS MODIFICAÇÕES, EXCEÇÕES E APELAÇÕES

ART. 37 - O presente regulamento poderá ser modificado com a aprovação da maioria simples do Corpo Clínico da Instituição.

ART. 38 - Este regulamento, assim como suas modificações, deverão ser homologados e registrados no CRM-PR, juntamente com o Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

ART.39 - As questões omissas neste regulamento serão resolvidas pelo CRM-PR.

ART. 40 - O Conselho Regional Profissional competente constitui a instância superior, à qual deverão ser apresentadas os recursos e apelações aos pareceres da CEM.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

ART. 41 - Nas Instituições que elegerão pela primeira vez sua Comissão de Ética Médica, as atribuições referidas nos artigos 6º, 7º, 9º, 10º, 11, 13, 15 e 21 serão exercidas pelo Diretor Clínico da Instituição.

É ético o hospital arbitrar honorários

CONSULTA

O Diretor Clínico do HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, Dr. Altair J. Mocelin, formula consulta a este Conselho de Medicina, indagando se:

1. — é ético a direção clínica da entidade, arbitrar valores máximos de honorários médicos a serem cobrados, de pacientes que procurem a instituição hospitalar?
2. — se viável tal possibilidade:
 - a) — para quais categorias de pacientes?
 - b) — em que acomodações?
 - c) — em que a clínica deverá se basear para estipular tais valores?

Ora, primeiramente, cumpre ressaltar que, para o cliente, os serviços médicos a que ele recorre, tem por fim imediato e exclusivo, prevenir, curar ou minorar um sofrimento. Mas para o médico, há dois fins distintos na prestação de seus serviços:

- Aplicar a medicina como meio de proteção ou de defesa da saúde alheia.
- Fazer jus a uma remuneração justa, pelos serviços prestados.

Destarte, dentro desta filosofia que se estabelece entre o médico e o paciente, em princípio, não deve haver intermediação. As partes contratantes, médico e doente, é que devem preliminarmente, fixar os parâmetros que devem reger a relação então iniciante, dentro das possibilidades econômicas de uma e a capacidade profissional de outra.

Aliás, o Código de Deontologia Médica, bem define esta situação, quando, em seu princípio III dispõe:

"A FIM DE QUE POSSA EXERCER A MEDICINA COM HONRA E DIGNIDADE, O MÉDICO DEVE TER SEU TRABALHO REMUNERADO DE FORMA JUSTA POR SALÁRIOS E HONORÁRIOS".

Por outro lado, ainda que se defenda esta independência, é certo que situações existem, em que ela não pode se instalar, pelas próprias circunstâncias que levam o cliente a procurar socorro médico, não sendo movido então a buscar um determinado profissional, mas sim, alívio para os seus sofrimentos. Nesta hipótese, a ligação que se estabelece com o profissional que eventualmente o atenda, não cria aquele ato, quase indissolúvel de confiabilidade, fruto de uma escolha fundada na certeza de competência do médico eleito.

E isto ocorre, por exemplo, nos hospitais que mantêm serviços de Pronto Socorro, os quais o doente procura, visando alívio às suas dores, lhe sendo indiferente, "a priori", o médico que o assistirá. Nesta situação, a relação médico-paciente, não se instala, desde que o profissional sempre será o segundo na escala de valores. Sim, porque, em primeiro plano, o doente procura o Hospital, sendo então o médico, uma decorrência ou o meio de sanar seus sofrimentos. É claro que nestas situações, a intermediação do hospital é que cria o relacionamento entre o médico e o doente, que, ainda que posteriormente, possa vir a ser mais íntima, é certo que a confiabilidade não foi o fato gerador que uniu as duas partes. Houve uma terceira e esta foi a entidade hospitalar.

E nestes casos, entendo como lícito ao Hospital, pretender fixar valores aos honorários a serem cobrados dos pacientes que o procuram. Na verdade, nesta hipótese, o cliente estabelece um contrato tácito com o Hospital e não com o médico, que deve então trabalhar dentro dos parâmetros pré-fixados para a prestação dos serviços.

Dois situações portanto se apresentam. A primeira, quando o doente vai buscar o atendimento de médico específico. Outra quando ele procura o hospital, lhe sendo então, até aquele momento, indiferente a pessoa física do médico que o assistirá, aliás, na maior parte das vezes desconhecida.

Em suma, na primeira situação, não pode o hospital fixar critérios de honorários, posto que, não faz parte da relação estabelecida entre o médico e seu paciente. Na segunda, por se constituir na parte principal, é admissível ao hospital, desejar fixar valores aos honorários médicos. Todavia, ainda que se lhe reconheça esta possibilidade, não pode a entidade hospitalar pretender, ao seu exclusivo critério, fixar os honorários. Assim, quando o estabelecimento de honorários for desejado pelo hospital, isto deve ser o resultado de um comum acordo entre o corpo clínico e a direção administrativa, desde que, não se pode desconsiderar que o médico, quer escolhido ou não pelo paciente, é o instrumento indispensável à prestação dos serviços.

E em qualquer circunstância, há que se atentar ao disposto pelo artigo 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, que disciplina não poder o médico:

"PRESTAR SERVIÇOS PROFISSIONAIS A PREÇOS VIS OU EXTORSIVOS".

Quanto as demais indagações, cremos, que os parâmetros de honorários para as várias categorias de pacientes, acomodações e critérios de valorização, também serão o resultado de um ajuste comum entre o corpo clínico e a administração.

É o nosso parecer.

Adv. Antonio Celso C. Albuquerque
Assessor Jurídico

Parecer aprovado em sessão plenária de 5 de maio de 1986.

OS DIREITOS DO CORPO

Genival Veloso de França*

O homem é dono do seu próprio corpo, ou apenas um usufrutuário? O transplante de um órgão de um ser vivo para outro é lícito? Pode, por exemplo, um cônjuge, não permitir que o outro faça doação de um rim para salvar a vida de um estranho?

Em princípio, essas práticas constituem uma mutilação, mesmo consciente e voluntária, seja qual for a gravidade do receptor ou sua ligação afetiva com o doador. Essa é a regra, no entanto, excepcionalmente, nada impede a realização de um transplante. É necessário apenas que ele esteja plenamente justificado e que sejam analisadas suas circunstâncias, seus fins, sua operabilidade e suas consequências.

Uma coisa é certa: o homem não é dono de seu corpo nem de sua vida. É apenas gerente. Conduz seu destino e sua liberdade, sempre respeitando a ordem pública e o bem social. Ele dispõe de um direito relativo sobre seu corpo. Assim, por exemplo, no casamento, a decisão do marido de doar um órgão, parece à primeira vista, um ato de generosidade. Todavia, pode implicar numa série de contestações pela subtração dos direitos da mulher. Seus corpos não se limitam apenas às relações sexuais. O casamento compreende uma reivindicação sobre corpos, uma comunhão de bens entre duas pessoas e interesses na higidez e na integralidade física. Nenhum dos cônjuges, portanto, pode permitir, a não ser em benefício da própria sobrevivência, numa mutilação do seu corpo. No casamento, há interesses superiores que se opõem a uma prática lesiva.

Outros admitem a licitude, achando que a doação constitui um ato de coragem e abnegação. Um atentado contra o corpo, em benefício de alguém que sofre, um dever de amor e misericórdia ao semelhante. Argumenta-se, também, que os órgãos ou tecidos transplantados não se destroem: apenas se transferem para outro organismo, permanecendo vivos.

A intervenção sobre o ser humano, em seu próprio favor, feita pelo médico, é plenamente aceitável. O médico estaria exercendo regularmente um direito e amparado pelo "estado de necessidade", o qual exclui uma eventual ilicitude. O mesmo não se diga se a ação não se relaciona propriamente com o intuito de salvar a própria vida, mas que se destina tão-só a interesses alheios, atentando contra a integridade do doador.

O consentimento do doador é um fato discutível. Nem sempre ele torna lícito o ato médico. Ninguém está autorizado a consentir mais do que a lei permite, notadamente quando se sabe ser tais questões reguladas pelo Direito Público, onde a vontade é expressa pelo Estado em favor da comunidade como um todo. Neste caso, discute-se a defesa da sociedade e não apenas o direito de uma única pessoa.

Acreditamos que o fato da retirada do tecido ou órgão para doação ou para venda, não altera em nada o aspecto legal. Pelo menos não há referência estatutária expressa. Por outro lado, o receptor ou alguém por ele autorizado, estaria na mesma implicação do médico, como co-autor, pois concorreu para a prática do

* Membro do Conselho Federal de Medicina

mesmo fato. Aquele que doa, com ou sem interesse pecuniário, segundo nos parece, não pode ser responsável pelo dano da retirada do órgão, pois ninguém é, ao mesmo tempo, autor e vítima de uma só infração. Do mesmo modo, ninguém estaria obrigado à retirada de um dos seus órgãos, porque é legítimo o direito de preservar sua vida. E essa recusa é, em qualquer momento, uma necessidade imperiosa à sua própria existência.

Mesmo assim, restarão sempre situações que não podem ser postas em dúvida, como a generosidade de um pai, ou de uma mãe, que insiste, conscientemente, em doar um de seus órgãos, a um filho portador de um mal incurável, sendo essa prática, a única medida salvadora. Destarte, a generalidade dessas observações não implica uma possibilidade de enfoque diverso em um ou outro caso particular, onde a circunstância de singularidade venha a reclamar um comportamento de exceção, justificando, assim, a regra geral.

Cancelamento de inscrições

PAGUE SUA ANUIDADE

Resolução CFM 1040/80

Ítem III - "O médico que não satisfizer o pagamento de suas anuidades ao Conselho Regional de Medicina onde estiver inscrito, deixa de cumprir condição de capacidade estabelecida em lei para o exercício profissional, devendo ter a sua inscrição cancelada, caso essa falta de cumprimento daquela obrigação legal ultrapasse a dois anos, ficando, a partir da promulgação daquele ato, suspenso do exercício profissional, sem prejuízo da cobrança executiva de seu débito."

O Conselho Regional de Medicina, comunica aos seus associados que se encontram com suas anuidades em atraso por mais de um ano, que seus débitos deverão ser quitados urgentemente.

O não cumprimento acarretará o encaminhamento para cobrança judicial e a seguir cancelamento da inscrição. Nesta circunstância o fato será comunicado a todas as entidades ligadas ao ramo da medicina.

A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO CHEFE DE EQUIPE CIRÚRGICA, DIRETOR CLÍNICO E DO HOSPITAL

A Regional do Norte do Paraná, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, tem sido frequentemente inquirida por seus associados, razão porque, muito respeitosamente se dirige a este Egrégio Conselho para consultá-lo:

1. Qual a responsabilidade Civil e Penal do Cirurgião como chefe de uma equipe Cirúrgica?

2. Qual a responsabilidade do Cirurgião chefe da equipe em havendo uma falta (imperícia, imprudência ou negligência) por parte de um dos elementos da equipe Cirúrgica?

3. Qual a responsabilidade do Hospital e do Diretor Clínico no caso de falha por parte da organização hospitalar (UTI - banco de sangue, laboratório, enfermagem, serviços auxiliares)?

4. No caso específico de pacientes de instituição conveniada com o hospital:

a) É ele o responsável pelos serviços auxiliares: anestesia, banco de sangue e laboratório?

b) No caso de alguém destes serviços se negar a atender o paciente por não serem conveniados com a Instituição fica este na obrigação de facilitar o uso de outros serviços estranhos ao hospital? Por exemplo: no caso do serviço de anestesia, outros anestesistas que não os do corpo clínico, poderiam ser chamados a atuar?

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Regional do Norte do Paraná, formula a este Conselho várias indagações, as quais, cumpre desde já ressaltar, por não traduzirem fatos concretos, obrigam a uma análise apenas genérica, passíveis de interpretações diversas, se opostas a casos específicos.

E como são muitas as questões formuladas, serão examinadas especificamente, se não vejamos:

1. QUAL A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO CIRURGIÃO COMO CHEFE DE UMA EQUIPE CIRÚRGICA?

Ora, no que concerne ao aspecto penal, ao que me parece, o assunto se esvai na redação do artigo 11.^o do Código Penal, que dispõe:

O RESULTADO, DE QUE DEPENDE A EXISTÊNCIA DO CRIME, SOMENTE É IMPUTÁVEL A QUEM LHE DEU CAUSA. CONSIDERA-SE CAUSA A OMISSÃO SEM A QUAL O RESULTADO NÃO TERIA OCORRIDO.

Isto quer dizer portanto, que se o paciente, submetido, a intervenção cirúrgica, su-
ponhamos, venha a falecer por negligência, imperícia ou imprudência, perpetrada por um
outro elemento da equipe cirúrgica, que não o cirurgião, a este não advirá qualquer respon-
sabilidade penal, pela qual responderá exclusivamente o seu autor.

Outro poderá ser todavia o entendimento, se levarmos a questão para a área cível,
quando então à pendência, se arguiria o disposto pelo artigo 159 do Código Civil, combi-
nado com o artigo 1521, inciso III do aludido Diploma Legal. E para melhor conceituar-
mos o assunto, vale transcrever os dispositivos referidos:

ART. 159:

**AQUELE QUE, POR AÇÃO OU OMISSÃO VOLUNTÁRIA, NEGLIGÊNCIA
OU IMPRUDÊNCIA, VIOLAR DIREITO OU CAUSAR PREJUÍZO A OUTREM,
FICA OBRIGADO A REPARAR O DANO.**

Assim, dentro do Direito Civil, se trouxéssemos à consideração a mesma situação
já exposta, teríamos preliminarmente, que o autor da ação ou omissão, que causou a mor-
te do paciente, se comprovado que agiu com negligência ou imprudência, se veria sujeito
a responder a uma ação de indenização pela morte que deu causa, indenização esta, cujos
parâmetros deixamos de analisar, mesmo porque irrelevantes nesta ocasião. Porém, se a
lei prevê esta responsabilidade direta do causador do dano, também disciplina quanto a
responsabilidade indireta, no caso, do cirurgião, chefe da equipe. E esta possibilidade está
inserida no Código Civil, que em seu artigo 1521, inciso III, determina:

SÃO TAMBÉM RESPONSÁVEIS PELA REPARAÇÃO CIVIL:

**III - O PATRÃO, AMO OU COMITENTE, POR SEUS EMPREGADOS, SERVI-
ÇAIS E PREPOSTOS, NO EXERCÍCIO DO TRABALHO QUE LHE COMPE-
TIR, OU POR OCASIÃO DELE.**

Ora, como se sabe, o paciente, quando procura os cuidados médicos e é levado a
uma intervenção cirúrgica, se submete, primeiramente, à responsabilidade do cirurgião, no
caso, o chefe da equipe. E aí então, a responsabilidade civil deste profissional, não se esvai,
como a penal, na pessoa de quem cometer omissão ou ação danosa. Vai além, exatamente
porque a lei entende, como bem disposto está no inciso III do artigo 1521 do Código Ci-
vil, que o patrão, amo ou comitente, responde pelos atos de seus prepostos, no exercício
do trabalho que lhes competir. E respalda esta premissa, na teoria de que ao patrão com-
pete bem escolher seus auxiliares, no desempenho das missões que lhes defere. Assim, na
hipótese, o cirurgião, como chefe da equipe durante a intervenção, responde pelos atos de
seus prepostos, no caso, todos os seus auxiliares, que naquela ocasião, lhe devem obe-
diência profissional.

E numa análise mais simplista, deve-se entender tal alargamento de responsabili-
dade, no fato de que o cirurgião só deve se dispor a operar o seu paciente, se reúne con-
dições para tal, dispondo portanto, não apenas de auxiliares competentes, mas também do
material indispensável.

Portanto, se responsabilidade penal não advém ao chefe da equipe cirúrgica, por
eventuais atos danosos de seus auxiliares e para os quais não tenha contribuído, na área
cível, responderá solidariamente, desde que lhe compete o dever de se cercar de todas as
condições necessárias ao desempenho perfeito de suas atribuições. Nas mesmas circuns-
tâncias, responderia também o próprio Hospital.

2. NO CASO ESPECÍFICO DE PACIENTES DE INSTITUIÇÃO CONVENIADA COM O HOSPITAL:

a) É ELE O RESPONSÁVEL PELOS SERVIÇOS AUXILIARES; ANESTESIA, BANCO DE SANGUE E LABORATÓRIO?

Ao que parece, a conclusão a esta pergunta, não difere muito das outras já declina-
das às questões anteriores. Na área penal, é claro, responde o autor direto do dano. E na
esfera cível, a solução continua atada principalmente no artigo 1521, inciso III do Código
Civil. Portanto, se o Banco de Sangue com o qual o hospital mantém convênio, por exem-
plo, fornece material contaminado e que é aplicado em paciente internado, a responsabi-
lidade pelo dano causado será solidária, tanto do hospital como da entidade conveniada.
O mesmo entendimento se aplica aos serviços de laboratório.

b) NO CASO DE ALGUÉM DESTES SERVIÇOS SE NEGAR A ATENDER O PACIENTE POR NÃO SEREM CONVENIADOS COM A INSTITUIÇÃO FICA ESTE NA OBRIGAÇÃO DE FACILITAR O USO DE OUTROS SERVIÇOS ESTRANHOS AO HOSPITAL? POR EXEMPLO: NO CASO DE SERVIÇO DE ANESTESIA, OUTROS ANESTESISTAS QUE NÃO OS DO CORPO CLÍNICO PODERIAM SER CHAMADOS A ATUAR?

Quanto a esta indagação, entendemos, preliminarmente, que deveria se resolver com base no regulamento do Corpo Clínico do Hospital. Todavia, parece claro que, em havendo recusa do anestesista em atender determinado paciente, quer conveniado ou não, nada obsta que outro profissional venha a ser convocado, mormente se levando em consideração a necessidade médica do doente. É certo por outro lado, que no caso dos anestesistas, deve-se levar em conta os movimentos que a classe recentemente desencadeou, principalmente no que diz respeito ao descredenciamento do Inamps. De todo modo, cumpre ressaltar que a indagação formulada é genérica e como tal respondida. Talvez o fato concreto, se submetido a este Conselho, merecesse outra interpretação, quando então se analisaria várias circunstâncias que poderiam levar a outras conclusões.

É o meu parecer.

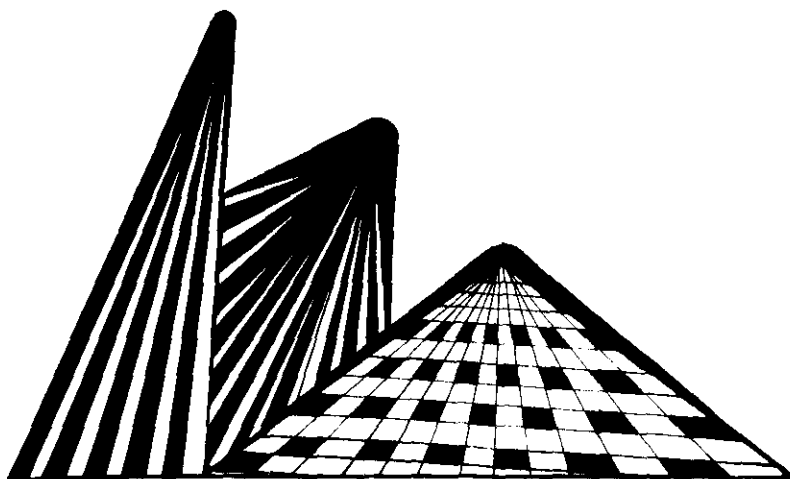
Curitiba, 11 de novembro de 1985.

Antonio Celso C. de Albuquerque
Consultor Jurídico

Aprovado em sessão plenária em 28 de abril de 1986.

**Código Brasileiro de Deontologia Médica
Artigo 16**

**“Praticar atos profissionais danosos aos
pacientes que possam ser caracterizados
como imperícia, imprudência ou negligência”.**



AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS ETHICS MANUAL

Part I: History of Medical Ethics, The Physician and the Patient, The Physician's Relationship to Other Physicians, The Physician and Society

AD HOC COMMITTEE ON MEDICAL ETHICS, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS*

HISTÓRIA DA ÉTICA MÉDICA

Desde a mais remota história, a profissão médica tem sido relacionada com ética ou, como Webster a define, com "a ciência do dever moral,... do caráter humano ideal... e dos ideais da ação humana". Uma das características de uma profissão é a reflexão nas condutas estabelecidas — isto é, auto disciplina profissional. A sociedade, também, tem desempenhado um poderoso papel determinando limites para os médicos de acordo com as tendências religiosas e filosóficas existentes. Em geral, a ética médica está fundamentada nos princípios morais da sociedade, mas as considerações ética especiais aplicam-se aos médicos devido à natureza das decisões e outras interações que caracterizam a prática profissional.

* *The American College of Physicians Ad Hoc Committee on Medical Ethics consisted of Dr. Harriet P. Dustan, Chairman; Drs. Robert M. Kark; John F. Burnum; Arthur W. Feinberg; C.S. Lewis, Jr.; Richard J. Reitemeier; Jeremiah A. Barondes, Richard W. Vilter; Donald E. Wilson; and Robert H. Moser (ex officio).*
Reference - Annals of Internal Medicine, 1984;101:129-137.

Os próprios médicos estabeleceram códigos de ética, mas a maioria são regras de etiqueta ou de comportamento, feitas para ajudar um médico em seu trato com outro companheiro médico ou com um paciente. A ética médica, contudo, deve incluir mais.

