

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO
DR/PR
ISR - 48-189/84

IMPRESSO

julho/setembro/86 - ano III - nº 11

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. Ildelfonso Amôêdo 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

SUMÁRIO

EDITORIAL

Sigilo Médico x Informações ao INPS x Auxílio Doença	05
Termo de Conhecimento de Risco	09
Termo de Conhecimento de Risco x Compromisso de Confidencialidade	12
Fornecer ficha médica de paciente à juiz de direito	14
Critério de Morte Encefálica	15
Registro de Novas Entidades Médicas	20
Psicólogo pode Emitir Atestado de Enfermidade?	22
Pesquisa biomédica em seres humanos no Brasil: estudo e regulamentação	24
Grandes Declarações da Medicina	33
Acordão	40
Pode o CRM fornecer a listagem dos médicos inscritos à quem solicitar?	41
Diploma de Mérito Ético-Profissional	43
Ensino da Ética Médica nas Faculdades de Medicina Brasileiras	44
Anestesiologista, Você sabia?	51
O que é Assembléia Oficial da Classe	53
Novos Especialistas	55
Anestesia em Odontologia	56
Atestado de óbito - preenchimento correto	58
Exames complementares - Fisioterapia	62

CORPO EDITORIAL

Ehrenfried Wittig
Antonio L. Oliva Filho
Jackson Herrera

IMPRESSÃO

Composição e impressão
Comunicar
Fone (041) 253-4233

Tiragem 8.500 exemplares

Capa

Criação: José Oliva, Eduardo
Martins e César 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.



Presidente do CRM-PR, Conselheiro Luiz Carlos Sobania, despachando, como o faz diariamente.



Solicitamos aos
Srs. Diretores
Clínicos não
esquecerem da
obrigação
regimental de
eleger a
"Comissão de
Ética Médica",
de sua instituição.

NOVA CONCEITUAÇÃO

AGORA VOCÊ PODE
FORNECER DADOS MÉDICOS
À MÉDICO DO INPS, POIS
CONSTITUI UM "DEVER LEGAL"

SIGILO MÉDICO X INFORMAÇÕES AO INPS X AUXÍLIO DOENÇA

O Dr. Cândido de Mello Neto, formula a este Conselho, indagação quanto a possibilidade do INPS, solicitar de profissional médico, informações quanto ao diagnóstico e tratamento de paciente previdenciário, com a finalidade de instruir processo Auxílio-Doença.

Na verdade, o sigilo médico é assunto que há muito vem sendo objeto de reiteradas consultas a esta Assessoria. Embora esta questão já tenha sido examinada em diversos aspectos, alguns ainda trazem contínuas dúvidas, como o caso em questão, que diz respeito ao fornecimento de informações sigilosas ao INPS.

Como é sabido, a lei protege o segredo profissional quintuplicamente, se não vejamos:

CÓDIGO PENAL, ARTIGO 154:

REVELAR A ALGUÉM, SEM JUSTA CAUSA, SEGREDO, DE QUEM TEM CIÊNCIA EM RAZÃO DE FUNÇÃO, MINISTÉRIO, OFÍCIO OU PROFISSÃO, E CUJA REVELAÇÃO POSSA PRODUZIR DANO A OUTREM.

CÓDIGO DE PROCESSO PENAL, ARTIGO 207:

SÃO PROIBIDAS DE DEPOR AS PESSOAS QUE, EM RAZÃO DE FUNÇÃO, MINISTÉRIO, OFÍCIO OU PROFISSÃO, DEVAM GUARDAR SEGREDO, SALVO SE, DESOBRIGADAS PELA PARTE INTERESSADA, QUISEREM DAR SEU TESTEMUNHO.

CÓDIGO CIVIL, ARTIGO 144:

NINGUÉM PODE SER OBRIGADO A DEPOR DE FATOS, A CUJO RESPEITO, POR ESTADO OU PROFISSÃO, DEVA GUARDAR SEGREDO.

CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, ARTIGO 406, inciso II:

A TESTEMUNHA NÃO É OBRIGADA A DEPOR DE FATOS:

II) - A CUJO RESPEITO, POR ESTADO OU PROFISSÃO, DEVA GUARDAR SIGILO.