Desde os mais remotos tempos a sociedade e médicos têm-se preocupado com os aspectos morais da profissão. Os primeiros documentos existentes que faziam menção ao médico — sacerdote, eram os papíros egípcios (que datam de cerca do século 16 A.C.). Delineam métodos reconhecidos de diagnose, tomando decisões sobre se o tratamento deveria ser realizado, e sobre a propriedade da terapia. Uma vez que o médico tivesse seguido as regras, ele não era considerado culpado se o paciente fosse a óbito. Por outro lado, se ele transgredisse as normas e tentasse uma nova forma de tratamento e o paciente morresse, ele poderia perder sua própria vida.

A Medicina se desenvolveu na Mesopotâmia ao mesmo tempo que no Egito. Hammurabi, um dos grandes reis da Babilônia, idealizou em cerca de 2.000 A.C. um elaborado código de leis para o governo daqueles que praticam medicina e cirurgia. Este código foi escrito 500 anos antes que Moisés descesse do Monte Sinai trazendo os dez mandamentos. Hammurabi estabeleceu salários cirúrgicos de acordo com o nível social do paciente e estabeleceu punição para o desempenho técnico pobre. Assim, tanto as sociedades, Egípcias como Babilônicas, ditaram regras e sanções para controlar as atividades dos médicos e cirurgiões. A maior parte da tradição médica judaica foi baseada em preceitos da Mesopotâmia. Após o período de servidão no Egito, estes preceitos incorporaram idéias tiradas do sistema egípcio.

Os gregos absorveram a experiência dos Egípcios e Babilônios, com os quais eles negociavam. Acreditava-se que os legendários médicos Aesculápios, que foi finalmente deificado no século V A.C., havia socorrido, com seus filhos, o exército grego no cerco de Tróia. Os sacerdotes de Aesculapio enfatizaram pouca ciência mas muita arte e magia. Aesculapio, disfarçado como uma serpente, visitava e curava os doentes enquanto eles dormiam e sonhavam em seus templos à noite. Seus sacerdotes preocupavam-se tanto com ricos como com pobres.

Com o passar do tempo, a maioria dos médicos gregos tornou-se artesã ao invés de estudiosa. Somente uns poucos ascenderam acima deste nível para trazer ciência e reflexão à medicina. Hipócrates (460-377 A.C.) era líder deste grupo e iniciou a tradição do método científico em medicina através de cuidadosa observação dos pacientes. Ele e seus discípulos desenvolveram o Juramento e Corpo Hipocrático, que enfatizava a natureza individual do homem assim como incorporava o estrito código moral dos Pitagóricos. A responsabilidade do médico para com o paciente, em si, era suprema; era o início do paternalismo benigno que caracterizou a maior parte da medicina do Ocidente. Havia uma qualidade pragmática sobre a filosofia médica grega. Platão afirmou que mentiras eram aceitáveis partidas de um médico, desde que fossem ditas ao paciente para seu próprio bem, como forma de tratamento. Com exceção de Aesculapio, os estudiosos gregos fizeram uma aproximação altamente secular à medicina, recomendando um certo nível de cuidado para todos, mas o melhor para a elite. Os cristãos, por outro lado, enfatizaram qualidade de cuidado igual para todos, como apregoava Aesculapio.

Os costumes médicos hindus eram análogos aos dos babilônios e gregos. Um juramento hindu de iniciação à profissão médica contém o seguinte: "Dia e Noite, tu deves esforçar-te para o alívio dos pacientes com todo o teu coração. Tu não deves desamparar ou ferir teu paciente mesmo que seja por causa da tua vida". Este juramento é semelhante a uma afirmação de Hipócrates: "Com relação a doenças, crie hábitos de duas coisas, ajudar ou pelo menos não causar nenhum mal".

A medicina chinesa, com uma herança de mais de mil anos, estabeleceu preceitos semelhantes. Um cânone sobre medicina escrito há algum tempo entre 200 A.C. e 200 D.C. afirma que o médico deve ter "... piedade pelos doentes e empenhar-se para aliviar o sofrimento dentre todas as classes. Aristocrata ou plebeu, pobre ou rico, velho ou jovem, lindo ou feio, inimigo ou amigo, nativo ou estrangeiro e culto ou inculto, todos de-

ver ser tratados igualmente. Ele deve olhar a miséria de seu paciente como se fosse dele próprio". Este cânone possui muito do som do dito Aesculapiano e Cristão.

As maiores contribuições dos romanos foram no campo da saúde pública. A engenharia e sanitário foram considerados como uma responsabilidade da sociedade pelo Estado. Galeno, que trabalhava em Roma, era um grego. Ele procurou elevar o nível da ciência da medicina na maneira de Hipócrates. Após Galeno, e muito devido a sua influência, o dogmatismo tornou-se a filosofia médica predominante. Havia pouca pesquisa, e o conhecimento tornou-se estático. Mas pelo menos todos que aspiravam a ser médicos foram obrigados a aprender os protocolos e ensinamentos de Galeno.

As sombrias épocas européias que se seguiram foram um longo período de repouso para a civilização. O pensamento original permaneceu impopular. Muitos médicos continuaram a seguir os princípios galênicos, especialmente no que diz respeito à terapia. Galeno não foi questionado até Vesalius, 1543.

Durante a época Medieval (cerca de 500 a 1500 A.D.), a ciência médica e filosofia progrediram principalmente devido aos esforços dos árabes e seus aliados quando de sua mudança pela margem sul do Mediterrâneo e Espanha. Os Persas, Avicenna (Ibn Sena, 980 a 1036 A.D.) e Rhazes (Al-Razi, 865 a 925 A.D.), foram reconhecidos como médicos-filósofos assim como excelentes observadores de doenças. Rhazes, por exemplo, diferenciou sarampo de catapora. Avicenna escreveu seu famoso cânone, um compêndio de conhecimento médico da idade, assim como mais de cem tratados médicos.

Em 1200 A.D., Frederico II da Sicília trouxe o Estado de volta à direção da Medicina. Ele estabeleceu regras progressivas para a educação dos futuros médicos, seus métodos de prática, cobrança pelo seus serviços, e mecanismo para garantir a pureza das drogas.

Em 1520 o "Royal College of Physicians" de Londres estabeleceu um código penal para médicos, mas em 1543 a palavra "penal" foi substituída por "ética", para evitar a implicação de atividade criminal. Quando a Associação Médica Americana foi fundada em 1847 "para elevar a qualidade da Educação médica e para melhorar a eficiência da prática médica", seu código de ética foi em grande escala baseado no código de 1520 do Royal College. Foi baseado também no de Samuel Bard de 1769. "Um Discurso sobre os Deveres do Médico" e a "Ética Médica" de Thomas Percival ou um "Código de Institutos e Preceitos Adaptados à Conduta Profissional de Médicos e Cirurgiões". Todos estes códigos inclusive o da Associação Médica Britânica (1858), enfatizava o comportamento e etiqueta, apesar de que a revisão de 1957 do código ético da Associação Médica Americana inicia com uma referência à responsabilidade do médico para com seu paciente. "O principal objetivo da profissão médica é prestar serviço à humanidade com todo o respeito à dignidade do homem... devotando a cada um, uma total medida de serviço e devoção: "A versão de 1980 inicia, "Um médico deveria se dedicar à promoção de serviço médico competente com compaixão e respeito à dignidade humana".

Em 1948, a Organização Médica Mundial adotou a Declaração de Genebra. Este documento representava uma revisão do Juramento Hipocrático para aqueles a serem admitidos na profissão médica. Em torno da mesma época, o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinki enfatizavam a permissão voluntária para pesquisa de assuntos humanos e expressava duas características significativas da moderna medicina: uma elevada sensibilidade às necessidades, desejos e direitos dos pacientes como pessoas e um conhecimento de que às vezes é difícil decidir o que é direito perante a sociedade. Ambos são diretrizes gerais e não auxiliam na resolução de difíceis enigmas apresentados pelas muitas situações específicas que ocorrem na prática médica na era moderna.

Filosofia e Moralidade médicas desenvolveram-se gradualmente, seguindo um longo e acidentado caminho. Agora, tanto a medicina como a sociedade deparam-se com uma variedade de problemas complexos e difíceis sem precedentes. Nós começamos a pisar terreno novo com nossas desafiantes, novas técnicas de diagnose e tratamento. O dogma simplista de Galeno e a visão magnificante de Hipócrates oferecem pouca ajuda.

Cada época observa, alarmada, sua própria situação mas parece que hoje há mais necessidade de alta sensibilidade do que em qualquer outra época.

O MÉDICO E O PACIENTE

A RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE

As metas primárias do médico são, aliviar o sofrimento, prevenir a morte prematura, e melhorar a saúde do paciente mantendo ao mesmo tempo a dignidade da pessoa. Todas as ações médicas no sentido dessas finalidades têm origem no relacionamento médico-paciente. O comportamento ético para com pacientes é, em grande extensão, aquele que favorece esses objetivos e fortalece o relacionamento médico-paciente.

Na ausência de uma emergência médica o relacionamento é geralmente iniciado pela escolha de um médico pelo próprio paciente e a concordância do médico em cuidar dele; critério e confiança no médico, ingredientes essenciais na cura, surgem com muito maior facilidade quando a escolha é livre. Qualquer que seja o tratamento estabelecido, no início de um relacionamento bem sucedido, o médico deve perceber as queixas do paciente e sentimentos subjacentes e o que o paciente deseja atingir. Após definição de seus problemas o médico apresenta uma linha de ação. Se conveniente a ambas as partes, então fortalece o médico a tratá-lo da doença em questão, e o médico aceita a responsabilidade. Por uma comunicação efetiva o relacionamento é selado pela compreensão e aceitação de um para com o outro e pela confiança e respeito mútuos. No exercício de sua responsabilidade o médico deve ser profissionalmente competente; ele deve também interessar-se pelo seu paciente e tratá-lo como uma pessoa única com amabilidade e respeito. O paciente deve ser informado e educado sobre sua condição e deve compreender e aprovar seu tratamento. Por outro lado, ele deve participar responsabilmente em seu próprio cuidado. O médico merece remuneração por seus serviços, mas seu profissionalismo e seu senso de vocação e dever ao paciente e à sociedade devem preceder a compensação na determinação de suas ações; seu compromisso maior é para com o paciente.

Na realidade este relacionamento pode variar em relação ao tradicional, ou seja, do pago público, do paciente lúcido àquele em coma, de um cuidado surportivo ao agudo.

Médicos e pacientes procedem, freqüentemente, de meios culturais diferentes e encaram os problemas que se lhes deparam de modo diverso. É importante que tanto o médico como o paciente se sintam satisfeitos ao ponto de poderem discutir abertamente suas preocupações e expectativas. Uma vez que o cuidado para com o paciente está sujeito a mudanças, é mister que exista sempre harmonia entre as partes. Sendo o médico um representante da moral, ele não deve ser pressionado a violar sua própria consciência. Ele não pode concordar com todos os caprichos do paciente, mormente quando estes seguem curso contrário às normas de moral do próprio médico.

INICIANDO E TERMINANDO O TRATAMENTO RELACIONAMENTO

Uma pessoa é geralmente livre para procurar o médico de sua escolha. Um médico é livre para aceitar ou recusar ver um paciente a não ser que: 1) não exista outro médico disponível, como em algumas comunidades isoladas; (isto é uma responsabilidade moral, apesar de não ser necessariamente legal); 2) é necessário o tratamento de emergência em circunstâncias em que o médico está moralmente obrigado a prover cuidados, e, se necessário, dispor-se a acompanhamento; e 3) em certos sistemas de trabalho em que o paciente só possa ser atendido por aquele determinado médico.

O paciente é livre para trocar de médico (a não ser que sob sistema fechado como nas Forças Armadas) e tem direito ao acesso às informações contidas em seus registros

médicos transferidos ao novo médico. O médico pode interromper o relacionamento profissional notificando o paciente, e, com a aprovação deste, transferir a um outro médico as informações do seu relatório, fornecendo cuidado adequado e eficaz ao paciente em qualquer outro lugar. Assim a saúde do paciente não é colocada em risco no processo. A continuidade de cuidado deve ser assegurada.

AJUSTES FINANCEIROS

No início do tratamento é boa prática que os pacientes tenham conhecimento geral sobre honorários médicos e os prováveis custos completos do cuidado médico. Combinações financeiras devem ser esclarecidas e os modos de pagamento ou incapacidade para tal, estabelecidas. Uma vez que o relacionamento médico-paciente tenha sido iniciado, contudo, o dever do médico de prover cuidados não é mais dependente do pagamento de um salário. O médico pode estar tecnicamente livre para selecionar seus pacientes no sentido de escluir aqueles que não podem pagar, mas como um profissional, ele tem obrigação moral de contribuir com parte de seus serviços aos negligenciados e desprivilegiados e oferecer cuidado médico de bom nível a todos os pacientes, independente de seus poderes aquisitivos.

Quando o cuidado médico é gratuito, todo esforço deve ser feito para preservar a dignidade do paciente e seu respeito próprio. O indigente deve receber cuidado igual e ser tratado com o mesmo respeito e preocupação que o paciente que pode pagar serviços médicos.

Um outro aspecto dos cuidados médicos gratuitos diz respeito à "cortesia profissional": seus receptores podem tender a sentir que eles estão impondo ao médico, desse modo, prejudicando o processo de cura. Os médicos devem mostrar a esses pacientes que eles possuem direitos totais ao seu tempo, conhecimento e interesse por eles. Pacientes que se sentem desconfortáveis ao receber uma cortesia profissional, devem a seu pedido, pagar um honorário acessível, por acordo mútuo.

INVOLABILIDADE DO SEGREDO MÉDICO

O direito do paciente à inviolabilidade do seu relatório médico é um princípio fundamental do cuidado médico. O médico deve manter segredo de tudo que souber do paciente e não dar nenhuma informação sem o consentimento deste, a não ser que exigido por lei ou seu silêncio prejudique a outros. Seu dever precede ao do paciente. Se o médico pensar que sua obrigação para com o bem-estar do paciente se sobrepõe ao seu dever de obedecer à ordem do tribunal, ele pode eticamente recusar-se a transmitir ao tribunal informações não liberadas pelo paciente, mas deve estar preparado para aceitar as consequências legais de suas ações.

A perda de privacidade nas sociedades modernas, manutenção de registros computadorizados e processamentos eletrônicos de dados, pagamento de serviços médicos a terceiros, e compartilhamento do cuidado médico ao paciente com numerosos profissionais médicos e instituições, fizeram com que a confiança se tornasse crescentemente difícil de se manter. Os médicos devem estar cientes desses desenvolvimentos e trabalhar para prevenir a crescente invasão da privacidade do paciente. Também, dentre suas próprias instituições os médicos devem lutar por planos que assegurem a confidencialidade dos registros do paciente.

Discutir problemas de um paciente conhecido em áreas públicas do corpo profissional médico (em elevadores ou lanchonetes) viola a confidencialidade do paciente e não é ético.

O PACIENTE E SEU RELATÓRIO MÉDICO

Legalmente, o paciente como dono, tem o direito às informações contidas em seu relatório médico. O prontuário é de propriedade do médico ou da instituição. Se o acesso pessoal do paciente deve ser permitido é discutível — seu direito legal neste sentido varia de Estado para Estado. Na prática, os médicos geralmente dão-se a prerrogativa de decidir como a informação deve ser obtida, mas eles têm obrigação de liberar informações delicadas a uma terceira pessoa, se solicitadas pelo paciente.

Conjectura-se, no futuro todos os dados do paciente serão estocados em uma central de computação com acesso instantâneo em todo o país. Por enquanto somente um número limitado de pacientes, como nas Forças Armadas, mantém sob custódia seu relatório médico permanente. É de boa prática, contudo, a todos os pacientes ter sempre em mãos informações concernentes às necessidades de cuidados médicos a sua saúde comprometida. Além disso, viajantes e pacientes que podem necessitar tratamento longe de casa devem ter um resumo de seu prontuário médico.

DIVULGAÇÃO

A informação do médico para o paciente sobre seu estado é parte importante do seu cuidado para com o paciente. Este está buscando conhecimento de um profissional habilitado. A comunicação efetiva médico-paciente pode dissipar dúvidas e ansiedades.

Deve-se enaltecer a cura e a satisfação do paciente. O paciente deve, por conseguinte, ser motivado a cooperar com o médico.

Finalmente, quando a doença é grave, ao paciente deve ser dada a chance de solicitar seus desejos espirituais e temporais. Se por alguma razão especial o paciente não estiver completamente informado, ou se ele for incapaz de compreender, deve haver um total esclarecimento de sua condição ao seu representante responsável. A revelação não deve nunca ser um processo mecânico ou profissional. Apesar das notícias serem cruéis e dolorosas, compaixão em dizê-las pode aliviar o sofrimento e inspirar coragem, serenidade e esperança. O paciente não necessita ser sobrecarregado com cada detalhe e consideração clínica; é suficiente a verdade geral oferecida em linguagem clara e compreensível. Fatos em si, com seus próprios nomes declarados pode ser brutal e resultar na recusa do paciente em se submeter a tratamento. A revelação deve ser moldada ao estado emocional do paciente e sua capacidade em compreender.

As necessidades espirituais e desejos do paciente variam grandemente. O médico deve respeitar tais desejos e cooperar da maneira mais razoável com os religiosos, até o ponto em que seja assegurado atendimento adequado ao paciente.

Há ocasiões em que as crenças do paciente ditam decisões que vão contrariar o Conselho médico. O médico deverá julgar se, cedendo aos desejos do paciente, não estará comprometendo seu senso de responsabilidade para com este, em um grau inadmissível. Se, com certeza, isto estiver acontecendo, o médico deverá serretirar e assegurar-se de que o paciente estará sendo cuidado por um colega que deseja aceitar as condições impostas pelo paciente.

CONSENTIMENTO RESULTANTE DE INFORMAÇÃO PERMISSÃO PARA O TRATAMENTO

Desde a II^a Guerra Mundial, os médicos aceitaram o que agora é a lei da terra: que o paciente tem direito a auto-determinação e que ele tem o direito de saber e aprovar seu tratamento. Este consentimento consiste em explicar a um paciente alerta, mentalmente competente, a natureza de sua doença ou incapacidade, assim como os efeitos da doença contra riscos e benefícios dos procedimentos e tratamento recomendados; Apro-

vação para prosseguir é então buscada no paciente. A apresentação do médico deve ser compreensível e influenciável, indutora; a cooperação do paciente deve ser obtida sem coação; o médico não pode aproveitar-se da situação, na qual ele poderá ter domínio psicológico.

A permissão corretamente informada, é mais provável de ser alcançada pelo entendimento médico-paciente; ele não é obtido por simples assinatura de uma forma de consentimento "legal". O clínico consciencioso se comunica com o paciente de maneira carinhosa, franca, que revela sua competência, lealdade e respeito pelo paciente. Uma atitude que gera verdade e confiança. Usando linguagem que pode ser entendida, o médico se empenha para apresentar ao paciente e à família uma compreensão básica dos problemas que eles enfrentam juntos, e ele deixa claro que o paciente tem direito de fazer a escolha final em aceitar ou rejeitar o plano de diagnóstico e tratamento por ele proposto. Os médicos não devem abandonar pacientes que não aceitem seus conselhos. Se o paciente rejeita a recomendação do médico, este pode se retirar do caso, após aviso adequado e empenhando-se pelo atendimento em um outro local.

Apesar dos nossos melhores esforços, uma verdadeira informação pode iludir. A opinião do médico pode ser difícil de desaparecer. Poderão existir mal-entendimentos de ambos os lados; as palavras científicas médicas, freqüentemente, têm significados diferentes para o paciente e para o médico, e os pacientes podem fazer uso de termos médicos populares obscuros para os médicos. As complexidades da doença podem estar além da compreensão do paciente ou ele poderá estar muito amedrontado ou doente para tomar uma decisão responsável. Também, alguns pacientes preferem que seus médicos tomem todas as decisões. Em tais circunstâncias o médico deve assumir a responsabilidade pelo bem-estar do paciente e prosseguir fazendo o que ele acha melhor para o paciente, mas sempre em termos do que ele acredita que o paciente mais gostaria para si. O médico deve persistir nos seus esforços para manter o paciente informado sobre o que está sendo feito.

Uma das tarefas mais difíceis para o médico obter este consentimento é o problema de garantir que o paciente é intelectualmente competente. O simples consentimento é uma evidência insuficiente de competência. O médico é obrigado a assegurar para sua satisfação pessoal que o paciente possui capacidade intelectual para compreender a situação e responder à questão. Às vezes, a consulta a outros especialistas pode ser necessária para avaliar a competência intelectual de um paciente.

Quando o paciente é obviamente incapaz de dar um consentimento esclarecido, deve-se obtê-lo como exigido pela lei local, e todas as partes devem cooperar para proteger os interesses do paciente. O médico tem a dupla responsabilidade de estar certo de que a terceira parte está totalmente informada e agir com tudo o que é mais justo e conveniente para o paciente. O tratamento de emergência pode ser dado sem consentimento.

CONSULTA

Não se pode esperar que algum médico seja competente em todos os aspectos da medicina. Portanto, ele deve fazer consultas quanto se fizerem necessárias para o cuidado do paciente, ou quando o próprio paciente ou seu representante solicitar — quer expressa ou tacitamente.

O nível de consulta necessária deve ser estabelecido desde o início: opinião de uma só consulta, cooperação mútua contínua, ou transferência completa de autoridade para o outro médico, o consultado. Este deve explicar cuidadosa e respeitosamente suas recomendações ao médico recorrente e obter sua cooperação e concordância para procedimentos mais importantes ou para a necessidade de recorrer à ajuda de outros especialistas. Ele deve transferir de volta o paciente e as necessárias informações registradas ao médico recorrente quando a consulta estiver terminada. É preciso tomar cuidado para não ferir a autoridade e a dignidade do médico que o solicitou neste processo. O bem estar do paciente é sempre importante no processo de consulta. Quando o médico consultado estiver convencido de que ele, e não o médico solicitante, deve cuidar temporariamente do paciente, deve habilmente tentar obter a cooperação e consentimento do mesmo. Se este não puder aceitar as recomendações do consultado, ele tem a liberdade para chamar outro consultor. Quaisquer diferenças entre o médico recorrente e o consultado devem ser resolvidas à luz daquilo que é melhor para o paciente. O médico consultado não deve re-

cabem nenhum pagamento do colega que o solicitou.

Em certas circunstâncias, uma situação clínica complexa pode exigir múltiplas consultas. Estas devem ser justificadas pela necessidade médica. Elas devem ser também justificadas contra cobranças de conluio para lucro. Um só médico deve permanecer a cargo do cuidado geral do paciente e da utilização de informações resultantes das consultas. A menos que ele tenha formalmente transferido a autoridade, a responsabilidade final pelo cuidado do paciente está com o médico recorrente.

DEFESA DO PACIENTE E INTERESSES CONFLITANTES

Pelo acordo do cuidado médico pessoal o médico é geralmente o defensor intransigente de seu paciente colocando os interesses deste acima de quaisquer outros. Frequentemente, contudo, o médico é forçado a servir interesses conflitantes. Por exemplo, ele deve considerar o custo público por pensões por incapacidade, a saúde pública em examinar motoristas concedendo-lhes licenças desmerecidas. Ele pode agir para pesquisa e ensino por um lado e para o paciente por outro. Ele pode defender cuidado excessivamente caro para um determinado paciente ao mesmo tempo que promove economia rigorosa no total. Ele pode, em dado momento, lançar mão de recursos limitados, embora necessários, e no momento seguinte, de modo acertado, mudar lançando sua linha de grandes recursos, em defesa da causa do paciente nas circunstâncias presentes. O bem estar do paciente deve ser a primeira preocupação do médico mas ninguém pode evitar estes dilemas morais. Em tais casos o médico deve agir com sensibilidade e sem duplicidade, deixando claro para o paciente, e ele próprio compreendendo, quando outros interesses estão sendo servidos e até que ponto o segredo e a confiança foram violados.

Em geral, o médico das Forças Armadas tem o mesmo relacionamento ético e terapêutico como qualquer outro médico, mas ambos entram no serviço conscientes de que têm que obedecer, a todas as ordens legais e que a sua responsabilidade final está com o bem maior. A confidencialidade está superada; os registros médicos são mais abertos e o oficial médico está livre para discutir os pacientes com seus colegas e superiores. Esses rigores são conhecidos desde o início e não há quebra de confiança.

Os altos padrões de atendimento e o relacionamento normal entre o médico e o paciente podem ficar comprometidos quando o médico cuida do pessoal militar durante o combate, ou de civis durante um grande desastre. Os pacientes devem receber tratamento urgente e desta maneira o tratamento está longe de ser considerado ótimo. Pressionado pelo perigo e a necessidade de ação imediata, e ainda com recursos limitados, talvez seja necessário escolher e dar atendimento preferencial aos pacientes que podem salvar mais rapidamente. Deve ser entendido que estas devem ser circunstâncias extraordinárias e que o atendimento normal seja retomado assim que cessar a emergência.

Outro aspecto de interesse conflitante pode ocorrer no tratamento dos Chefes de Estado, profissionais de renome e outras pessoas de prestígio. Há um risco de que tais pessoas possam receber atendimento breve, menor que o padrão, por causa da pressão das circunstâncias e pelo respeito que eles impõem. Sob as exigências da situação os médicos podem ter que ceder apesar da relutância. Antes de continuar, contudo, o médico deve explicar a extensão e o perigo do compromisso no atendimento e obter a aquiescência do paciente.

CONFLITOS DE INTERESSE PESSOAIS

No caso de conflitos pessoais a ordem moral é clara. O médico deve evitar qualquer conflito de interesse comercial que possa comprometer a sua lealdade e o tratamento do paciente. Conluio com associações de enfermagem, farmacêuticos ou colegas, visando interesse financeiro pessoal são moralmente repreensíveis.

Um médico possuir ações em um laboratório de medicamentos ou em um hospital onde ele exerce sua medicina não constitui em si falta de ética, mas torna-o vulnerável à acusação de que seus atos são influenciados por tal propriedade. A maneira mais segura seria evitar quaisquer situações dessa natureza potencialmente comprometedoras.

O MÉDICO E SISTEMAS MÉDICOS NÃO CIENTÍFICOS

A solicitação de certos pacientes para que o médico os trate fora do sistema ortodoxo pode cercear o médico da administração do melhor tratamento, ignorando o direito do paciente de escolher o tipo de atendimento e quem vai executá-lo. Tal solicitação requer atenção por parte do médico. Antes de aconselhar um paciente, o médico deve explicar a razão para a mudança: insatisfação com a prática corrente ou simplesmente alegar o caráter não científico do tratamento. A seguir, o médico deve certificar-se de que o paciente entende, no espírito da informação consentida, a sua condição, o tratamento e perspectiva. Ele e o paciente podem então discutir a maneira realística e desapaixonada o que o paciente pode esperar dos dois métodos de tratamento. O médico não deve abandonar o paciente se ele escolher um remédio não científico e deve acatar a sua decisão com simpatia. O médico não deve participar de tal tratamento.

O RELACIONAMENTO DO MÉDICO COM OUTROS MÉDICOS

Ao ingressar na profissão, o médico compartilha com os outros médicos do dever de cuidar dos doentes. Este laço tradicional entre os médicos é uma ferramenta poderosa a serviço dos pacientes e nunca deverá ser usada para proveito pessoal. Nas interações profissionais quotidianas entre os médicos, este padrão deve ser mantido (veja a seção intitulada "Consultas").

ENSINO

O próprio título de Doutor, do latim *docere*, "ensinar" traz em si a responsabilidade de repartir conhecimentos e informações. Isto inclui a divulgação de resultados e observações e pesquisa científica para os colegas; ensinar aos estudantes de medicina, funcionários e outros médicos; e comunicar-se claramente com os pacientes.

REMÉDIOS SECRETOS

Ao manter o princípio de compartilhar conhecimentos e informações, o uso de medicamentos secretos não pode ser perdoado. Quer resultem em lucros ou não, a produção e venda de um remédio secreto são considerados anti-éticos.

A DIVISÃO DO PAGAMENTO

Os honorários profissionais de um médico devem ser recebidos por serviços que ele preste ao paciente. O oferecimento ou recebimento de dinheiro de outro médico envolvido no tratamento de seu paciente é anti-ético. Também é anti-ético receber comissões ou gratificações de uma companhia que fabrique ou venda instrumentos médicos que ele possa usar no cuidado de seus pacientes.

O ESTUDANTE DE MEDICINA E OS MÉDICOS EM ESPECIALIZAÇÃO

É de responsabilidade do médico ensinar o que ele sabe da ciência e arte médica aos estudantes de medicina, médicos em treinamento de pós-graduação e outros colegas. É também obrigação do médico supervisionar de perto aqueles que estão em treinamento. É anti-ético delegar autoridade a qualquer um no cuidado de um paciente, inclusive a outro médico que não seja tão qualificado ou experiente como ele. A única exceção é no meio didático onde esta autoridade pode ser delegada aos médicos da casa sob supervisão rigorosa do médico responsável. A responsabilidade final pelo bem-estar do paciente permanece com o médico que o atende em todas as circunstâncias, a menos que haja transferência formal de responsabilidade para um médico de qualificação e experiência comparáveis.

O MÉDICO DOENTE

É responsabilidade de um médico ajudar um colega cuja capacidade profissional esteja prejudicada por causa da saúde. Tal ajuda pode ser em forma de tratamento direto do médico doente ou prover assistência para os pacientes dele até que ele sare.

A incapacidade de um médico pode resultar do uso de agentes formadores de vícios (o álcool inclusive), ou de desordens psiquiátricas ou comportamentais que interfiram com sua capacidade de cuidar de seus pacientes. Todas as medidas devem ser tomadas para assegurar que nenhum paciente seja prejudicado como resultado de atos ou decisões do médico em questão. Se um médico, pessoalmente, sentir que não pode ajudar diretamente seu colega, será necessário que ele comunique a doença a uma autoridade própria (Chefe de Serviço, Chefe de Pessoal, Autoridades Médicas Estaduais ou Autoridades Reguladoras).

COLEGA INADEQUADO OU INCOMPETENTE

É anti-ético e prejudicial a todo processo de cuidado médico desfazer, por motivos maliciosos, da capacidade profissional, do conhecimento, das qualificações ou de serviços de outro médico ou demonstrar por palavra, gesto ou ação que um paciente foi mal atendido ou tratado erroneamente por outro colega. O uso de atitudes assim imprópria como meio de induzir uma pessoa a tornar-se sua paciente é anti-ético. O cuidado para evitar esse induzimento impróprio é especialmente necessário para o médico que tenha sido chamado por outro médico para dar assistência ao doente.

De igual importância é anti-ético um médico não revelar fraude, má conduta profissional, incompetência ou abandono de um paciente por outro médico. A confiança depositada nos médicos pelos pacientes e pelo público exige tal revelação às autoridades competentes.

PROPAGANDA

A propaganda é definida como uma forma de comunicação destinada a informar o público em geral sobre a viabilidade e natureza de produtos e serviços. Seguem-se exemplos do tipo de informações úteis que poderiam ser incluídos em uma "propaganda ética". Estes são simplesmente exemplos e não devem ser interpretados como excludentes de outras informações relevantes de acordo com as linhas mestras éticas descritas neste manual.

1. Tipo da medicina ou especialidade.
2. Treinamento como Residente na especialidade, "Fellowships" e filiação a sociedades profissionais.
3. Certificado de especialista.
4. Hospitais para onde o médico encaminhe pacientes.
5. Horário de trabalho e atendimento fora de horário.
6. Exigências para marcação de consultas.
7. Localização do consultório, telefone e facilidades (proximidade de transporte público, facilidade de estacionamento, rampa, elevador e cadeira de rodas).
8. Descrição de Serviços (Raio X no consultório, outros Testes Diagnósticos, receita de anticoncepcionais).
9. Tabela de preços para serviços específicos e testes.
10. Aceitação de pacientes previdenciários.
11. Aceitação de cartões de crédito.
12. Línguas faladas.

ALICIAMENTO DE PACIENTES

Um médico não deve aliciar pacientes de outros médicos. Isto se aplica particularmente ao médico que foi chamado por um colega para auxiliá-lo. As linhas mestras para consulta são discutidas na seção "Consultas".

REGISTROS MÉDICOS

A ficha médica de um paciente ou o conteúdo de uma ficha deve ser transmitido

imediatamente a um novo médico que assuma responsabilidade pelo cuidado daquele paciente. Para garantir o sigilo, o pedido deve ser acompanhado por permissão escrita do paciente para tal transferência (ver "O paciente e a sua ficha médica").

O MÉDICO E A SOCIEDADE

As prerrogativas profissionais do médico são conferidas pela sociedade. Por seu turno, o médico é responsável e deve dar contas à sociedade de suas ações profissionais. Ele possui como franquia dada pela sociedade, os direitos, privilégios e deveres pertinentes ao relacionamento paciente-médico. Esta franquia pode ser retirada pela sociedade, do médico individualmente ou da profissão inteira. A sociedade tem interesse real nas atividades profissionais dos médicos e de outros no campo do cuidado da saúde e procurará controlar e regular tais atividades profissionais de acordo com seus melhores interesses como ela os vê. A sociedade conferiu grande autoridade à medicina na crença de que os médicos usarão tal poder para benefício dos pacientes. A sociedade tem o direito de exigir que os médicos sejam competentes e atualizados e que eles pratiquem sua medicina considerando o paciente como pessoa.

OBRIGAÇÕES DO MÉDICO PARA COM A SOCIEDADE

Como qualquer outro bom cidadão o médico deve empenhar-se pelo bem-estar da comunidade e da sociedade em geral. Ele deve trabalhar no sentido de garantir cuidado médico adequado a todos os indivíduos e deve manter os esforços de saúde da comunidade. Em particular, ele deve procurar usar todos os recursos relacionados com a saúde de um modo tecnicamente apropriado e eficiente e se ater aos recursos limitados. Ele deve se conduzir de modo tal que mereça o respeito de sua comunidade, tanto como um profissional quanto como pessoa. Ele deve ajudar sua comunidade, aumentar sua capacidade de reconhecer e de enfrentar as causas sociais e ambientais da doença.

Além disso, o médico tem as seguintes obrigações sociais:

1. Estar atento à disponibilidade de serviços de saúde para o povo da área em que ele pratica sua medicina e participar com interesse em corrigir defeitos de tais disponibilidades.
2. Encorajar, apoiar e assistir aos esforços para fornecer ao público conhecimento preciso referente a suas necessidades de saúde e de cuidado.
3. Agir no sentido de proteger a sociedade informando sobre as doenças que a lei exige sejam reveladas às autoridades de saúde pública.
4. Estar atento às limitações dos recursos dos serviços de saúde, de material e pessoal e participar com os outros em limitar os gastos destes recursos.
5. Considerar os custos do cuidado médico e fornecê-lo de maneira mais eficiente.

O RELACIONAMENTO COM OS OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os interesses do paciente ocupam o primeiro lugar em todos os aspectos do relacionamento paciente-médico. O médico deve agir como defensor e coordenador do cuidado pelo seu paciente e deve assumir responsabilidade apropriada, especialmente quando utiliza a ajuda de outros profissionais da saúde. O médico deve tratar somente com profissionais de saúde competentes, quando estes o auxiliem no cuidado com o paciente. Delegação de tratamento ou procedimentos técnicos deve se limitar a pessoas tidas como competentes para realizá-los com habilidade e interesse; o médico que é o principal encarregado do cuidado do paciente deve reter para si a responsabilidade principal em todos os aspectos do cuidado do paciente. A sociedade identificou o médico como possuidor de treinamento necessário para desempenhar esta responsabilidade e conferiu-lhe uma licença específica para exercê-la. Este relacionamento está implícito entre paciente e médico.

A expansão da capacidade médica nem sempre progrediu de mãos dadas com a responsabilidade médica. A desigualdade e disparidade na relação paciente-médico através do país tem sido fatores do crescimento marcante de pessoas que não são médicos prati-

cando a medicina (enfermeiras, parteiras e outro pessoal paramédico), que representam um amplo espectro de paciência educacional, treinamento pós-graduado, experiência e habilidade.

As variações de Estado para Estado e as exigências para licenciamento do pessoal paramédico varia desde a autonomia total motivada pela impossibilidade de acompanhar o tratamento de maneira eficiente até uma limitação e observação rigorosas.

Esta mudança criou um novo desafio para os médicos: como relacionar-se ética e profissionalmente com este grupo de profissionais da saúde licenciados a ele aliados. Não há linhas médicas rígidas mas cada situação deve ser tratada em um contexto no ambiente da prática e na lei do Estado (Nos Estados Unidos cada Estado tem lei própria). O tema mais importante dessas interações é o conceito "da responsabilidade final". Quando a responsabilidade pelo cuidado do paciente recai sobre um médico este deve exercer a responsabilidade maior. Os graus de responsabilidade devem ser ditados pela competência dos profissionais da saúde aliados ao médico e à natureza da prática real. As relações éticas devem ter origem de um senso de respeito mútuo e de um delineamento profissional claro entre o médico e os profissionais de saúde licenciados aliados ao médico. Competentes profissionais de saúde licenciados freqüentemente melhoram a qualidade de cuidado e conforto dos pacientes, portanto, expandindo a capacidade do médico. O paciente deveria ser informado a respeito da variedade e possibilidade de tais serviços, que podem ser facilitados pela cooperação entre médicos e profissionais auxiliares da saúde.

O RELACIONAMENTO DO MÉDICO COM O GOVERNO

O médico deve cooperar com o desenvolvimento da política de Saúde Pública, níveis municipal, estadual e nacional expressando-se quer como indivíduo ou como profissional.

TORTURA: em nenhuma circunstância é ético o médico ser usado como instrumento do governo para fazer qualquer coisa que enfraqueça a resistência física e mental de um ser humano.

PUNIÇÃO: a participação ou tolerância na punição de um prisioneiro por um médico, além das penas permitidas pelas regras mínimas das Nações Unidas para tratamento de prisioneiros, é anti-ética.

A EXECUÇÃO LEGAL: a participação por médicos na execução legal de prisioneiros é anti-ética.

DISTORÇÃO DE CRITÉRIOS CLÍNICOS: é anti-ético o médico participar da formulação de princípios de diagnóstico, terapêutica ou prognóstico que sejam subvertidos ou distorcidos com a finalidade de punir prisioneiros políticos.

O RELACIONAMENTO DO MÉDICO COM OS NOVOS VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO

Os médicos que têm capacidade de comentar com autoridade, assuntos médicos, devem estar preparados para fazê-lo para ajudar a manter o público bem informado. Os médicos que são capazes de auxiliar o público com informações precisas devem considerar o interrelacionamento com os veículos de comunicação como uma obrigação à sociedade, uma extensão da prática médica. Isto não deve ser explorado para proveito pessoal.

COMERCIALIZAÇÃO DA MEDICINA E OUTROS CONFLITOS DE INTERESSE

COMÉRCIO NÃO RELACIONADO COM A MEDICINA: enquanto o cuidado com o paciente não for comprometido, não há objeção no campo médico que este se ocupe com

qualquer comércio alheio à sua prática médica.

COMÉRCIO MÉDICO: o médico deve evitar qualquer negócio que possa, por causa do proveito pessoal, influenciar em suas decisões no cuidado do paciente. As atividades dos médicos relacionados com aspectos comerciais próprios ou da prática do seu grupo, devem ser orientados pelo princípio que tais atividades visam a manutenção razoável daquela prática e a provisão efetiva de bom cuidado dos pacientes. Semelhantemente, as atividades relacionadas com a manutenção de pesquisa e esforços educacionais do seu grupo ou instituição, devem ser orientados pelo mesmo princípio.

ORGANIZAÇÕES MÉDICAS: GREVES DE MÉDICOS — A falta de atendimento médico por médicos é um ato seríssimo, não pode ser apoiada e é anti-ética. Os médicos, quer como indivíduos, quer como grupo, têm posição social suficiente, descortínio político e iniciativa para encontrar outros meios para tratar de problemas que possam justificar ação social drástica e política.

ACKNOWLEDGMENTS: The College expresses profound gratitude to the following persons for their detailed and scholarly critiques: Lee J. Dunn, Jr., Esq., counsel to the law firm of Shagory and Shagory in Boston; Dr. Edmund D. Pellegrino, Director of the Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics at Georgetown University, Washington, D.C.; and Dr. Charles Arring, Professor Emeritus of Neurology at the University of Cincinnati Medical Center, Cincinnati, Ohio.

The College also expresses appreciation to the Commonwealth Fund for its generous contribution in helping the College produce this manual.

Trabalho de Tradução

Dr.^a MOEMA DE ARAUJO CARDOSO

A Parte II será publicada no próximo número e consta no Ann. Int.Med. 101: 263-274,1984.

O CÓDIGO DE ÉTICA DEVE SER REFORMADO?

NOVO PRAZO

O CFM comunica que o prazo para recebimento de propostas à minuta do novo Código de Ética Médica, foi prorrogado para o dia 31.08.86.

Não deixe de dar sua contribuição. Ela é importante para todos nós.

O novo Código deverá permanecer por muitos anos e abarcar o máximo possível.

NÃO RECLAME, NÃO FALE. ESCREVA.

ÉTICA DA REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

Amílcar G. Gigante *

Conceitua-se **ética** como o "estudo dos juízos de apreciação que se referem à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto". Considerando a relação da ética com a ciência é dito que significa o "comportamento do cientista em relação à ciência, à sociedade e aos colegas".

É inseparável da expressão **ética** a definição de **moral**, "conjunto de regras de conduta consideradas como válidas, quer de modo absoluto para qualquer tempo e lugar, quer para grupo ou pessoa determinada".

Ficam evidentes, das palavras acima, as relações da ética com a realidade social em que se deve inserir, ainda que se destaquem normas válidas de maneira absoluta.

Cabe recordar **SIGERIST** com sua afirmativa de que cada sociedade exige de seus médicos conhecimentos, habilidades, dedicação aos pacientes e qualidades outras a estas relacionadas. Mas o papel do médico na sociedade, as tarefas a ele designadas e as regras de conduta que lhe são impostas, mudam em cada período.

É igualmente de lembrar a afirmativa de **VIRCHOW**, formulada há mais de um século, de que "Medicina é uma ciência social".