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA, ARTIGO 44:

REVELAR FATOS QUE TENHA CONHECIMENTO POR TÊ-LOS PRESENCIADO OU DEDUZIDO NO EXERCÍCIO DE SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL, PERMANECENDO ESTA PROIBIÇÃO MESMO QUE O PACIENTE JÁ TENHA FALECIDO, SALVO EM JUSTA CAUSA OU PARA OBEDECER DEVER LEGAL.

Assim sendo, verifica-se que a legislação brasileira, em seus diversos estatutos, bem como o próprio Código Brasileiro de Deontologia Médica, resguarda o profissional da quebra do sigilo, sujeitando-o inclusive às punições estabelecidas. Todavia, as regras dispostas prevêm algumas exceções, quando então a violação do segredo, ou não se constitui infração (justa causa), ou é até mesmo obrigatória (dever legal). E o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, tomando por base outros diplomas legais, a doutrina e a jurisprudência, no que concerne ao sigilo médico, entendeu por disciplinar os casos mais comuns, e o fez através da Resolução 005/84, assim então dispondo:

1) QUE SÃO CASOS CONSTITUTIVOS DO DEVER LEGAL:

- a) OS CASOS DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA OU DE OUTRAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA (DOENÇAS PROFISSIONAIS, TOXICOMANIA, ETC.)
- b) AS PERÍCIAS JUDICIAIS.
- c) QUANDO O MÉDICO ESTÁ REVESTIDO DE FUNÇÃO EM QUE TENHA DE SE PRONUNCIAR SOBRE O ESTADO DO EXAMINADO (SERVIÇOS BIOMÉTRICOS, JUNTA DE SAÚDE, SERVIÇOS DE COMPANHIA DE SEGUROS, ETC.), DEVENDO OS LAUDOS E PARECERES SEREM NESSES CASOS LIMITADOS AO MÍNIMO INDISPENSÁVEL SEM DESVENDAR, SE POSSÍVEL O DIAGNÓSTICO.
- d) OS ATESTADOS DE ÓBITOS.
- e) QUANDO SE TRATANDO DE MENORES, NOS CASOS DE SEVÍCIAS, CASTIGOS CORPORAIS, ATENTADOS AO PUDOR, SUPRESSÃO INTENCIONAL DE ALIMENTOS.
- f) OS CASOS DE CRIME, QUANDO HOUVER INOCENTE CONDENADO E O CLIENTE, CULPADO, NÃO SE APRESENTAR À JUSTIÇA, APESAR DOS CONSELHOS E SOLICITAÇÕES DO MÉDICO.
- g) OS CASOS DE ABORTAMENTO CRIMINOSO, DESDE QUE RESALVADOS OS INTERESSES DO CLIENTE.

2) SÃO CASOS CONSTITUTIVOS DE "JUSTA CAUSA":

- a) QUANDO O PACIENTE FOR MENOR E SE TRATAR DE LESÃO OU ENFERMIDADE QUE EXIJA ASSISTÊNCIA MÉDICA OU PROFILÁTICA POR PARTE DA FAMÍLIA OU ENVOLVA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, CABENDO AO MÉDICO REVELAR O FATO AOS PAIS, TUTORES OU OUTRAS PESSOAS SOB CUJA GUARDA OU DEPENDÊNCIA ESTIVER O PACIENTE.
- b) PARA EVITAR O CASAMENTO DE PORTADOR DE DEFEITO FÍSICO IRREMEDIÁVEL OU MOLÉSTIA GRAVE TRANSMISSÍVEL POR CONTÁGIO OU HERANÇA, CAPAZ DE POR EM RISCO A SAÚDE DO FUTURO CÔNJUGE OU DE SUA DESCENDÊNCIA, CASOS SUSCETÍVEIS DE MOTIVOS A ANULAÇÃO DE CASAMENTO, EM QUE O MÉDICO ESGOTARÁ PRIMEIRO, TODOS OS MEIOS IDÔNEOS PARA EVITAR A QUEBRA DO SIGILO.
- c) QUANDO SE TRATAR DE FATO DELITOSO PREVISTO EM LEI E A GRAVIDADE DE SUAS CONSEQUÊNCIAS SOBRE TERCEIROS, CRIE PARA O MÉDICO O IMPERATIVO DE CONSCIÊNCIA PARA REVELÁ-LO A AUTORIDADE COMPETENTE.