Medicina é, ademais, uma curiosa profissão. Ela não pode existir, autêntica, sem a obediência a normas éticas, muitas delas absolutas, imutáveis. Mesmo que vivamos, como vivemos, em um mundo não ético.

Para ilustrar o quanto essas normas variam com o tempo, e aproximando-me desde logo do aspecto específico da remuneração profissional, cabe mencionar o Código de Hammurabi, a primeira série de normas conhecida com relação ao pagamento do trabalho médico. Certamente não é necessário frisar o quanto nos parecem imorais algumas daquelas normas. Mas vigiram por não sei quanto tempo, foram aceitas pelos médicos da época, e não me consta que eles hajam promovido sua revogação.

Longo foi o tempo em que toda a remuneração estava incluída dentro dos princípios da Medicina Liberal. Em sua ideologia são princípios básicos e livre escolha do médico por parte do paciente e a livre fixação dos

Apresentado em Mesa Redonda no XXII Congresso Brasileiro de Educação Médica, Gramado (RS), Outubro 1984.

* Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFPel.

Livre Docente da Faculdade de Medicina da UFPR.

honorários por parte do profissional. Não tenho dúvida em afirmar que o modelo liberal tem grandes virtudes. E uma prova disto é a sua subsistência em praticamente todos os países da atualidade. Dentro desse modelo jamais haveria estímulo ao médico para prestar serviços desnecessários. A cada vez que desejasse aumentar sua renda bastaria que elevasse seus preços. Os pacientes, automaticamente, seriam selecionados por seu poder aquisitivo. Não estou certo de que o primeiro aspecto fosse assegurado a ausência do estímulo para prestar serviços desnecessários — e estou seguro de que a segunda situação — seleção dos pacientes por seu poder aquisitivo — conduz à inviabilidade da melhor utilização dos recursos humanos e materiais com vistas à saúde da coletividade. É difícil, se não impossível, obter, dentro do modelo liberal, a distribuição adequada dos profissionais, tanto geograficamente como pelas diversas especialidades. Acrescente-se, ainda, que para os de menores posses ficava apenas aberto o acesso às formas caritativas de atendimento.

Na evolução das sociedades modernas há um momento em que o modelo da Medicina Liberal parece insuficiente para equacionar a solução dos problemas da saúde de todos. É a partir daí que o Estado passa a intervir, seja pela prestação direta de serviços, seja pela compra ou subsídio aos serviços privadamente gerados, seja também — e isto é muito importante — custeando a formação dos profissionais.

Ao efetivar a compra de serviços surgem problemas de difícil solução. É necessário conciliar os interesses dos profissionais e os da coletividade. É necessário tomar medidas para evitar que efeitos perversos sejam originados. Na busca de cuidados médicos existe a importante peculiaridade de que o consumidor não escolhe e, em regra, não pode avaliar corretamente o que consome. Se isto podia, como sugeri antes, ser um problema no modelo liberal, a situação problemática é praticamente insolúvel quando quem paga não é, diretamente, o usuário. Surgem, assim, o assalariamento, o pagamento por capitação e aquele por atos médicos, como tipos fundamentais. E, pelas inadequações em todos presentes, originam-se, também, sistemas mistos de remuneração. A experiência de muitos países sugere que o sistema de pagamento — especialmente aquele baseado em atos médicos — pode ser responsável por importantes distorções, financeira e moralmente insuportáveis. Já tem sido afirmado que o problema não seria a forma de remuneração mas, essencialmente, a necessidade de estabelecer controle adequados. Parece-me importante ressaltar que se o estabelecimento de controles é vital para a estabilidade financeira de um sistema, não é possível esquecer seu papel na manutenção de uma boa prática profissional com o indispensável respeito às normas éticas. Não há dúvida de que o estabelecimento de controles adequados é um importante ponto a discutir, tanto e em seus aspectos teóricos como em seus aspectos práticos.

Voltando às normas, expressas ou implícitas, que regularam tradicionalmente a remuneração médica dentro do modelo liberal, penso que podemos relacionar como usuais os seguintes critérios para a fixação dos honorários:

1) Valor do trabalho, definido a partir da quantidade e da qualidade do serviço prestado, inclusive sendo considerado o resultado alcançado, bem como hora e local do atendimento.

2) Uso e costume do lugar.

3) Fama do profissional.

4) Condições econômicas do paciente.

Assinale-se que são critérios que parecem justos e adequados. Sua via-

bilidade fora do citado modelo de medicina parece, entretanto, impensável.

O Código de Ética vigente no Brasil, aprovado pela Resolução no. 1154, de 13 de abril de 1984, do Conselho Federal de Medicina, em seu Capítulo II relaciona ações vedadas ao médico no exercício de sua profissão. E, a partir do artigo 60, considera especificamente o assunto da remuneração profissional, estabelecendo como proibições as seguintes:

Artigo 60 — Permitir que seu trabalho profissional seja explorado por terceiros no sentido comercial ou político.

Parecem-me imperiosas algumas considerações:

Vivemos em uma sociedade na qual todo o trabalho é objeto de exploração comercial. Como conseguir seja o trabalho médico uma exceção?

Por outro lado uma variedade de fatores tendem a tornar a cada dia mais forte a empresa médica — não necessariamente a empresa dos médicos em diversas modalidades. E, paralelamente, assume a cada dia maior importância o seguro saúde privado e, obviamente, com finalidade lucrativa.

Também quanto ao uso do vocábulo político julgo necessário fazer algumas ponderações.

Gosto de entender política como a definiu MARITAIN — “arte e ciência do bem comum” — ou como a conceituou VIRCHOW — “Medicina em grande escala”. A partir desses conceitos não me pareceria condenável considerar a atuação médica como parte da política. Mesmo porque julgo impossível ser alguém ou alguma ação realmente apolíticos. Não me parece inadequado recordar que, ao querer ser apolíticos, tomamos na realidade a atitude política de concordar com o existente. E se o existente for uma sociedade doentia tal concordância não seria medicamente aceitável.

É possível que a intenção fosse condenar a exploração partidária do trabalho médico, com o que, estou certo, todos concordamos.

Prosseguindo na revisão das normas estatutárias no Código de Ética vejamos o que consta em artigos seguintes:

Artigo 61 — Receber ou pagar remuneração, comissões, vantagem ou percentagem que não correspondam a serviço profissional efetiva e lícitamente prestado, ou receber ou pagar remuneração, comissão ou vantagem por cliente encaminhado ou recebido.

Artigo 62 — Aliciar, por qualquer meio, para clínica particular ou entidades de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituição de qualquer espécie.

Artigo 63 — Obter vantagem econômica com o trabalho de outro médico.

Artigo 64 — Reter, a qualquer pretexto, honorários de outros médicos.

Artigo 65 — Deixar de apresentar individualmente a conta de honorários, quando mais de um médico prestar serviços do mesmo paciente.

É evidente que nesses cinco artigos estão focalizados alguns problemas raramente confessados, mas criados e desenvolvidos basicamente dentro do modelo da Medicina Liberal.

Vejamos, finalmente, os últimos dois artigos pertinentes ao tema remuneração:

Artigo 66 — Prestar serviços profissionais a preços vís ou extorsivos.

Artigo 67 — Deixar de conceder aos colegas que se encontrem no exercício da profissão e a seus dependentes legais, reduções possíveis no custo dos serviços profissionais.

Nesses dois artigos o que mais chama a atenção é a problemática definição de alguns termos utilizados. Como entender o que são **preços vís ou extorsivos**? O que se deve entender por **reduções possíveis**?

Com relação ao **preço vil** vivemos, no Rio Grande do Sul, uma situação especial e que me parece preocupante. Entidades profissionais, por seus dirigentes, obtiveram do Conselho Regional de Medicina a conceituação do que seja preço ético e, a partir daí, existe a recomendação de que os profissionais credenciados pela Previdência cobrem, dos pacientes que atendem, importâncias suplementares. Tais valores têm sido revisados periodicamente e, se não me engano, atualmente estão em torno de 4.500 cruzeiros para uma consulta médica.

Não tenho notícia de que haja ocorrido a tentativa de definição do que seria um preço extorsivo. E me pergunto se um valor próximo de 1/20 do salário mínimo não poderia ser considerado extorsivo quando aplicado a muitos pacientes. Pacientes que, lembre-se, por sua contribuição pessoal intransferível, bem como pela parte a que são obrigados via impostos indiretos (aqueles socialmente menos justos), já custeiam toda a estrutura assistencial, assim como ajudam a financiar a formação dos profissionais da área da saúde.

Uma outra contradição que não podia deixar de ser lembrada está consubstanciada na situação das camadas de mais alto poder aquisitivo. Essas, as únicas realmente aptas a usufruir dos benefícios e vantagens da Medicina Liberal, são subsidiadas, via abatimento no imposto de renda, no exercício desse apreciado direito. Já tenho lido, inclusive, a preocupação com o vulto de imposto arrecadado a menos a partir desse favorecimento legal.

Será justo que voltemos as costas a essas evidências de patologia social?

Mesmo sem ser autoridade no assunto acho imprescindível incluir algumas considerações de ordem econômica.

Voltemos a VIRCHOW. Ele, em 1847, após investigar uma epidemia de tifo na Silésia, recomendava uma série de mudanças econômicas, políticas e sociais. Relacionava como necessárias medidas que aumentassem o número de empregos, proporcionassem melhores salários, dessem autonomia aos governos locais, estimulassem o desenvolvimento de cooperativas agrícolas, constituíssem uma estrutura de taxaço mais progressiva.

Estranhamente, mais de um século depois, nas décadas de 50 e 60, ganharam amplo prestígio teorias oriundas dos países desenvolvidos para orientar aqueles, do Terceiro Mundo, recentemente tornados independentes. (1) Essas teorias, que podemos genericamente denominar como de modernização, davam ênfase à necessidade de maciços investimentos em elementos físicos do crescimento nacional — indústrias, estradas, barragens, etc. — vendo saúde e outros serviços sociais como educação, como setores consumidores, não produtivos. Assim, para os que abraçaram tais teorias, o gasto de dinheiro aí realizado representaria, simplesmente, um desperdício de fundos públicos. Há muitos indícios de que tais teorias não foram aplicadas apenas em países recém-independentes do Terceiro Mundo e que não ficaram confinadas às décadas de 50 e 60. Há, portanto, necessidade de que isto seja debatido e novas prioridades estabelecidas.

Particularizando para o setor saúde podemos notar nítidas evidências de que, também neste particular, tendemos a seguir o modelo dos Estados Unidos da América do Norte. E não me parece que isto possa ser feito sem cuidadosa reflexão.

Em artigo recentemente publicado (2) é assinalado que os Estados Unidos da América do Norte representam, ao lado da África do Sul, os únicos exemplos de países desenvolvidos que falharam em assegurar a todos os cidadãos o acesso aos cuidados médicos. Lembra-se que lá é gasto um dos maiores, se não o maior, percentual do Produto Interno Bruto em saúde. Gastos governamentais — públicos, do povo — para pagar ou subsidiar serviços privados cresceram grandemente, atingindo em 1983 a soma de 150 bilhões de dólares. E os indicadores de saúde teimam em não melhorar. O que não deve surpreender se considerarmos que 25 milhões de pessoas — 11% da população — não tem seguro saúde, e 34 milhões estão sem cobertura de tal seguro em alguma parte de cada ano. Na assistência aos idosos — uma das prioridades lá estabelecidas — 12% dos brancos e 19% das minorias raciais estão a descoberto.

Paralelamente surgem, cada vez com mais frequência, manifestações de insatisfação dos médicos que, tradicionalmente refratários a qualquer medida que fizesse pensar em socialização da Medicina, sentem-se oprimidos pelas empresas de seguros.

Para concluir penso que se quisermos buscar uma atitude ética, moral, e adequada à realidade histórico-social, são imperiosas as seguintes posições:

1. Aceitar a saúde como um DIREITO.

2. Lutar pela alocação de recursos adequados, dentro de um sistema realmente eficiente. Obviamente tal sistema deverá ser baseado no conceito mundialmente reconhecido de atenção primária à saúde, com suas bem definidas características.

3. Ocupados que somos, principalmente, com a formação de profissionais de saúde, atentar para a necessidade de que o produto de nossas escolas seja adequado para os rumos acima delineados.

Não sei se minha exposição corresponde à expectativa dos que me honraram com o convite para participar desta Mesa Redonda.

Definido como um clínico militante, entendo que foi considerada a situação de quem, na maior parte de sua vida, inclusive nos dias atuais dedicou muito do seu tempo à clínica privada. A isto não cheguei por opção pessoal. E dentro das minhas vivências profissionais procurei não perder de vista a realidade maior em que a profissão médica está inserida. Por isto não poderia colocar a discussão dos aspectos éticos apenas na superfície de uma problemática que é extrema e iniludivelmente profunda.

Não me sinto culpado de falta grave caso não corresponda minha colaboração a eventuais expectativas. Eu me culparia, e muito, se não manifestasse as preocupações que tenho com a formação de médicos, com seu aproveitamento no trabalho profissional em nível de razoável felicidade, dentro de um sistema que estenda o atendimento às muitas necessidades e proporcionalmente esquecidas maiorias de nossa população.

Penso, como disse antes, que o modelo liberal tem tantas virtudes que persiste, e provavelmente persistirá, em todo o mundo. Mas ele só pode ser entendido como uma pequena parte no equacionamento de grandes problemas. E é preciso buscar as soluções que tal modelo não deu e jamais poderá dar.

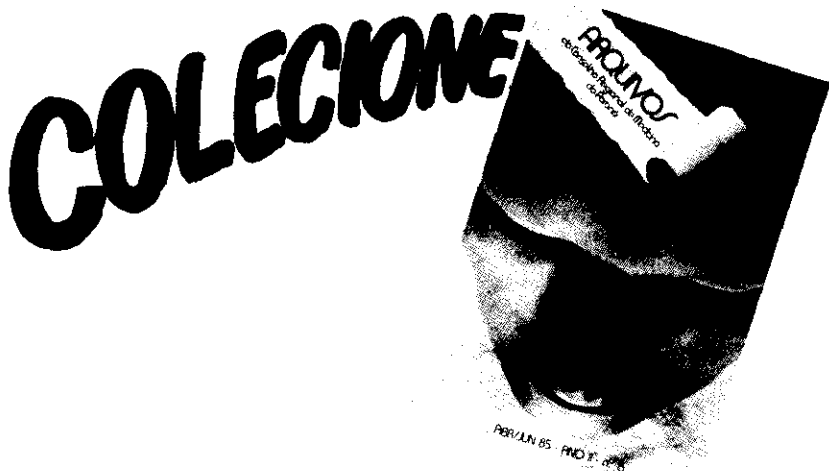
Finalmente se minha contribuição servir para propiciar debate eu me sentirei feliz. Não creio que alguém tenha dúvida de que fora do debate livre, capaz de produzir mudanças, não saberemos sair dos caminhos que para nós foram traçados, sem discussão, por tantos anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Wait, G. e Vaughan, P. - An introduction to the primary health care in developing countries. Rose Institute Publication, no. 13, July 1981.
2. Himmelstein, D.U. e Woolhandler, S. - Fitflas of private Medicine: Health Care in the USA. Lancet, 18:391, 1984.

ALGUMAS LEITURAS RECOMENDADAS:

1. Textos de Medicina Social - Aspectos históricos e teóricos.
Organizador: Everardo Duarte Nunes.
Global Editora, 1983.
2. Cuidados primários de saúde - Relatório da Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978.
3. Pobreza, Desarrollo y Política de Salud
Brian Abel-Seith
Cuadernos de Salud Publica, no. 69
Edição da OMS, 1978.
4. Saúde - uma estratégia de mudança
Mário M. Chaves
Editora Guanabara Dois, 1982.
5. The second sickness Contradition of Capitalistic Health Care Howard Waitzkin.
The Free Press - A Division of Macmillan Publish. Co. Inc. 1983.
6. Apontamentos para a análise do financiamento das políticas nacionais de Saúde. (Mimeografado).
Cesar Vieira, Brasília, agosto de 1984.





Conceito de "preço vil."

Na interpretação de sobredito artigo, devemos levar em conta o conceito jurídico atribuído às expressões "preço vil" e "preço extorsivo".

Por "preço vil", entendemos ser aquele de tal forma inferior ao real da coisa ou serviço oferecido, ou ao corrente no mercado, que o "vendedor" corre o risco de ter um prejuízo muito acima do que é razoável nos negócios da mesma natureza dos que trata.

Transportando tal conceituação para a área médica, temos que todo o médico tem direito a receber remuneração pelos serviços que presta. Entretanto, todo médico ao fixar o "quantum" de seus honorários deve sopesar uma série de fatores que, certamente, influenciarão no valor final dos mesmos.

O tempo dispendido, a complexidade do assunto, o local da prestação do serviço e até mesmo o prestígio profissional de que goza perante a sociedade, são dados determinantes do valor do serviço médico a ser realizado.

Desta forma e, levando-se em conta os dados acima, será possível calcularmos e estimarmos uma faixa de preço média a ser seguida ou a servir de orientação para a cobrança de honorários dentro de uma determinada comunidade. Qualquer cobrança muito aquém ou muito além do limite médio traçado demonstrará um abuso. Se vil, ínfimo, o preço cobrado, um abuso para com os demais colegas de profissão, posto que assim estará este médico lançando mão de uma das formas de se praticar a concorrência desleal. Se extorsivo o preço cobrado, um abuso para com os clientes que estarão pagando muito pelo tipo de serviço prestado, considerando a região em que é oferecido e experiência do profissional.

Assim, para conseguirmos chegar a um entendimento sobre "preço vil" ou "extorsivo", devemos primeiramente, delimitarmos a região ou zona em que são prestados os serviços médicos. Devemos encarar a realidade de que a ostensividade econômica da população local, também se constitui em fator determinante do valor do preço dos honorários a serem fixados.

A tal dado devem ser acrescentados os outros fatores determinantes já citados obtendo-se, a final, um quadro que nos possibilitará chegar a uma média em cima da qual poderá, eventualmente, incidir outros dados determinantes de caráter supérfluo.

Qualquer valor, para mais ou para menos afastado desta média estabelecida, estará demonstrando a cobrança de um preço vil ou extorsivo.

Vê-se, portanto, pelo exposto, que a conceituação de preço vil e/ou extorsivo, só poderá existir partindo-se da análise de dados concretos e, principalmente, a elaboração ou formulação de critérios objetivos que possam levar a fixação do conteúdo do conceito de preço vil.

Rio de Janeiro, 27 de junho de 1985

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica do CFM

HOMOLOGAÇÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS DA AMB

UMA DIFÍCIL, MAS GRANDE DECISÃO

RESOLUÇÃO Nº 011/85

O Conselho Regional de Medicina do Paraná, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3268/57, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 44045/58 e pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina,

CONSIDERANDO a decisão da Reunião Plenária do CFM, em 11 de janeiro do corrente que recomenda a utilização da Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira, aprovada pela Assembléia de Delegados daquela entidade em 29 de setembro de 1984, que regulamenta a remuneração dos procedimentos médicos nos diversos tipos de convênios;

CONSIDERANDO o art. 4º da Resolução 1084/82 do CFM que determina a inscrição das pessoas jurídicas contratantes nos Conselhos Regionais e, o art. 3º da Resolução CFM 687/75, que obriga o registro de seu responsável técnico;

CONSIDERANDO finalmente o que ficou decidido em Reunião Plenária deste Conselho Regional de Medicina em 21 de janeiro de 1985;

RESOLVE:

1) Homologar a Tabela de Honorários Médicos, da Associação Médica Brasileira.

2) Para procedimentos disciplinares referentes a transgressões ao art. 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, considerar como preços vis, os inferiores aos da referida tabela.

3) Caracterizar como infratores do art. 41 do Código Brasileiro de Deontologia Médica os responsáveis técnicos ou clínicos das entidades convenientes que impedirem o cumprimento desta Resolução.

Sala das Sessões, em 21 de janeiro de 1985.

Dr. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente em Exercício

Dr. RICARDO AKEL
1º Secretário

Cobrar menos de 50% da TH-AMB é preço vil

CONSELHO REGIONAL
DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL

Através da resolução 11/85, o Conselho Regional de Medicina estabeleceu uma nova definição de preço vil, que vigora desde o início do mês de outubro deste ano. Agora, a menor remuneração dos médicos está fixada em "50% do valor da Tabela de Honorários da Associação Médica Brasileira (AMB)" e o que for cobrado abaixo deste percentual se caracterizará como preço vil.

A resolução 11/85 também revoga a anterior — 06/83 — que adotava "o Coeficiente de Honorários da Associação Médica Brasileira como parâmetro para o estabelecimento do valor da Unidade de Serviço (US) em quaisquer tabelas que visem a retribuição do trabalho médico, tomada por base mínima a tabela da Previdência Social".

Certamente o principal motivo que levou o Plenário do Conselho Regional de Medicina a redefinir preço vil — como diz na resolução 11/85 — foi o que "muitas entidades pressionam os médicos a atenderem seus associados por valores muito abaixo dos padrões habitualmente pagos por entidades similares", como é o caso da Previdência Social, que deseja que o atendimento aos rurícolas seja feito às contas dos serviços médicos, o que também acontece com o trabalhador urbano.

Abaixo, o texto da resolução 11/85 do Cremers:

O Conselho de Medicina

CONSIDERANDO

o que dispõe a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seus artigos 1.º, 2.º e 15.º Letra h;

CONSIDERANDO o que dispõe o Princípio III e o artigo 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer parâmetro para uma justa remuneração dos serviços médicos;

CONSIDERANDO a necessidade de proteger a dignidade profissional dos médicos;

CONSIDERANDO que muitas entidades pressionam os médicos a atender seus associados por valores muito abaixo dos padrões habitualmente pagos por entidades similares;

CONSIDERANDO a solicitação dos Sindicatos Médicos com base territorial no Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO a decisão do Plenário do Cremers em sessão ordinária de 3 de outubro de 1985;

RESOLVE: artigo 1.º - fixar em 50% do valor da Tabela de Honorários da Associação Médica Brasileira o mínimo para a retribuição do trabalho médico, abaixo do qual se caracterizará o preço vil, revogada a resolução 06, de 19 de julho de 1983.

Artigo 2.º - a presente Resolução entra em vigor nesta data.

(Transcrito do Jornal do Cremers)

**ÉTICA DE PROCEDIMENTOS
RELATIVOS À COLETA
DE DADOS CLÍNICOS
NA PREPARAÇÃO DE TESE**

Senhor Presidente.

O Processo Consulta em epígrafe, refere-se à ética de procedimentos relativos à coleta de dados clínicos, visando a preparação de tese de pós-graduação.

Inicialmente, julgamos necessário estabelecer alguns conceitos básicos sobre os direitos do médico sobre arquivo ou fichário de dados clínicos dos pacientes por ele atendidos.

Ao profissional liberal autônomo pertencem exclusivamente os dados clínicos ou fichas de pacientes em arquivos, podendo utilizá-los para fins de pesquisa, ressalvadas as normas que presidem o sigilo médico. Pode, também, esse profissional ceder seus dados a outrem para os mesmos fins (de pesquisa clínica), sempre ressalvando o sigilo médico.

Já os arquivos ou fichários clínicos de pacientes internados em hospitais, ou dos pacientes relacionados de alguma forma, à instituições clínicas, a serviços ou outras entidades de assistência, particulares ou públicas, pertencem à instituição em questão e não aos profissionais que nela trabalham sob vínculo empregatício ou por contrato. Os pacientes, neste caso, não estão vinculados ao profissional, mas à Instituição.

No caso de instituições de ensino, os dados contidos em fichário de qualquer natureza, pertencem à instituição, podendo ser usados retrospectiva — ou obtidos prospectivamente — para fins de pesquisa, de elaboração de teses para pós-graduação e de trabalhos para publicação e/ou apresentação em reuniões, simpósios, congressos ou outras da mesma natureza. As coordenações de pesquisa das instituições caberá o controle do uso desses dados para que não venham a existir conflito, coli-

são ou coincidência de interesses entre pesquisadores de diferentes áreas e, ainda, para que sejam preservados os preceitos éticos relacionados com o sigilo, e o interesse individual dos objetos da pesquisa, como as normas de direitos humanos.

O acesso a esses dados pelos pesquisadores da Instituição deve ser livre, ressalvado, o contido no parágrafo anterior. Deverão os coordenadores de pesquisa, justificar fundadamente a quem de direito, a negativa ou obstância do acesso aos dados ao solicitante.

Colocados esses conceitos gerais passamos a formular os quesitos propostos na consulta e a emitir nossa resposta, considerando que a coleta de dados, seria retrospectiva.

1. "Estando ligado por vínculo empregatício a um serviço de assistência médica, é ético usar os dados de pacientes atendidos nesse serviço para uma tese clínica de pós-graduação, mesmo que esses casos não tenham sido atendidos pelo médico responsável pela tese, mas que este tenha sido o autor do levantamento de dados?"

R.: É perfeitamente ético, se o serviço mencionado através de quem de direito, autorizar tal levantamento de dados com a finalidade mencionada, pois a esse serviço pertence o arquivo dos dados em questão. Essa autorização não precisa ser formal, podendo ser implícita. Os demais médicos da Instituição deverão ser informados da pesquisa.

2. "Não estando mais ligado por vínculos empregatícios a um serviço de assistência médica, é ético o médico usar os dados de pacientes atendidos por ele no período em que trabalhava nesse serviço para uma tese clínica de pós-graduação?"

R.: As informações contidas nos prontuários e fichas clínicas, conforme ficou acentuado, pertencem à Instituição e não ao médico. Se, todavia, no curso da pesquisa com finalidade científica e, inclusive, para elaboração de tese para pós-graduação, o médico for demitido ou afastado da Instituição, Clínica ou Hospital, este não poderá obstar o acesso àquelas informações, senão de maneira fundada, devendo, pois, indicar os motivos da recusa para a continuidade da aludida pesquisa.

Em qualquer caso, o médico poderá recorrer da decisão que lhe negou o acesso àquelas informações levando o assunto para conhecimento e nova decisão da Comissão de Ética Médica da Instituição ou ao Conselho Regional de Medicina.

3. "É necessário uma autorização formal (documento)

por parte dos pacientes, em relação à utilização dos dados clínicos desses mesmos pacientes atendidos por um médico em um determinado serviço de assistência médica, caso ele não mais trabalhe ao serviço do atendimento de origem, e queira continuar utilizando esses dados numa tese clínica de pós-graduação?"

R: A autorização necessária é a do responsável pelo serviço, desde que o arquivo pertence à Instituição, Ao paciente pertencem os exames subsidiários, mas o profissional pode copiar o resultado dos exames na ficha clínica. Desta forma, os pacientes não precisam fornecer autorização, desde que se obedeçam as normas do segredo médico.

4. "É necessário reexaminar em outro serviço ou consultório, os pacientes atendidos anteriormente pelo médico em um serviço ao qual ele não mais pertence, caso queira usar esses dados clínicos em uma tese de pós graduação?"

R: A questão é de difícil resposta, considerando-se que o momento do reexame não seria o mesmo do primeiro exame, e, portanto, os dados seriam diferentes e de validade duvidosa para a pesquisa. A resposta deverá ser completada naquela do quesito 05.

5. "É ético convocar pacientes atendidos por um médico em um serviço de assistência médica ao qual ele não mais pertence, para serem revistos em outro serviço, com a finalidade de atualização de dados clínicos para serem usados numa tese de pós-graduação?"

R.: Não é lícito ou ético ao médico "convocar" os pacientes. Porém, poderá, se for autorizado pela Instituição, convidá-los ou procurá-los, informando-os amplamente das finalidades científicas que devem nortear a realização dos novos exames.

Portanto, o médico depende da aquiescência da Instituição e da colaboração e anuência espontâneas do paciente. Jamais poderá "convocá-lo", pois caracterizar-se-ia, talvez, constrangimento, porquanto o novo exame tem — só e só — interesse científico.

6. "É ético comunicar por correspondência aos pacientes atendidos por um médico em um determinado serviço, o seu novo endereço, caso ele se desvincule desse serviço?"

R: Não é ético, desde que os pacientes pertencem à Instituição ou ao serviço e não ao profissional que alí trabalha com vínculo empregatício.

7. "Caso o médico responsável por uma tese de pós-graduação precise de algum dado de prontuário de seus pacientes, mas ele não mais trabalha no serviço onde esses pacientes foram por ele atendidos, esse médico tem direito à essa informação ou o

serviço pode bloquear a informação ao médico? "

R: A resposta a este quesito está contida na resposta à questão 02.

Finalmente, dada a importância que atribuímos a este princípio, entendemos que, no caso de pesquisa clínica ética, de qualquer natureza e com qualquer finalidade, com qualquer objeto da pesquisa, jamais devem ser impostas despesas pecuniárias aos pacientes. Todo ônus deverá caber, sempre, ao profissional ou Instituição responsável pela pesquisa.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

São Paulo, 01 de julho de 1985.

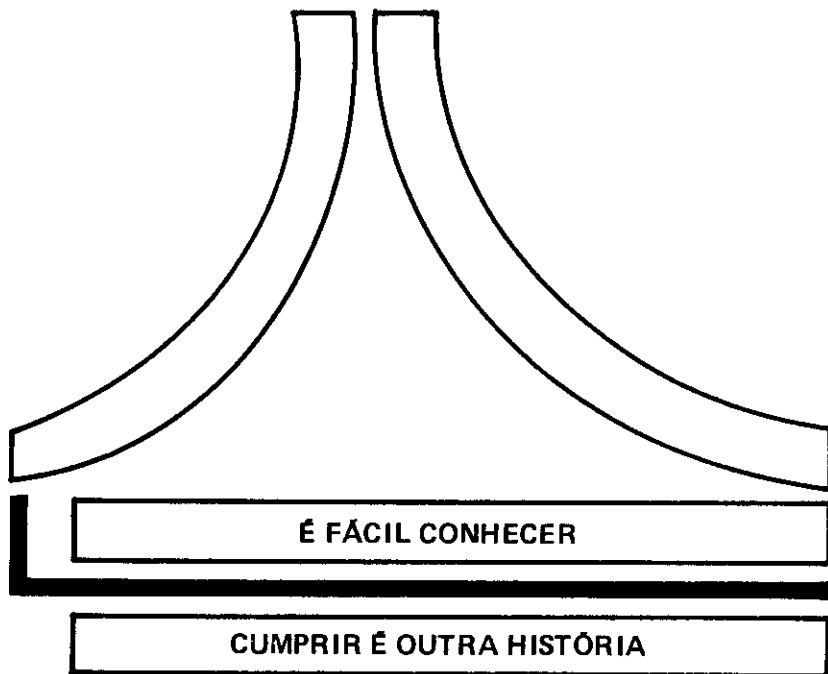
Cons. Fernando L.C. e Silva

Processo Consulta n.º 1575-15/85.

Aprovado na 1153ª Reunião Plenária do CRESMESP em 30.07.85.



Secretaria Administrativa do CRM-Pr (da esquerda para a direita): Cecília, Ivani-
ra, Lucía, Eliane, Evanice, Rosana, Maria Arminda, Elizabeth.



É FÁCIL CONHECER

CUMPRIR É OUTRA HISTÓRIA

**MAIS SÓLIDO DO QUE CONHECER É CUMPRIR
CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA
PRINCÍPIO II**

O alvo de toda a atenção do médico é o paciente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

**POPULAÇÃO NÃO ENTENDE O JARGÃO
PROFISSIONAL E MOSTRA DESCONFIANÇA**

Pesquisa realizada esta semana pela Folha indica que apenas 13,9% da população entendem as explicações dos médicos sobre suas doenças. Das mil pessoas entrevistadas, 25,9% asseguraram nada entender, 39,8% disseram que compreendem só "algumas vezes" e 19,1% entendem "a maior parte das vezes", mas não todas.

O difícil jargão utilizado pelos médicos brasileiros pode ser interpretado como um elemento fundamental na crescente desconfiança da população em relação a esses profissionais. Dos entrevistados, apenas 35,2% disseram que confiam no diagnóstico dos médicos. Os demais têm dúvidas: 20,7% disseram confiar "a maior parte das vezes", 29,6% garantem que confiam "algumas vezes" e 12,1% responderam "nunca". E nada menos que 41% disseram desconfiar que o médico errou ao tratar alguém da família. Pela Pesquisa Folha, os médicos receberam nota 7,4.

(Transcrito da Folha de São Paulo de 31.03.85).

E VOCE, É CLARO NAS EXPLICAÇÕES:

P. 1 QUANDO O MÉDICO DIZ QUE O(A) SR(A) TEM ESTA OU AQUELA DOENÇA, O(A) SR(A) CONFI(A) NELLE?

CATEGORIAS	(SEXO E IDADE)						(FAIXA ETÁRIA)						TOTAL					
	HOMEM		MULHER		Subtotal		NIVEL DE RENDA FAMILIAR		CATEGORIAS		TOTAL							
	17 a 19 a	20 a 35 a	17 a 19 a	20 a 35 a	H	M	Até 1,4 S.M.	De 1,5 a 10 S.M.	Até 1,4 S.M.	De 1,5 a 10 S.M.	Até 1,4 S.M.	De 1,5 a 10 S.M.						
Sempre	38,0	31,5	38,0	32,0	29,5	42,0	35,4	35,0	35,2	36,7	36,8	30,8	35,2	35,0	35,0	40,0	35,2	
A maior parte das vezes	23,0	19,5	18,0	24,0	25,0	16,5	20,0	21,4	20,7	10,1	25,4	26,6	20,7	24,5	22,3	17,3	20,7	
Alguns vezes	28,0	33,0	23,0	32,0	36,0	26,0	28,0	31,2	29,6	31,8	26,3	31,9	29,6	30,0	34,5	24,5	29,6	
Nunca	9,0	4,0	15,0	19,0	8,5	14,0	13,4	10,8	12,1	16,8	10,2	9,2	12,1	9,0	11,2	14,5	12,1	
Não sabe	—	12,0	6,0	3,0	1,0	1,5	3,2	1,6	2,4	4,6	1,3	1,5	2,4	1,5	1,5	3,7	2,4	
NÚMERO DE ENTREVISTAS	100	200	200	100	200	200	500	500	1.000	327	410	263	1.000	NÚMERO DE ENTREVISTAS	200	400	400	1.000

35,2% confiam sempre nos médicos mas 12,1% não acreditam nunca; 50,3% catão entre os extremos

P. 2 GERALMENTE OS MÉDICOS COSTUMAM EXPLICAR COM PALAVRAS TÉCNICAS A DOENÇA DAS PESSOAS. O(A) SR(A) ENTENDE O QUE OS MÉDICOS DIZEM?

CATEGORIAS	(SEXO E IDADE)						(FAIXA ETÁRIA)						TOTAL					
	HOMEM		MULHER		Subtotal		NIVEL DE RENDA FAMILIAR		CATEGORIAS		TOTAL							
	17 a 19 a	20 a 35 a	17 a 19 a	20 a 35 a	H	M	Até 1,4 S.M.	De 1,5 a 10 S.M.	Até 1,4 S.M.	De 1,5 a 10 S.M.	Até 1,4 S.M.	De 1,5 a 10 S.M.						
Sim, entende	9,0	8,5	17,5	7,0	14,5	21,0	12,2	15,6	13,9	13,3	13,4	15,4	13,9	8,0	11,5	19,3	13,9	
Entende a maior parte das vezes	16,0	23,5	14,0	20,0	19,5	20,5	18,2	20,0	19,1	12,1	19,7	27,4	19,1	18,0	21,5	17,2	19,1	
Entende só algumas vezes	51,0	40,0	34,0	44,0	40,5	37,0	39,8	39,8	39,8	38,1	41,8	39,0	39,8	47,5	40,2	35,5	39,8	
Não entende	24,0	26,5	29,0	27,0	25,5	21,0	27,0	24,0	25,5	33,3	24,1	17,4	25,5	25,5	26,0	25,0	25,5	
Não sabe	—	1,5	5,5	2,0	0,0	0,5	2,8	0,6	1,7	3,2	1,0	0,8	1,7	1,0	0,8	3,0	1,7	
NÚMERO DE ENTREVISTAS	100	200	200	100	200	200	500	500	1.000	327	410	263	1.000	NÚMERO DE ENTREVISTAS	200	400	400	1.000

Apenas 13,9% da população entende as palavras utilizadas pelos médicos nas explicações das doenças

Isto é Importante
se você
é dono de hospital
trabalha em hospital
possui organização médica

**LEIA COM
ATENÇÃO**



HOSPITALS

REGISTRO DE EMPRESA MÉDICA NO CRM

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.214/85

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.288, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e considerando

A Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médicos-hospitalares e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, nos Conselhos Regionais de Medicina;

A Lei nº 6.994, de 26 de maio de 1982, que instituiu as anuidades e emolumentos devidos aos Conselhos Regionais de Medicina, regulamentada pelo Decreto nº 88.147, de 8 de março de 1983;

A Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, que instituiu a obrigatoriedade do cadastramento das empresas ou instituições mantenedoras de ambulatórios para seus empregados e dependentes;

O decidido na Sessão Plenária de 12 de abril de 1985;

RESOLVE:

Art. 1º — Baixar a presente instrução aos Conselhos Regionais de Medicina, objetivando proporcionar a fiel execução da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, da Lei nº 6.994, de 1982 e seu regulamento aprovado pelo Decreto nº 88.147, de 8 de março de 1983 e da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980.

Art. 2º — Esta resolução e as instruções entram em vigor na data da publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Resoluções CFM nºs 1.057, de 4 de setembro e nº 1.088, de 9 de novembro de 1982.

Rio de Janeiro, 16 de abril de 1985

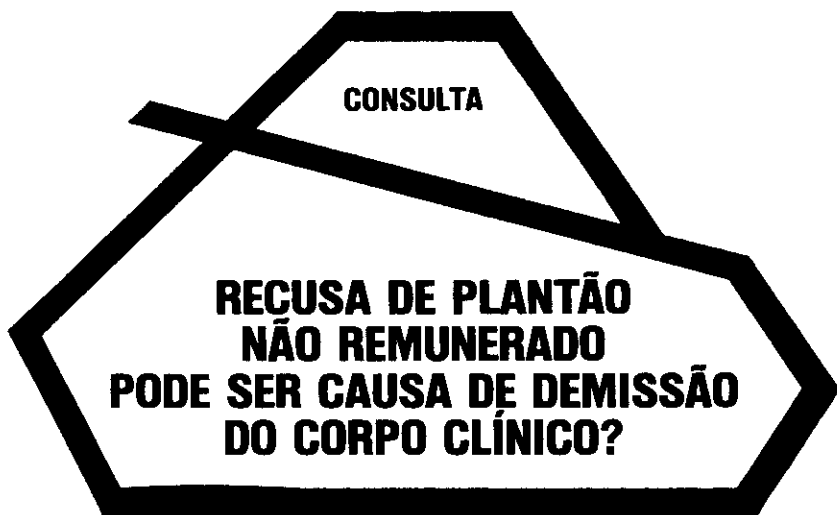
GABRIEL WOLFF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária-Geral

NOVAS ENTIDADES MÉDICAS QUE JÁ ENCAMINHARAM DOCUMENTAÇÃO PARA REGISTRO

Hospital São Vicente de Paulo
Kato e Miyakawa Ltda. - "Hosp.e Mat.São Lucas"
Hospital Verê Ltda.
J.Z. Barrientos
Jota e Mota Ltda. "Hosp.e Mat.de Iracema"
Hospital de Porecatu
Hospital São Roque Ltda.
Arruda e Niculitcheff Ltda. "Hosp.Sto.Antonio"
Clínica Ventura Ltda.
Hospital São Pedro Ltda.
CLINIFAN - Clínica e Pronto Socorro Infantil Ltda.
Hospital N.S. das Graças S/C Ltda.
Regional Hosp.e de Caridade N.S.Aparecida
Organização Médica Clinihauer
Hospital Cruzeiro do Sul
Clínicas Dall'Oglio Ltda.
Hospital e Maternidade São Judas Tadeu Ltda.
Hospital Infantil de Londrina Ltda.
Machina e Cia. Ltda. "Hosp.e Mat.Sta. Rita"

Pitanga
Mariluz
Verê
S.Jorge do Oeste
Formosa D'Oeste
Porecatu
Cel. Vívida
Toledo
S.Miguel do Iguaçu
Marialva
Curitiba
S.Carlos do Ivaí
União da Vitória
Curitiba
Cruzeiro do Sul
Toledo
Guarapuava
Londrina
Guaira



1) A direção do Hospital pode obrigar médico pertencente a seu corpo clínico, mas sem qualquer contrato, a atender durante plantão não remunerado, com apenas ganho por procedimentos, a pacientes do INAMPS?

RESPOSTA

Por diversas vezes esta Assessoria tem argumentado, que as normas que regem a relação médico-hospital, devem estar dispostas em regulamento próprio, que atendam e disciplinem as necessidades de todas as partes.

Por outro lado em não existindo tal regulamento, as dúvidas que venham a surgir no relacionamento corpo clínico-hospital, têm que ser resolvidas, com respaldo nos princípios éticos e legais que se sirvam à solução das pendências.

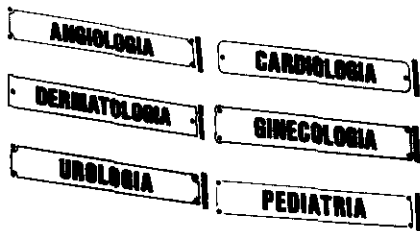
E assim sendo, no que concerne a questão formulada, temos a aduzir que, em nosso entendimento, o médico, quando vinculado ao corpo clínico de um hospital, não pode ser considerado como subordinado a normas que extrapolem o exercício de sua atividade, ou melhor dizendo, em não mantendo vínculo trabalhista com a entidade, não lhe deve outrossim, obediência jurídica e hierárquica. É claro portanto, que o médico que apenas pertence ao corpo clínico do hospital, usando as instalações para exercer individualmente sua medicina, não está obrigado a prestar serviços de plantão, ainda que remunerados condignamente, o que não é o caso.

2) Em se negando a acatar esta determinação pode o médico ser demitido do Corpo Clínico.

Destarte, se a negativa implicar em demissão, deve o médico comunicar o fato ao Conselho de Medicina, para que o Diretor Clínico do hospital venha prestar os indispensáveis esclarecimentos, sob pena de instalação de processo ético por infração ao artigo 41 do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

É o nosso parecer.

Adv. Antonio Celso C. Albuquerque
Assessor Jurídico



**LISTA COMPLEMENTAR
DOS ESPECIALISTAS REGISTRADOS NO CRM**

RESOLUÇÃO CFM Nº 1184/84
LEI Nº 3268/57

Art. 17 - Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas do Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cujo jurisdicção se achar o local de sua atividade.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1088/82

Art. 1º - Será considerado especialista o médico que, preenchendo os requisitos estabelecidos na presente Resolução, obtenha o reconhecimento dessa qualificação pelo CFM, e seja inscrito no Registro de Especialistas Qualificados, do Conselho Regional de Medicina, em cujo jurisdicção exercer sua atividade profissional.

Art. 2º - O requerimento pleiteando o Registro de Especialista Qualificado deverá ser dirigido ao Conselho Regional de Medicina pelo médico interessado.

CÓDIGO DE DEONTOLOGIA

Art. 69º - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar, ou especialidade nas quais não esteja inscrito no Registro de Especialistas do Conselho Federal de Medicina.

DECRETO-LEI Nº 4113-42

Anunciar a especialidade ainda não assumida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas.

LISTA COMPLEMENTAR DOS NOVOS ESPECIALISTAS REGISTRADOS

ANESTESIOLOGIA

Manoel Rubens Bandoim
1931
Robson Arthur G. Moreira
1958
Vaidir Klein Erniund
1966

Eduar Guérios Junior
1902
João Carlos Simões
1919
Mario More
1932
Marlos de Souza Coelho
1933

ANGIOLOGIA

Oswaldo Palma
2005

Paulo Gomes de Lima
1951
Reinaldo Augusto P.M.
Gomes Filho
1955

CARDIOLOGIA

Carlos Alberto Ribeyreth Prado
1894

Renato Claudio Giasmeyer
1956
Telmo Pinto de Arruda
1961

CANCEROLOGIA

Calixto Antonio Hakim
Neto
1892
Carlos Alberto Nogueira
1896
João Carlos Simões
1918

Zacarias Alves de Souza Filho
1969

**CIRURGIA
PEDIÁTRICA**

Cesar Cavalli Sabbaga
1979

**CIRURGIA
PLÁSTICA**

Alcyone Jorge Roth
1880

**CIRURGIA
CARDIOVASCULAR**

Eduar Guérios Junior
1903

CIRURGIA GERAL

Alfredo de La Cruz A.
Gutierrez
1881

**CIRURGIA
TORÁCICA**

Marcos de Souza Coelho
1970

**ESPECIALISTA
FAÇA SEU REGISTRO NO CRM.**

Você quer se anunciar como especialista ?

ROTEIRO:

1. Preenchimento de requerimento;
2. Assinatura de ficha individual de registro em duas vias e apresentação de duas fotografias 3X4;
3. Preenchimento de formulário de Registro de Qualificação de Especialista, com apresentação de documento(s) comprobatório(s) da especialização;

DOCUMENTOS:

a) Um dos documentos abaixo discriminados apenas, é o suficiente para o registro de especialista:

- Título de mestre;
- Título de doutor;
- Título de Docente Livre;
- Declaração de exercício de magistério superior há mais de 3 anos, como professor, em qualquer nível de especialidade de requerida, emitida pelo órgão competente (Faculdade, Rectoria, etc.);
- Certificado de residência médica na especialidade, de residências reconhecidas pelo MEC;
- Título de especialista emitidos por entidades filiadas a AMB.

Será arquivado um xerox do documento principal, motivo de aprovação.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1088/72

Art. 1º - Será considerado especialista o médico que, preenchendo os requisitos estabelecidos na presente Resolução, obtenha o reconhecimento dessa qualificação pelo CFM, e seja inscrito no Registro de Especialistas Qualificados, do Conselho Regional de Medicina, em cujo jurisdicção exercer sua atividade profissional.

Art. 2º - O requerimento pleiteando o Registro de Especialista Qualificado deverá ser dirigido ao Conselho Regional de Medicina pelo médico interessado.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1184/84
Código Brasileiro de Deontologia Médica

Art. 69 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar, ou especialidade nas quais não esteja inscrito no Registro de Qualificação de Especialistas do Conselho Federal de Medicina.

**CIRURGIA
VASCULAR**

Oswaldo Palma
2006

Antonietta de Azevedo
1888
Aroldo Brasil Thomé
1976
Cezar Augusto Soares Leining
1978
Cezar Luiz Bonatto
1980
Gilmair Alves do Nascimento
1905
Hamilton Luiz Antonio de
Azevedo
1908

**GASTROENTERO-
LOGIA**

Clovis Eurico Rohrig
1900
Oswaldo Malafaia
1950

Hugo Joaquim
1913
Jacob Mazalotti Cardoso
1917

**GENÉTICA
CLÍNICA**

Rui Fernando Piootto
1959

Jane Giusto Padilha
Gonçalves
1888

**GERIATRIA E
GERONTOLOGIA**

Gilmair Mereb Chueire
Calixto
1906
Luiz Bodachne
1927

José Galbinski
1924
José Sória Arrabal
1992
Leopoldino Loureiro
Teixeira
1995
Luiz Fernando Caio
1999
Luiz Mansur
1928

GINECOLOGIA

Ali Bakri
1884
Antonio Carlos Zen Franco
1889

Mauri Courá
2001
Milton Yto
1937

Nélio Ribas Cêta
1940
Nuncio Parcessepe Junior
1946
Olga Rita T.F.Franco
1948
Sandra Almeida Vianna
Bonatto
2012
Therezinha Bernaski
1962

MEDICINA DO TRABALHO

Carlos Alberto Frota Lisboa
1893
Carlos Roberto De O.Borges
1896
Elizio Rodrigues dos Santos
1904
Greta Mirian Thiel Zorzi
1985
Hamilton Antonio B. de Bastos
1986
Henrique Sergio de A.Marinho
1911
José Francisco C.Suriano
1923
José Luiz Hanemann de Campos
1991
Kayoko Tanaka
1994
Nelson Ronconi
1942
Olga Thomé Facin
2003
Osvaldo Mauro Filho
2004
Silvio Xavier
2014
Waldemir Sanches Moraes
1965
Paulo Roberto Almeida Brito
1972

MEDICINA DESPORTIVA

Lucínio Leônidas Grebos
1997
Therezinha Bernaski
1964

MEDICINA INTERNA

Aluir Romano Zanellato
1976
Ana Luiza Schneider
1886
Carlos Roberto De O. Borges
1897
Hélio Vida Cassi
1909
Henrique Sergio de A.Marinho
1910
João Soitiro Yoroyama
1920
Jochim Graf
1921
Joaquim Inácio Ribas
1922
Nils Gunnar Skare
1945
Paulo Maurício P.de Andrade
1952
Paulo de Tarzo F.Furtado
1953
Sonia Regina de F.Sobania
1960

NEFROLOGIA

Carlos Augusto Lirani
1895

OBSTETRÍCIA

Ali Bakri
1883
Antonio Carlos Zen Franco
1890
Hamilton Luiz Antonio de Azevedo
1907
Hugo Joaquim
1912
Jacob Mazalotti Cardoso
1916
José Galbinski
1925
Luiz Mansur
1929
Milton Ito
1938
Nélio Ribas Conta
1941
Olga Rita T.F.Franco
1947
Therezinha Bernaski
1963
Gilmar Alves do Nascimento
1971

Nuncio Parcessepe Junior

1973
Aroldo Brasil Thomé
1977
Cezar Luiz Bonatto
1981
Jane Giusto Padilha Gonçalves
1987
José Sória Arrabal
1993
Leopoldino Loreiro Teixeira
1996
Luiz Fernando Caio
2000
Mauri Courá
2002
Sandra Almeida Vianna Bonatto
2013

OFTALMOLOGIA

Alfredo Toshio Anami
1882
Ivan Maluf
1915
José Eduardo Loureiro do Amaral
1990
Paulo Eduardo Magalhães Ribeiro
2007
Rosa Maria da Silva Ribeiro
2009
Sadi Isfer
2011

OTORRINOLARINGOLOGIA

Rosângela Ritter
2010
Witold Thadeu Mikoszewski
1968

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Almir Nestor Pinto Sobrinho
1885
Deisi Koliski Vons
1901
José Luiz Tissot
1926
Pedro Martinez Junior
1954
Lucínio Leônidas Grebos
1998

PEDIATRIA

Ana Maria Silveira Machado
1887
Chil Kopper Zunsztern
1899
Iná Maria F.C.Arthur
1914
Louvercy Rodrigues Filho
1930
Maria Regina S.A.Rosa
1934
Mario Cezar Vieira
1935
Milton Carlos Malaghini
1936
Neuza Machado Grebos
1944
Riviera de Campos Cabral
1957
Wilson Wilhelm Batista
1967
Claudia Hideco Uratsuka Manoel
1982
Edson Luiz Sobania
1983
José Carlos Formighieri
1989
Vera Lúcia Hamitko Barbosa
2015

PSIQUIATRIA

Arnaldo de Castro Palma
1891
Nelson Ronconi
1943
Alberto Cury Filho
1974
Edson Luiz Sobania
1983
José Carlos Formighieri
1989
Wanderlei Saraiva Madruga
2016

RADIOLOGIA

Oriando Costa Cruz
1949
Ricardo Miroski de Oliveira
2008

UROLOGIA

Gélcia de Almeida Barbosa França
1984
Moacyr Antonio Tagliari
1939

Pode o Conselho determinar a intervenção de médico mentalmente enfermo?

Entendo não possuir o Conselho de Medicina, legitimidade para promover a interdição para o exercício profissional, de médicos que revelem distúrbios mentais, ainda que respaldado em laudos ou outras provas de comportamento incompatível.

Em minha opinião, a Resolução No. 727/76, não encontra ressonância nos dispositivos legais que cuidam do assunto, sendo portanto inaplicável, ao menos na forma como está disposta. Aliás, a Curatela de Interditos, é matéria regulada pelo Código de Processo Civil, que em seu artigo 1177, limita o requerimento respectivo, ao pai, mãe ou tutor, ao cônjuge a algum parente próximo e, finalmente, ao Ministério Público, que somente poderá promovê-la, se consubstanciada a anomalia psíquica e se não houve a iniciativa das pessoas referidas.

Assim, a lei não defere ao Conselho de Medicina ou a qualquer outro órgão de fiscalização do exercício profissional, a legitimidade para promover a interdição de seus filiados, mesmo que seus Códigos de Ética, assim o determinem.

Na hipótese da consulta, a solução seria a representação ao Ministério Público, solicitando a este órgão, de conformidade com os já referidos incisos I e II do artigo 178 do Código de Processo Civil, que promova a interdição dos médicos que, comprovadamente, vêm exercendo a profissão, sem dispor de saúde mental para a atividade.

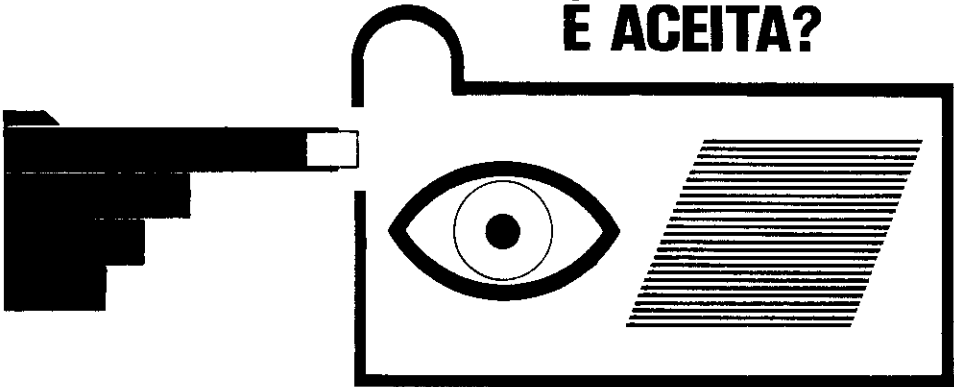
Por outro lado, apenas a título de esclarecimento, cumpre salientar que o Decreto no. 24.559 de 3/7/34, não regulamenta a matéria objeto da consulta, mas apenas dispõe sobre a ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO À PESSOA E AOS BENS DOS PSICOPATAS.

É o meu parecer.

Curitiba, 7 de outubro de 1985.

Antonio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

CIRURGIA REFRATIVA PARA MIOPIA É ACEITA?



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

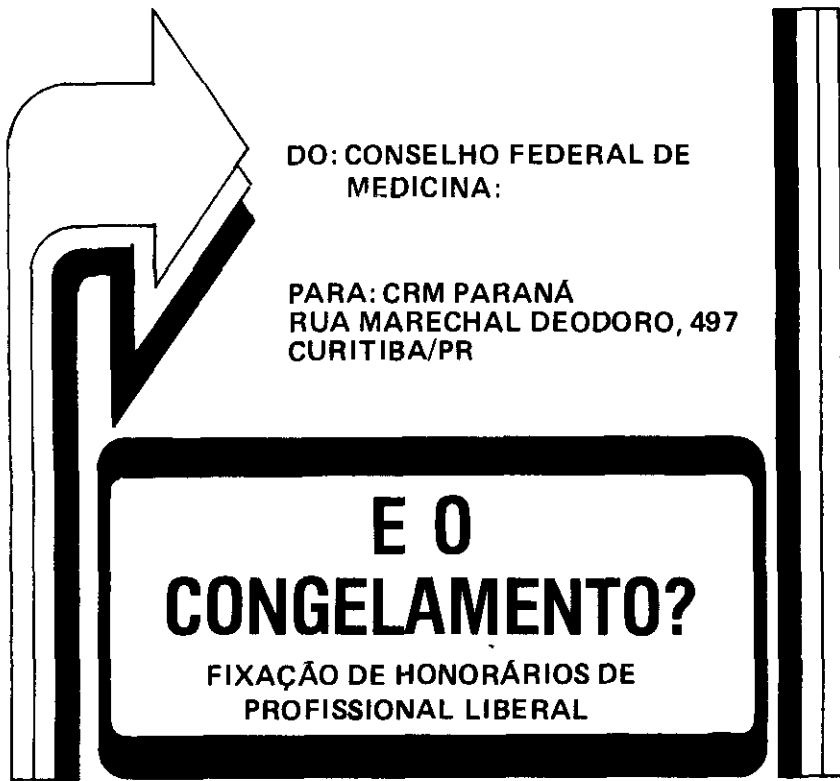
Reunião do CBO

“O CBO, considerando os contínuos progressos da Ceratotomia Radial e a experiência acumulada em diferentes países, inclusive no Brasil, comunica que o Conselho Deliberativo, reunido em 07.12.85, em São Paulo, passa a considerar a cirurgia da Miopia como:

- **Uma alternativa para a correção de certos defeitos de refração.**
- Os resultados ressaltam a necessidade da cirurgia ser praticada por cirurgiões habilitados e com equipamentos dentro das exigências técnicas;
- a cirurgia da miopia, por sua característica de motivação dos pacientes, se presta sobremaneira a publicações imoderadas, tendenciosas e não éticas nos meios de divulgação. Ressalte, assim, deva ser a discussão do tema apenas de acordo com o Código de Ética, dentro da classe médica, de forma a não se criarem expectativas irrealísticas na população.
- Os pacientes, sim, devem receber de seu oftalmologista informações sobre a técnica, suas possibilidades, e eventuais complicações, vantagens e desvantagens para seu devido julgamento.
- O CBO continua, de acordo com seus deveres estatutários, a denunciar perante os Conselhos Regionais de Medicina os infratores do Código de Ética Médica”.

- (a) Hilton Rocha
Rubens Belfort
Newton Kara José
Flávio Resende

(Vide nota anterior em arquivos nº 7)



Telegrama recebido do CFM em março

“Comunicamos que o CFM manteve contato, na manhã de ontem, com o dr. Geraldo Vieira, Assessor Jurídico da Seplan, do qual recebeu a informação de que o Governo, não interfere na relação entre o cliente e o profissional liberal, devendo os honorários ser fixados em comum acordo entre as partes contratantes e dentro de padrões éticos de cada profissão, destacou, entretanto, o assessor da Seplan, que o Governo espera dos profissionais liberais a adesão ao plano anti-inflacionário, dado ao papel social, importante, que esse setor de serviços desempenha no país.

Ao transmitir para conhecimento dos regionais estas informações o CFM ressalta a importância de os CRM's recomendarem a seus médicos que se associem às medidas que visam estabilizar a economia nacional, adotando, voluntariamente, para os atos médicos por eles praticados o mesmo congelamento que os outros trabalhadores do país experimentaram em seus salários, através do Decreto-lei n.º 2283/86”.

Gabriel Ozelka
Presidente

CURSO NO EXTERIOR

RESOLUÇÃO Nº 03 DE
10 DE JUNHO DE 1985.

Dispõe sobre a revalidação de diplomas e certificados de cursos de graduação e pós-graduação expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO

QUEM DEVE E PODE FAZER

O Presidente do Conselho Federal de Educação, no uso de suas atribuições legais e nos termos do Parecer no. 256/85, homologado pelo Exmo. Senhor Ministro de Estado da Educação,

RESOLVE:

Art. 1.º - Os diplomas e certificados de cursos de graduação e pós-graduação expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior, serão declarados equivalentes aos que são concedidos no País e hábeis para os fins previstos em Lei, mediante devida revalidação por instituição brasileira, nos termos da presente Resolução.

Art. 2.º - São suscetíveis de revalidação os diplomas e certificados que correspondam, quanto ao currículo, aos títulos ou habilitações conferidas por instituições brasileiras, entendida a equivalência em sentido amplo, de modo a abranger áreas congêneres, similares ou afins, aos que são oferecidos no Brasil.

Parágrafo Único. A revalidação é dispensável nos casos previstos em acordo cultural entre o Brasil e o país de origem do diploma ou certificado, subsistindo, porém a obrigatoriedade do registro, quando este for exigido pela legislação brasileira.

Art. 3.º - São competentes para processar e conceder as revalidações:

- 1) de diplomas e certificado de graduação, as universidades reconhecidas e as instituições isoladas federais de ensino superior, que ministram cursos reconhecidos correspondentes aos referidos nos títulos estrangeiros;

II) de diplomas e certificados de pós-graduação, as universidades reconhecidas e instituições isoladas federais de ensino superior que mantenham cursos de pós-graduação credenciados em área de conhecimento idêntica ou afim e no nível igual ou superior ao do título estrangeiro.

Art. 4.^o - O processo de revalidação será instaurado mediante requerimento do interessado, acompanhado de cópia do diploma ou certificado a ser revalidado e instruído com documentos referentes à instituição de origem, duração e currículo do curso e histórico escolar do candidato, todos autenticados pela autoridade consular e acompanhados de tradução oficial.

Parágrafo Único. Aos refugiados que não possam exhibir seus diplomas e currículos será permitido o suprimento pelos meios de prova em direito permitidos.

Art. 5.^o - O julgamento da equivalência, para efeito de revalidação, será feito por uma Comissão, especialmente designada para tal fim, constituída de professores da própria instituição ou de outros estabelecimentos, que tenham a qualificação compatível com a área do conhecimento e com o nível do título a ser revalidado.

Art. 6.^o - A Comissão de que trata o Artigo anterior deverá examinar, entre outros, os seguintes aspectos:

- I) qualificação conferida pelo título e adequação da documentação que o acompanha;
- II) correspondência do curso realizado no exterior com o que é oferecido no Brasil.

Parágrafos Único. A Comissão poderá solicitar informações ou documentação complementares que, a seu critério, forem consideradas necessárias.

Art. 7.^o - Quando surgirem dúvidas sobre a real equivalência dos estudos realizados no exterior aos correspondentes nacionais, poderá a Comissão determinar que o candidato seja submetido a exames e provas, destinados à caracterização dessa equivalência e prestados em Língua Portuguesa.

§ 1.^o - No caso de cursos de graduação, os exames de provas versarão sobre as matérias incluídas nos currículos mínimos dos cursos correspondentes no Brasil, ou, na ausência destes, nos planos de cursos aprovados pelo Conselho Federal de Educação.

§ 2.^o - Quando a comparação dos títulos e os resultados dos exames e provas demonstrarem o não preenchimento das condições exigidas para revalidação, deverá o candidato realizar estudos complementares na própria instituição ou em outra em que se ministre curso correspondente.

§ 3.^o - Em qualquer caso, exigir-se-á que o candidato haja cumprido ou venha a cumprir os requisitos mínimos prescritos para os cursos brasileiros correspondentes.

Art. 8.^o - A Comissão elaborará relatório circunstanciado sobre os procedimentos adotados e, com base no atendimento às exigências estabelecidas para o reconhecimento de equivalência, emitirá parecer conclusivo sobre a viabilidade da revalidação pretendida, a ser homologada pelo órgão competente na estrutura da instituição.

Art. 9.^o - Da decisão caberá recurso para o colegiado superior da univer-

sidade ou instituição isolada, no prazo estipulado em regimento, e, do julgamento deste, para o Conselho Federal de Educação, dentro de 30 dias.

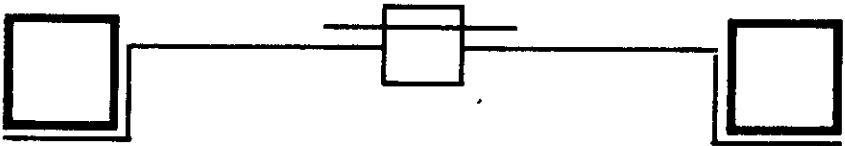
Art. 10 - Concluído o processo, o diploma ou certificado revalidado será apostilado e seu termo de apostila assinado pelo dirigente da instituição revalidante, devendo, subseqüentemente, proceder-se conforme o previsto na legislação para os títulos conferidos por instituições de ensino superior brasileiras.

Parágrafo Único. A instituição revalidante manterá registro, em livro próprio, dos diplomas e certificados apostilados.

Art. 11 - As instituições interessadas deverão fixar normas específicas para disciplinarem o processo de revalidação, ajustando-as à presente Resolução.

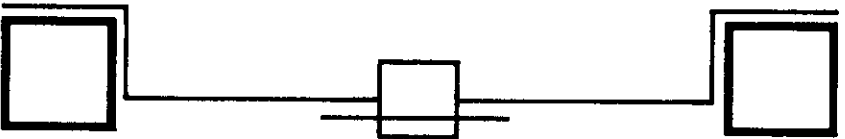
Art. 12 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as Resoluções nos. 43 e 44/75 deste Conselho e demais disposições em contrário.

Paulo Nathanael Pereira de Souza
(Of. no. 406/85)



Código Brasileiro de Deontologia Médica
Artigo 69

**Anunciar títulos científicos que não possa comprovar,
ou especialidade nas quais não esteja inscrito no Registro
de Qualificação de Especialista do Conselho Federal de Medicina”.**



RELAÇÃO DOS NOVOS MÉDICOS INSCRITOS NESTE CRM

Faizal Assad Junior
Crn 10001
Rua Palmeira, 698 Ap. 11
80310 - Curitiba - Pr.

Hene Munir Bark
 Crm 10002
 Rua Martin Afonso, 90
 80410 - Curitiba - Pr.

Sergio Seiji Marubayashi
 Crm 10.003
 Rua Nossa Senhora de
 Nonoré, 497
 80000 - Curitiba - Pr.

Gilson Góla
 Crm 10004
 Rua Princesa Isabel, 336
 80410 - Ponta Grossa - Pr.

Nelson Luiz Cella
 Crm 10005
 Rua Martin Afonso, 536
 80410 - Curitiba - Pr.

João Manoel de Oliveira
 Crm 10006
 Rua Marechal Hermes, 329
 80530 - Curitiba - Pr.

Odey Ramos Júnior
 Crm 10007
 Rua Carlos de Carvalho, 1461
 80430 - Curitiba - Pr.

João Luiz da Nova Alves
 Crm 10008
 Rua Visconde de Guarapuava,
 4350/607
 80230 - Curitiba - Pr.

Luiz Carlos Siebert
 Crm 10009
 87190 - São Jorge do Ivaí-Pr.

Ana Tereza Martins de
Alcântara
 Crm 10010
 Rua Belém, 205 - Ap. 61
 80030 - Curitiba - Pr.

Paulo Sergio Martins de
Alcântara
 Crm 10011
 Rua Belém, 205 - Ap. 61
 80030 - Curitiba - Pr.

Alzemiros Possobom Júnior
 Crm 10012
 Rua Tenente Djalma Dutra,
 3212
 83100 - São José dos
 Pinhais - Pr.

Tulio Fonseca Chebli
 Crm 10013
 Vila Militar da Sa. Cia. Fron
 Casa 01
 85980 - Guaíra - Pr.

Ariél Roberto Komnitski
 Crm 10014
 Rua Vicente Machado, 81
 Ap. 22
 80420 - Curitiba - Pr.

Gilberto José Nadaliny
 Crm 10015
 Rua Sete de Abril, 929-24
 80060 - Curitiba - Pr.

Afonso Kaoru Inoue
 Crm 10016
 Rua Des. Motta, 3428
 80410 - Curitiba - Pr.

Paulo Roberto Correa Braga
 Crm 10017
 Rua Dr. Muricy, 819
 80020 - Curitiba - Pr.

Carlos Alberto Gevert
 Crm 10018
 Rua Visconde de Guarapuava,
 415
 80050 - Curitiba - Pr.

Aldo Yoshissuke Taguchi
 Crm 10019
 Rua Vicente Machado, 548
 80430 - Curitiba - Pr.

Laercio Lopes de Araujo
 Crm 10020
 Rua Moysés Marcondes, 55,
 80530 - Curitiba - Pr.

Clénio Gebara Basílio Júnior
 Crm 10021
 Av. Passos, 50
 87540 - Pérola - Pr.

Celso Engelberto Ayres
 Crm 10022
 Rua Visconde de
 Guarapuava, 3077
 80010 - Curitiba - Pr.

Jorge Luiz Fiani Bacila
 Crm 10023
 Rua Francisco Rocha, 600
 80420 - Curitiba - Pr.

Dayrton Daros Junior
 Crm 10024
 Rua XV de Novembro, 1517
 80060 - Curitiba - Pr.

Heitor Pinheiro Lima
 Crm 10025
 Rua Voluntários da Pátria,
 475 - Ap. 1302
 80020 - Curitiba - Pr.

Ana Maria Caminha Maciel
 Silva
 Crm 10026
 Rua México, 200/11
 82500 - Curitiba - Pr.

Jorge Yuriyoshi Murata
 Crm 10027
 Rua Erasmo Gærtner, s/n.
 82500 - Curitiba - Pr.

Paulo Marcelino Andreolli
 Gonçalves
 Crm 10028
 Rua José Maria Pereira
 87346 - Campina da Lagoa -
 Pr.

Éderson Crippa
 Crm 10029
 Rua Franca, 246
 86180 - Cambé - Pr.

Marcos Roberto Dantônio
 Crm 10030
 Rua Maranhão, 209
 Ap. 84
 86100 - Londrina - Pr.

Luiz Antonio dos Santos
 Crm 10031
 Rua Bruno Figueira, 1873
 Ap. 24-B
 80430 - Curitiba - Pr.

Randal Aparecido Dacome
 Crm 10032
 Rua Engenheiro Rebouças,
 1380
 85800 - Cascavel - Pr.

Morgana Deconto Rossoni
 Crm 10033
 Av. Souza Naves, 1002
 85400 - Guaraniçua - Pr.

Sonia Marie Yamamoto
 Crm 10034
 Rua José Clemente, 627
 87100 - Maringá - Pr.

João Artur Borges Winkelmann
 Crm 10035
 Rua Ottoni Maciel, 129
 Ap. 23
 80320 - Curitiba - Pr.

Josiane Zaninelli
 Crm 10036
 Rua Reinaldo Pazello, 1390
 80320 - Curitiba - Pr.

Wilson Grabowski
 Crm 10037
 Rua Vicente Machado, 127
 Ap. 76
 80000 - Curitiba - Pr.

Geraldo Brehm D'Ávila
 Crm 10038
 Rua Gov. Jorge Lacerda, 90
 81500 - Curitiba - Pr.

Carlos Alberto Batista da Silva
 Crm 10039
 Rua Amintas de Barros, 540
 80060 - Curitiba - Pr.

Jusselâm de Medeiros Cardoso
 Crm 10040
 Rua Canadá, 2268 A/15
 Ap. 33
 82500 - Curitiba - Pr.

Silvia Aparecida F.D.Gonçalves
 Shiomi
 Crm 10041
 Rua visconde de Guarapuava,
 4350
 80230 - Curitiba - Pr.

Pedro Issamu Higuchi
 Crm 10042
 Rua Eliane de Gramont, 479
 86100 - Londrina - Pr.

Flavio Bueno Vinholo
 Crm 10043
 Rua Amador Bueno, 265
 86100 - Londrina - Pr.

Luiz Amélio Burgareli
 Crm 10044
 Rua Raposo Tavares, 947
 86100 - Londrina - Pr.

Nelson Camargo Costa
 Crm 10045
 Rua Paraná, 452
 85270 - Palmíat - Pr.

Paulo Roberto Bubna
 Crm 10046
 Praça Osório, 205 Ap.103
 80020 - Curitiba - Pr.

Alberto Leonardo Barkema
 Crm 10047
 Rua Vicente Machado, 115
 Ap. 32
 80420 - Curitiba - Pr.

Nair Reiko Okuyama
 Crm 10048
 Rua Presidente Vargas, 1451
 86340 - Sertaneja - PR.

Cleci Inez Chiamulera
 Crm 10049
 Rua Araribóia, s/n.
 85500 - Pato Branco - Pr.

Francisco Osvar Martins
 Crm 10050
 Rua Agamenon Magalhães, 55
 Ap. 604
 82500 - Curitiba - Pr.

Alvaro Ernani Georg
 Crm 10051
 Rua Pedro Ramires de Mello,
 361
 85500 - Pato Branco - Pr.

Marize Pizzichini
 Crm 10052
 Rua Cel. José Carvalho de
 Oliveira, 132
 81500 - Curitiba - Pr.

Vanessa Cini Crm 10053 Rua Cândido Xavier, 92 80320 - Curitiba - Pr.	Nancy Yoko Hada Crm 10066 Rua Devete de Paula Xavier, 996 87300 - Campo Mourão - Pr.	Fernando do Carmo Bertucci Crm 10079 Rua General Carneiro, 181 80060 - Curitiba - Pr.	Rita de Cassia Scheffelmeier Crm 10093 Rua Fioriano Essenfelder, 106 80060 - Curitiba - Pr.
Gerson Reich Crm 10064 Rua Gutemberg, 99 Ap. 19 80420 - Curitiba - Pr.	Miguel Arcaño Sanders Crm 10067 Rua Prof. Devete de Paula Xavier, 996 87300 - Campo Mourão - Pr.	Alfredo Toshio Anami Crm 10080 Rua Generoso Marques, 44 86100 - Londrina - Pr.	Sandra Mara de Lima Crm 10094 Rua Rio Pelotas, 510 82500 - Curitiba - Pr.
Ion Galloti Mattar Crm 10055 Praça Santos Andrade, 37 Ap. 181-B 80020 - Curitiba - Pr.	Denise Peniche Crm 10068 Rua Brigadeiro Franco, 3150 Ap. 32 80230 - Curitiba - Pr.	Marcos Cesar Meira Silva Crm 10081 Rua Oscar de Carvalho, 252 14940 - Ibitinga - SP.	Airton Fantin Filho Crm 10095 Rua dos Pintassilgos, 35 81500 - Curitiba - Pr.
Cicero Justus Crm 10056 Rua José de Alencar, 158 Ap. 54 80050 - Curitiba - Pr.	Adyr Alcídio Moss Junior Crm 10069 Rua Ubaldino do Amaral, 580/52 80060 - Curitiba - Pr.	Clóvis Nogueira Léles Crm 10082 Rua Harrison José Borges, 1660 87300 - Campo Mourão - Pr.	Cleide Martelli Crm 10096 Rua São Thomaz de Aquino, 110 80000 - Curitiba - Pr.
Paulo Sergio Contieri Crm 10057 Rua Ermeliano de Leão, 333 Ap. 11 80410 - Curitiba - Pr.	Roberto Rosenstein Junior Crm 10071 Rua Nilo Peçanha, 1398 80520 - Curitiba - Pr.	Paulo Vinícius Lopes Crm 10083 Av. Juscelino Kubitscheck, 1221 86100 - Londrina - Pr.	Edson Luiz Moreira Crm 10097 Trav. José do Patrocínio, 107 80030 - Curitiba - Pr.
Alvaro Maurício Delgado Diaz Crm 10058 Rua Marechal Deodoro, 1125 Ap. 05 80060 - Curitiba - Pr.	Denise Maria Ehrenfried Crm 10072 Rua Campos Salles, 501 80030 - Curitiba - Pr.	Edna de Souza Duarte Crm 10084 Rua Des. Hugo Simas, 961 Ap. 3 80520 - Curitiba - Pr.	Stela Maria Leite Bastos Crm 10098 Rua Matous Leme, 1480 Ap. 804 80530 - Curitiba - Pr.
Betina Mendez Alcantara Crm 10059 Rua Brigadeiro Franco, 1766 Ap. 111 80230 - Curitiba - Pr.	Marco Antonio Teixeira da Silva Crm 10073 Rua Fernandes de Barros, 720 80040 - Curitiba - Pr.	Sabrina Rocha David Crm 10086 Rua Carlos de Carvalho, 1523 Ap. 105 80410 - Curitiba - Pr.	José Clemente Linhares Crm 10099 Rua Manoel Correa de Freitas, 120 82500 - Curitiba - Pr.
Alvaro Pigatto Ceschim Crm 10060 Av. Nossa Senhora da Luz, 945 - casa 111 80000 - Curitiba - Pr.	Terezinha Regina Vicente Crm 10074 Rua Benjamin Constant, 551 Ap. 62 80060 - Curitiba - Pr.	Rita de Cassia Freitas Crm 10087 Rua Fredolim Wolf, 641 82000 - Curitiba - Pr.	Carlos Alberto Nemer Crm 10100 87100 - Maringá - Pr.
Silvana W. de Oliveira Crm 10061 Rua Marechal Hermes, 153/502 80530 - Curitiba - Pr.	Martha Vanâncio Kezan Crm 10075 Rua 21 de Abril, 131 85920 - Assis Chateaubriand - Pr.	Ana Maria Sant'Ana Crm 10085 Rua Dez. Hugo Simas, 961 Ap. 3 80520 - Curitiba - Pr.	Beatriz Elizabeth Bagatin Crm 10101 Rua Guaratuba, 491 80530 - Curitiba - Pr.
Solange Brewicz Wendt Crm 10062 Rua Tenente Brigadeiro Franco Assis Correa Mello, 888 80410 - Curitiba - Pr.	Eduardo Mischiatti Crm 10076 Rua XV de Novembro, 1500 Ap. 610 80060 - Curitiba - Pr.	Roberto Cat Crm 10088 Rua Cap. Souza Franco, 208 80430 - Curitiba - Pr.	Roberto Talamini Espinola Crm 10102 Praça Getúlio Vargas, 364 83100 - São José dos Pinhais - Pr.
Roberto Issamu Yoshida Crm 10063 Av. São João, 500 Ap. 61 82500 - Curitiba - Pr.	Geraldo da Fonseca Oliveira Crm 10077 Rua Ponta Grossa, 1008 84100 - Curitiba - Pr.	Carlos Alberto Areias Secco Crm 10089 Quartel DRAM-5 84130 - Palmeiras - Pr.	Alzira Maria Favero Razia Crm 10103 Av. Silva Jardim, 314/82 80230 - Curitiba - Pr.
Angela Beatriz Villawock Crm 10064 Rua Rio Branco, 921 86430 - Santo Antonio da Platina - Pr.	Luiz Geraldo Pelanda Crm 10070 Rua Chile, 1113 80210 - Curitiba - Pr.	Sidney Schlossmacher Crm 10090 Rua José Loureiro, 361 Ap. 132 80010 - Curitiba - Pr.	Denise Clara Coatti Crm 10104 Rua Alberto Bolliger, 225 80030 - Curitiba - Pr.
Ivone Terumi Shinika Crm 10065 Av. Manoel Ribas, 8595 Ap. 48 A 80519 - Curitiba - Pr.	Arquimedes Artur Zorzetto Crm 10078 Rua José Patú, 109 Bl. 16 B Ap. 37 81500 - Curitiba - Pr.	Semi Haurani Crm 10091 Rua José de Alencar, 950 Ap. 02 80050 - Curitiba - Pr.	Márlis Tissot Crm 10105 Rua José Cadille, 1205 80310 - Curitiba - Pr.
		Flavio Sbardelotto Crm 10092 Rua Luiza V. Picolli, 06 82500 - Curitiba - Pr.	Osny Cesar Kluppel de Miranda Crm 10106 Rua Brigadeiro Franco, 2454 80220 - Curitiba - Pr.

Werner Schreiber
Crm 10107
Rua Guaratuba, 605
80530 - Curitiba - Pr.

Luciene Teixeira Jardim
Pasinato
Crm 10108
Rua Pedro Barreto Monclaro,
290 - Ap. 12
80230 - Curitiba - Pr.

Mariane Teixeira Jardim
Crm 10109
Rua Augusto Steinfeld, 1080
Ap. 2
80410 - Curitiba - Pr.

Rosilei Maria Antonievicz
Crm 10110
Rua Claudio Manoel da Costa,
572
80520 - Curitiba - Pr.

Waldir Francisco Sampaio
Crm 10111
Rua Cons. Laurindo, 41
80060 - Curitiba - Pr.

José Leopoldo de Souza
Crm 10112
Rua Nagib Daher, 741
86800 - Apucarana - Pr.

Alexandre Manoel Varela
Crm 10113
Rua Carlos de Carvalho, 1011
Ap. 32
80410 - Curitiba - Pr.

Eliz Palazzo Correa de Souza
Crm 10114
Rua Antonio Geronasso, 221
82500 - Curitiba - Pr.

Oscar Vanderlei de Miranda
Crm 10115
Rua Cons. Laurindo, 1035
Ap. 41
80060 - Curitiba - Pr.

Aurora Carla Ramina Guadagnin
Crm 10116
Praça Getulio Vargas, 2391
83600 - Campo Largo - Pr.

Ligia Affonso de Vasconcelos
Crm 10117
Rua Angelo Sampaio, 2762/71
80430 - Curitiba - Pr.

Martilvani Morcira
Crm 10118
Rua Sete de Setembro, 2131
Ap. 1
80050 - Curitiba - Pr.

Sandra Regina Araujo Mantine
Crm 10119
Rua Rio Grande do Sul, 116
Ap. 71
80310 - Curitiba - Pr.

Maria Angela Braschi
Crm 10120
Rua Augusto Steinfeld, 1140
80410 - Curitiba - Pr.

José Luiz Lucchese Trigonê
Crm 10121
Rua Rio Grande do Sul, 986
85400 - Guaraniacá - Pr.

Paulo Sergio de Rocco
Crm 10122
Rua João Falavigna, 171
87185 - Floraf - Pr.

Maria Armanda da Silva
Queiroz
Crm 10123
Rua Nagib Naher, 537
86800 - Apucarana - Pr.

Celina Maria Jaworski
Crm 10124
Rua Paulo Graeser
Sobrinho, 885
80510 - Curitiba - Pr.

Jene Giusto Padilha
Crm 10125
Rua José Maria Pereira, 427
87346 - Campina da Lagoa
- Pr.

Sergio Augusto B. Caggiano
Crm 10126
Rua Cel. Dulcideo, 75 Ap. 5
80230 - Curitiba - Pr.

Regiraldo Fanckin Filho
Crm 10127
Rua Herculano F. de Souza,
379
80240 - Curitiba - Pr.

Sebastião Pereira de Jesus
Crm 10128
Rua Bolívia, 598
85920 - Assis Chateaubriand
- Pr.

Isabela Baumel Garcia
Crm 10129
Rua Balduino Taques, 431
84100 - Ponta Grossa - Pr.

Liz Eduardo Falleiro Garcia
Crm 10130
Rua Balduino Taques, 431
84100 - Ponta Grossa - Pr.

Osmar Veitas Sampaio
Crm 10131
Av. Rio de Janeiro, 829
86100 - Londrina - Pr.

Jorge Hideki Shimomura
Crm 10132
Rua Vicente Machado, 183
86200 - Iporã - Pr.

Emanuel Mariano Carvalho
Crm 10133

Nédia Eichenberg Motta Ono
Crm 10134
Av. Visconde de Guarapuava,
3195/1701
80230 - Curitiba - Pr.

Jason Varassin Hohmann
Crm 10135
Rua Comendador Miró, 1237
84100 - Ponta Grossa - Pr.

Mauro Yared
Crm 10136
Av. Visconde de Guarapuava,
4971
80230 - Curitiba - Pr.

Denise Raquel Nemes Schwab
Crm 10137
Rua Uruguaí, 337
84100 - Ponta Grossa - Pr.

Frederico José Di Giovanni
Crm 10138
Rua XV de Novembro, 1820
Ap. 5
80060 - Curitiba - Pr.

Almir Germano
Crm 10139
Rua Alagoas, 1832
Ap. 303
86100 - Londrina - Pr.

Jaime Toshimitsu Hirayama
Crm 10140
Rua Via Láctea, 528
86100 - Londrina - Pr.

José Antonio Ademílio
Gurgel do Amaral
Crm 10141
Serra da Tabatinga, 370
86100 - Londrina - Pr.

Luiz Ferreira dos Santos
Crm 10142
Av. Bandeirantes, 804
86100 - Londrina - Pr.

Maria de Fátima de Deus
Bueno
Crm 10143
Rua Visconde do Rio Branco,
1233 - Ap. 204
80410 - Curitiba - Pr.

Magali Ogura
Crm 10144
Rua Brasília Itiberê, 191
80210 - Curitiba - Pr.

Carlos Cezar Wozniaki
Crm 10145
Rua Erasto Piazzetta, 02
80420 - Curitiba - Pr.

Flávio Cezar Chaves Fernandes
Crm 10146
Av. Coronel Marcondes, 3825
19013 - Presidente Prudente
SP.

Gilson Trevisan
Crm 10147
Av. Manoel Ribas, 7381
80510 - Curitiba - Pr.

Paulo Roberto Imthong
Crm 10148
Rua Amintas de Barros, 519
Ap. 506
80060 - Curitiba - Pr.

Carlos Alberto C. Teixeira
Crm 10149
Rua 21 de Abril, 131
85920 - Assis Chateaubriand
- Pr.

Lauro Toshihiro Araki
Crm 10150
Rua Tibagi, 684 - Ap. 602
80060 - Curitiba - Pr.

Paulo Fernando Spelling
Crm 10151
Rua Carneiro Lobo, 153
Ap. 101
80240 - Curitiba - Pr.

Antonio Celso dos Santos
Mendes
Crm 10152
Av. Erasto Gaertner, 1874
82500 - Curitiba - Pr.

Mirian Hideco Takahashi
Crm 10153
Rua Carlos de Carvalho, 1523
Ap. 101
80430 - Curitiba - Pr.

Oscar Makoto Horita
Crm 10154
Rua João XXIII, 959
87560 - Iporã - Pr.

Sebastião Fernandes
Crm 10155
Rua Doze de Dezembro, 420
87550 - Altonia - Pr.

Aderval Junhiti Yoshii
Crm 10156
Rua General Carneiro, 876
80060 - Curitiba - Pr.

Sidney Joel Wicksch Filho
Crm 10157
Rua Barão do Cerro Azul, 206
80020 - Curitiba - Pr.

Jackson Sakamoto
Crm 10158
Rua Pedro Risetti, 68
81500 - Curitiba - Pr.

João Rodolfo de Andrade
Leite
Crm 10159
Av. Yolanda L. de Carvalho,
185
87350 - Ubatuba - Pr.

<p>Marisa Pittella Oliveira Crm 10160 Rua Ponta Grossa, 1008 80310 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Lilian Regina Lang Crm 10170 Rua Papa João XXIII, 123 80000 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Luiz Roberto de Macedo Lopes Crm 10180 R. Comendador Fontana, 300 80030 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Marlu Faune do Nascimento Crm 10190 Rua Indonésia, 28 Jardim Igepó 86100 - Londrina - Pr.</p>
<p>Paula Beatriz Moreira Salles Crm 10161 Av. Vicente Machado, 47 Ap. 111 80430 - Curitiba - Pr.</p>	<p>José Luiz Ribeiro Silva Crm 10171 Hospital Osvaldo Cruz Ltda. 87820 - Cidade Gaúcha - Pr.</p>	<p>Maria Rita Gaspar Goulart Crm 10181 Rua Saldanha Maranhão, 689 Ap. 801 80410 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Neide Tiemi Fugita Crm 10191 Rua Michigan, 342 86100 - Londrina - Pr.</p>
<p>Dalísior Marcelo Weber Silva Crm 10162 Av. Manoel Ribas, 728 Ap. 104 82000 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Maria Aparecida Scottini Crm 10172 Rua Dr. Faivre, 53 Ap.202 80060 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Gleden Teixeira Prates Crm 10182 Rua Visconde de Nacar, 478 Ap. 204 80410 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Cleso Lopes Nogueira Filho Crm 10192 Rua Francisco Albuquerque, 1205 87300 - Campo Mourão - Pr.</p>
<p>Pedro Paulo Rankel Crm 10163 Rua Anne Frank, 4660 81500 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Mariângela Vanzo Crm 10173 Rua Augusto Streser, 896 Ap. 301 80040 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Mara Rejana Rodrigues Corrêa Segalla Crm 10183 R. Artur Carlos Peralta, 60 82500 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Heráclito de Mello Nogueira Crm 10193 Rua Francisco Albuquerque, 1205 87300 - Campo Mourão - Pr.</p>
<p>Margareth Zych Crm 10164 Av. Souza Naves, 635 80050 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Jorge Jinro Nishiyama Crm 10174 Praça Padre Ives Gueguem, 301 86870 - Ivaiporã - Pr.</p>	<p>Roberto Ribas Suss Crm 10184 Rua Ernesto Piazzetta, 3331 82500 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Nelson Guimarães Vasconcelos Filho Crm 10194 Rua XV de Novembro, 1206 80060 - Curitiba - Pr.</p>
<p>Mônica Nunes Lima Crm 10165 Rua Dorival Pereira Jorge, 175 80320 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Roberto Gonçalves da Silva Crm 10175 Rua Pedro Vas de Caminha, 853 87560 - Iporã - Pr.</p>	<p>Marco Aurélio Bartsch Crm 10185 Rua Reinaldo Pazello, 1625 80000 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Maurício Luiz Negrão Crm 10195 Rua Justiniano Melo Silva, 72 82500 - Curitiba - Pr.</p>
<p>Eduardo Achkar Crm 10166 Av. Marechal Floriano Peixoto, 886 80017 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Wanderley Savião Ferreira Crm 10176 Rua Ponta Grossa, 1045 80310 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Edemir João Cavalli Crm 10186 Rua 24 de Maio, 612-B 80230 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Terezinha Valente de Oliveira Crm 10196 Rua Profa. Efigenia do Rego Barros, 77 80000 - Curitiba - Pr.</p>
<p>Denise Asperti Hoffmann Crm 10167 Rua 19 de Novembro, s/n. 84660 - General Carneiro - Pr</p>	<p>Maria Aparecida Pachaly Crm 10177 Rua Trajano Reis, 248 Ap. 33 80530 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Jone Fagundes Queiroz Crm 10187 Rua Atílio Bório, 1808 80040 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Sergio Justino Crm 10197 Rua Manaus, 85 Ap. 202 86100 - Londrina - Pr.</p>
<p>Karl Eduardo Hosffmann Crm 10168 Rua 19 de Novembro, s/n. 84660 - General Carneiro - Pr.</p>	<p>Luiz Antonio Pupulim Crm 10178 Rua Conselheiro Laurindo, 41 80060 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Ana Beatriz Wagner Pinheiro Lauand Crm 10188 Rua Fagundes Varela, 432 82500 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Paulo Sérgio Belini Crm 10198 Av. do Café, 170 - Bloco C ap. 24 86100 - Londrina - Pr.</p>
<p>Renato de Moura Ferro Silva Crm 10169 Rua Vicente Machado, 1111 Ap. 34 80430 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Moema de Araujo Cardoso Arruda Crm 10179 Av. Castro Alves, 322 Ap. 12 80240 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Áulus Rodrigues Ferreira Crm 10189 Rua Prof. Guido Straub, 1015 Ap. 01 80320 - Curitiba - Pr.</p>	<p>Sílvia Almeida de Oliveira Costa Martinez Crm 10199 Rua Lourenço Pinto, 83 80010 - Curitiba - Pr.</p>

**Isto é uma vergonha.
PROTEJA-SE.**

**“ Nenhuma das formulações contendo
fenóis sintéticos disponíveis no mercado
nacional — que são os indicados
para desinfecção de áreas críticas — mostrou
ação anti-microbiana nos
testes realizados pelo INCQS”.**

Ministério da Saúde

COMUNICAÇÃO SOBRE INTERDIÇÃO CAUTELAR DE DESINFETANTES HOSPITALARES

1. A Lei 6.360/76 criou o Sistema de Vigilância Sanitária, atribuindo competência a cada uma das divisões técnicas constituídas e, à DISAD (Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Saneantes Domissanitários do Ministério da Saúde), o controle dos saneantes domissanitários: inseticidas, raticidas, desinfetantes e detergentes.
2. O Decreto 79.094/77 regulamentou a Lei 6.360/76, definindo, no seu artigo 69, que “somente serão registrados desinfetantes de ação destrutiva ou inativa, de uso indiscriminado, que satisfaçam as exigências peculiares que venham a ser fixadas para cada substância. Parágrafo único: A câmara técnica competente do Conselho Nacional de Saúde elaborará listas de substâncias permitidas e proibidas, fixará as concentrações, formas de uso e promoverá outras medidas destinadas à proteção da saúde”.
3. Após 7 anos, sem determinação dos parâmetros necessários para o registro dos desinfetantes, a DISAD, juntamente com o INCQS (Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde do Ministério de Saúde), empreendeu estudos finais sobre o assunto, os quais deram origem à Portaria MS 67/85, assinada pelo Ministro da Saúde.
4. Nesse estudo chegou-se à conclusão de que não seria possível elaborar uma lista de concentrações ativas confiável, já que os fatores interferentes na atividade antimicrobiana de uma formulação eram diversos e não totalmente conhecidos. Assim optou-se pela comprovação da eficácia antimicrobiana através de análise laboratorial, de acordo com a categoria ou finalidade de uso dos produtos.
5. A Portaria MS 67/85 determinou o prazo para encaminhamento de amostras dos desinfetantes hospitalares e esterilizantes (até 30/6/85), bem como dos demais desinfetantes de uso geral, para controle de qualidade do INCQS. Este prazo não foi obedecido pelas empresas fabricantes.
6. A Portaria MS 607/85 ampliou o prazo para encaminhamento de amostras de desinfetantes hospitalares e esterilizantes até 30/9/85; ampliou também o prazo para entrega dos laudos laboratoriais e adequação dos produtos às condições da Portaria MS 67/85 até 30/5/86.

7. Mesmo assim, as empresas produtoras de 16 dos 44 produtos desinfetantes hospitalares registrados não encaminharam amostras para o laboratório de referência (INCQS) (item 1 da relação em anexo). Todos estes 16 produtos tiveram sua interdição cautelar solicitada pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS) às secretarias estaduais de saúde no dia 6 próximo passado.

8. Dos 28 produtos cujas amostras foram encaminhadas pelos fabricantes para controle de qualidade no INCQS, temos:

- a) 22 foram testados nas diluições de uso propostas e foram reprovadas para *Pseudomonas aeruginosa*, demonstrando não estarem aptos para qualquer tipo de uso hospitalar (item nº 2 da lista em anexo);
- b) 3 foram testados nas diluições de uso propostas e obtiveram resultados satisfatórios para *Pseudomonas aeruginosa*, mas não para *Micobactéria* (item nº 3 da lista em anexo);
- c) 3 foram testados puros e obtiveram resultados satisfatórios para *Micobactéria* (*M. bovis*) (item nº 4 da lista em anexo);
- d) 1 encontra-se em análise microbiológica.

9. Algumas das amostras, entregues pelos fabricantes ao INCQS, nos termos das Portarias 67/85 e 607/85, foram também submetidas a controle químico tendo sido evidenciada a existência de fraude em algumas delas (continham menos de 80% da concentração de princípio ativo declarada no rótulo).

10. Diante do exposto, a SNVS deverá, nos próximos dias, solicitar a interdição cautelar dos produtos do item 2 da lista em anexo. Isto significa que os estoques destes produtos por ventura existentes nas fábricas, distribuidores, comércio e hospitais terão sua venda, distribuição e uso suspensos pela autoridade sanitária estadual. A liberação da interdição só será feita após a apresentação, pelo fabricante a DISAD, do laudo positivo de nova concentração ou formulação.

Se a ineficácia destes produtos for decorrente de sua formulação, não deverão ser mais utilizados pelos hospitais. Se, ao contrário, decorrer de concentração insuficiente de princípios ativos, poderão ainda ser utilizados, dentro de seu prazo de validade, em diluições compatíveis.

Neste último caso, os fabricantes deverão imprimir e distribuir novas orientações de rótulo.

11. Emergencialmente, para fazer frente a situação criada pelos fabricantes, e durante os próximos meses, até que a situação de mercado se reestabeleça, o Ministério da Saúde, acatando recomendações de um grupo de trabalho convocado pela DISAD e pela Coordenação do Projeto de Capacitação de Recursos Humanos para o Controle de Infecção Hospitalar/SNPES, recomenda as seguintes alternativas:

11.1. Para desinfecção de superfícies fixas e equipamentos em áreas semicríticas sem risco de contaminação por *Micobactérias* usar:

- a) a associação de três fenóis sintéticos, comercializada como Velicin, da Henkel S/A Indústria Química, nas diluições recomendadas em rótulo (3%);
- b) solução aquosa de hipoclorito de sódio na concentração de 1% (10 000 ppm), manipulada na farmácia hospitalar com controle de teor de cloro ativo.

11.2. Para desinfecção de superfície fixas e equipamentos em áreas críticas e onde haja risco de contaminação por *Micobactéria* usar:

- a associação de formaldeído e quaternário de amônia, comercializada como Germekil e Spectracide Desinfetante, da Cia. Ceras Johnson, sem diluição (pura).

Nota: Nenhuma das formulações contendo fenóis sintéticos disponíveis no mercado nacional - que são as indicadas para desinfecção de áreas críticas - mostrou ação antimicrobiana nos testes realizados pelo INCQS. Assim, apesar de recomendações anteriores do Ministério da Saúde (Manual de Controle de Infecção Hospitalar) contraindicarem o uso de formulações contendo formaldeído para desinfecção de áreas, em virtude de risco de toxicidade e não se dispondo de outra alternativa para esta finalidade, indica-se estes produtos, recomendando-se que sua aplicação se faça com as seguintes precauções: uso de luvas e botas de borracha, máscara e óculos.

11.3. Para desinfecção de artigos críticos e semi-críticos usar:

- a) a associação de formaldeído e diquaternário de amônia, comercializada como Germekil e Spectracide Desinfetante, da Cia. Ceras Johnson, sem diluição (pura);
- b) a associação de formaldeído, glutaraldeído e quaternário de amônia, comercializada como Incidin Perfekt, da Henkel S/A Indústria Química, na diluição indicada em rótulo (25%).

Nota: O material, para desinfecção com este produto (Incidin), deverá ter sido escrupulosamente lavado com solução detergente antes de sua imersão na solução desinfetante, uma vez que o glutaraldeído se inativa em presença de matéria orgânica.

11.4. Para artigos críticos que sofrem ação do formaldeído, quando não houver risco de contaminação por *Micobactérias*, usar:

- a associação de três fenóis sintéticos, comercializada como Velicin, da Henkel S/A Indústria Química, nas diluições recomendadas em rótulo (3%).

11.5. Como saneante em cozinhas, lactários, berçários e lavanderias, usar:

- solução aquosa de hipoclorito de sódio na concentração de 1% (10 000 ppm) manipulada na farmácia hospitalar e com controle de teor de cloro ativo.

Nota: Para todos os procedimentos de desinfecção deve ser observado o tempo de exposição de 30 minutos.

12. Os produtos esterilizantes encontram-se em processo de análise no INCQS. Recomenda-se a observância rigorosa do tempo de esterilização com estes produtos de, no mínimo, 18 (dezoito) horas.
13. Nesta comunicação, contrariando princípios éticos e editoriais, aparecem nomes comerciais. Isto se deve, em primeiro lugar, à falta de alternativas que decorre da análise dos laudos de controle de qualidade emitidos pelo INCQS; em segundo lugar, à dificuldade que alguns hospitais encontrarão para identificar quais formulações e produtos existentes no mercado contêm os princípios ativos recomendados para cada uso e em que concentrações, frente a esta emergência.
14. Esta iniciativa do Ministério da Saúde em decretar a interdição cautelar dos produtos e informar aos hospitais sobre esta situação está baseada no reconhecimento de que, ao permitir o uso destes produtos após o conhecimento dos resultados das análises do INCQS, significaria, em primeiro lugar, uma omissão injustificável de nossa parte; em segundo lugar, permitiria a manutenção de condições inadequadas de assistência; em terceiro lugar, porque levaria a manutenção de gastos sem retorno pelos hospitais, uma vez que os produtos adquiridos não correspondem às necessidades para as quais foram comprados nem às especificações para as quais foram vendidos.

*Coordenação do Projeto de Capacitação
de Recursos Humanos para o Controle
de Infecção Hospitalar / SNPES / MS*

Brasília, 12 de junho de 1986.

Telex n.o 484/GM – Rio de Janeiro – 05.06.86

Dr. Luiz Carlos Pelizari Romero
Coordenador Programa Controle Infecções Hospitalares
Brasília - DF

ANEPS – MSAUDE Sala 713

Estamos encaminhando a V. Sa. posição dos desinfetantes hospitalares após as análises realizadas no total de 43 produtos:

1 – Produtos e respectivos registros que não obedeceram aos prazos estabelecidos pelas Portarias 67 e 607/85 MS, não tendo sido encaminhados para análise laboratorial pelos fabricantes: total de 15 (sendo 1 esterilizante):

Germacert Esachem Ind Com Ltda 300450073 2091
Plurigerim Ind Quim Benzeno Ltda 302330001 1648
Babysafe Ind Quim Farm Shering S/A 304800001 1734
IVB Desing Instr Inst Vital Brasil 301490002 2261
Free Germ J P Ind Farm S/A 305000001 1790
Stermat Des Instr J P Ind Farm S/A 305000002 1821
Braunclean Lab B Braun Ltda 300230001 1070
Sol Formol 3% Braun Lab B Braun Ltda 300230002 2059
Radioformio Bruto Lab Dalsou Ltda 301810001 2024
Paraformaldeido Lab Veafarm Ltda 301710001 1408
Milton Merrell Moura Brasil Ltda 300560001 1145
Twinklin Multionic Ind Com Prods Ltda 305480015 2652
Bakcud M Tensil Ind Quim Ltda 303350001 1627
Steriquat (Ester) Tensil Ind Quim Ltda 303350002 1628
Verosgerm Veros Prods Quim Ltda 301760009 2384

Para esses produtos já solicitamos as unidades federadas a interdição cautelar dado a irregularidade acima descrita.

2 – Produtos examinados e reprovados para pseudomonas aeruginosa, total de 22 (todos desinfetantes hospitalares):

Alvamed BFC-10 Alva-Labor Ind Com S. Ltda 306720003 2930
Duo-Cide-SP Cia Ceras Johnson 300630016 960

Don Phen Cia Ceras Johnson 300630057 1509
Don Quat Cia Ceras Johnson 300630058 1510
Don Thor Cia Ceras Johnson 300630059 1511
Piso Cide Cia Ceras Johnson 300630068 1668
Gempol Cia Ceras Johnson 300630072 1943
Hipoclorito Sódio 1 por cento fund remédio popular SP 306020002 -
Saneante Det 2100 fund. remédio popular SP 306020003 -
Indulfan Henkel S/A Inds Quims 300420057 1003
Freka-Nol Hiplax S/A Labs Hipod. 303570001 1400
Duplofen J P Ind Farm S/A 305000003 2015
Free Germ 2100 J P Ind Farm S/A 305000005 2234
Lipofen Lipon Ind Com Prod Q Ltda 301280020 1768
Paraformax Labormax Prods Quim Ind Ltda 301170003 480
Macofen Marcos Pedrilson Prd H Ltda 301300001 -
Marcoform Marcos Pedrilson Prd H Ltda 301300004 - 1396
Marcosan Marcos Pedrilson Prd H Ltda 301300005 1729
Marchloride Marcos Pedrilson Prd H Ltda 301300006 2475
Valmicid GI Valmont Brasil Prods Q Ltda 300760002 650
Ter-Syl Valmont Brasil Prods Q Ltda 300760003 946
Amphyl Spray Valmont Brasil Prods Q Ltda 300760005 2876

3 - Produtos examinados aprovados para pseudomonas aeruginosa e reprovados para mycobacterium, total de 3 (desinfetantes hospitalares):

Des. Det 3300 Fund Remedio Popular SP 306020005 -
Incidin Perfekt Spray Henkel S/A Inds Quims 300420098 1932
Velicin Henkel S/A Inds Quims 300420046 653

4 - Produtos examinados e aprovados para pseudomonas aeruginosa e mycobacterium, total de 3:

Germekil Cia Ceras Johnson 300630066 1624
Spectracide Des. Cia Ceras Johnson 300630070 1749
Incidin Perfekt Henkel S/A Inds Quims 300420053 881

Atenciosamente

André Luiz Gemal
Diretor Disad

Código Brasileiro de Dentologia Médica

Artigo 9.º - "Deixar de observar as normas da legislação sanitária"

COMISSÕES DE TRABALHO DE 1986

Gestão 1983/1986

1. COMISSÃO DE IMPLANTAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL
 - Cons. Farid Sabbag (Presidente)
 - Cons. Ricardo Akel
 - Cons. Osmar Martins
 - Cons. Octaviano Baptistini Junior

2. COMISSÃO DE ESTUDOS DO NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA
 - Cons. Frederico João Massignan (Presidente)
 - Cons. Marco Aurélio O. Cravo
 - Cons. Paulo Roberto C. Marquetti

3. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO
 - Cons. Ehrenfried O. Wittig (Presidente)
 - Cons. Antonio Leite Oliva Filho
 - Cons. Jackson Herrera

4. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
 - Cons. Nelson Egydio de Carvalho (Presidente)
 - Cons. Edison Matos Novak

5. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)
 - Cons. Luiz Fernando C.O.Braga (Presidente)
 - Cons. Eurípedes Ferreira
 - Cons. Sérgio Todeschi
 - Cons. Sanito W. Rocha
 - Cons. Sérgio Fonseca Tarlé
 - Cons. Jurandir M. Ribas Filho

6. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS
 - Cons. Hélio Germiniani (Presidente)
 - Cons. Luiz Fernando C.O. Braga
 - Cons. Ehrenfried O. Wittig

7. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO
 - Cons. Marco Aurélio O. Cravo (Presidente)
 - Cons. Edison Matos Novak
 - Cons. Jackson Herrera

8. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICO (REPRESENTANTES JUNTO À AMP)
 - Cons. João Nassif (Presidente)
 - Cons. Paulo Roberto C. Marquetti