Cumpra anotar, ainda que a Resolução nº 005/84, não pretendeu esgotar a matéria, desde que, outras hipóteses caracterizadoras da justa causa e do dever legal podem ser aventadas, quando então a quebra do sigilo não implicaria em infração, quer à legislação comum, quer ao Código de Ética. Como já foi aludido, a Resolução tão somente declinou os casos mais corriqueiros, visando proporcionar uma melhor orientação no que concerne ao assunto. Também o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 999/80, dispôs sobre a matéria, tendo tomado no entanto como base o revogado Código de Ética, o qual serviu também como ponto de partida para a Resolução 005/84, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

Feitas estas considerações iniciais, cumpre examinar especificamente o teor da consulta em questão, que diz respeito a informações quanto ao diagnóstico e tratamento de paciente previdenciário, com a finalidade de instruir processo de Auxílio-Doença.

Ora, a resolução 1076/81, do Conselho Federal de Medicina, decidiu que o médico, quando solicitado pelo seu paciente ou seus responsáveis, no caso de falecimento do primeiro, pode preencher o formulário para a concessão dos benefícios do seguro, sem que tal procedimento se constitua em quebra de sigilo. Na hipótese, ao que me parece, se caracteriza a justa causa, excludente portanto de infração. Assim sendo, há que se entender também, que as informações à Previdência, de diagnóstico e tratamento de paciente beneficiário, podem ser fornecidas a médico e, na hipótese, independente da autorização do mesmo. É isto porque, em sendo o INPS, bem como qualquer outro órgão previdenciário, o repassador dos serviços, ou melhor dizendo, o intermediário necessário na relação médico-paciente, tem o direito de perquirir a respeito do diagnóstico e tratamento, ainda porque as informações lhe prestadas, poderão servir de respaldo aos diversos benefícios a que eventualmente possa fazer jus

o segurado. Em sendo assim, o médico que forneça os esclarecimentos solicitados, não estará violando o sigilo, desde que é claro, esteja exercendo a medicina na qualidade de credenciado pelo Instituto. No caso, se consubstanciaria o "dever legal", equiparando-se então a hipótese àquelas previstas na letra "c" do artigo 1º da Resolução 005/84.

Cumpra esclarecer todavia, que tais informações devem ser fornecidas a médicos, em caráter confidencial, evitando-se assim que os mesmos cheguem a conhecimento de terceiros.

E o meu parecer.

Curitiba, 06 de agosto de 1986

Antonio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

Àprovado em sessão plenária de 11.08.86

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Artigo 51 - "Fornecer atestados ou relatórios de exames ou tratamentos realizados sem autorização do paciente ou seu responsável".

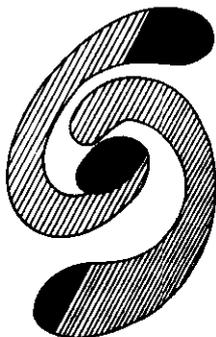


Veja se não está
atrasado no
pagamento de
anuidade do CRM.



Nossa assessoria
jurídica está à sua
disposição para
consultas, das
17 às 19 hrs,
diariamente.

ATENÇÃO PESQUISADOR



“TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO”

PARA ENSAIOS TERAPEUTICOS

A DIVISÃO NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MEDICAMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO os riscos eventualmente envolvidos em novos procedimentos terapêuticos,

CONSIDERANDO os deveres éticos por parte do médico assistente e dos laboratórios produtores de novos medicamentos;

CONSIDERANDO que medicamentos importados para uso próprio não são submetidos a registro e/ou controle de qualidade pela Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos - DIMED;

RESOLVE:

1. Instituir de forma padronizada, o “TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO” (TCR), a ser utilizado em todos os ensaios com medicamentos não registrados na Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos - DIMED, ou com indicação (ões) ainda não aprovada (s) ou em produto(s) importado(s) de outros países e cuja documentação não foi ainda analisada pela DIMED.
2. Determinar o seguinte tanto mínimo a ser contido no “TCR” e que deverá ser lido e/ou informado ao paciente ou seu responsável:

"TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO"

nome

idade

sexo

abaixo assinado, ou sob a responsabilidade de seu parente próximo, abaixo identificado, ou nos casos necessários, sob a responsabilidade do médico que assina este documento, declara ter lido ou ouvido o presente termo de responsabilidade que lhe informa estar ciente do seguinte:

- a) Que vai ser submetido à administração de um produto ou a método terapêutico sobre o qual ainda não existe decisão ou recomendação do órgão competente do Governo Brasileiro;
- b) Que não existe certeza de maior eficácia em relação a outros produtos já registrados pelo Ministério da Saúde, nem existe maior segurança quanto à menor incidência de efeitos colaterais, previsíveis ou imprevisíveis;
- c) Que, quando importado, para uso próprio o medicamento não está sujeito à verificação de controle de qualidade;
- d) Que tem ciência do exposto acima, e que realmente deseja utilizar o produto ou método terapêutico recomendado pelo médico que subscreve este documento.
- e) O médico que aplica esta medicação ou novo método é responsável pelo laboratório produtor e co-responsável pela medicação, estando a União isenta de responsabilidade por danos que possam ocorrer ao paciente decorrentes do uso do produto ou método terapêutico aplicado;
- f) Na eventualidade de importação para uso próprio, o paciente ou seu responsável e seu médico assistente, assumem total e qualquer responsabilidade por risco ocasionado por efeitos adversos, isentando a União de responsabilidade de todo e qualquer agravo à saúde física ou mental;
- g) O médico se compromete a informar à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, em Brasília, Distrito Federal, CEP 70058, a ocorrência de efeitos adversos ou tóxicos, se ocorrerem:

DATA, ____/____/____

Produto ou método

Terapêutico _____

Apresentação _____

Paciente ou

Responsável _____

Assinatura

Nome do médico

responsável pela

pesquisa _____

assinatura do médico

3. Em se tratando de medicamento estrangeiro prescrito para uso individual, o informe, em caso de estudo clínico, convém ser previamente aprovado pela Comissão de Ética da Instituição onde trabalha o médico.
4. Determinar que o responsável pelo ensaio clínico ou médico que recomendou o medicamento originário de outro país, guarde em seu poder, por três anos, cada "Termo de Conhecimento de Risco" comunicado a seus pacientes.
5. Caberá a DIMED informar aos órgãos competentes dos Ministérios do Trabalho, Justiça, Indústria e Comércio, às Comissões de Éticas locais e aos Conselhos Federais de Medicina, Odontologia e de Farmácia, os casos de inobservância da presente Portaria, para as providências cabíveis.
6. Considerar a utilização do "Termo de Conhecimento de Risco", por profissionais e por indústrias como fator relevante nas ponderações para concessão de autorização de funcionamento de empresas, para importação de medicamentos ou drogas para pesquisa.
7. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação

LUIZ GONÇALVES PAULO
Diretor

D.O. nº 235 de 14.12.81 - Seção I.

Nº 016 de 27 de novembro de 1981.

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Artigo 31 - Empregar ou usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes, do consentimento do paciente ou de seu responsável, devidamente informado da situação e das possíveis conseqüências.

**TÃO IMPORTANTE QUANTO SER
EXPLICADO É SER ENTENDIDO.
NÃO PODE HAVER COAÇÃO.**

PARECER DO CFM



**“TERMO DE
CONHECIMENTO DE RISCO”
X
COMPROMISSO DE
CONFIDENCIALIDADE**

**I
CONSULTA**

1. O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA encaminha consulta da Diretoria da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos - DIMED -, do Ministério da Saúde, indagando-nos da possibilidade do pesquisador invocar o “compromisso de confidencialidade” com voluntários que participam de pesquisas biomédicas acerca do anticoncepcional hormonal NORPLANT, em fase experimental.
2. Indaga, ainda, o Conselho Federal de Medicina acerca de sua competência e da DIMED para requisitar informações sobre as sobreditas pesquisas e os elementos ou fatores que as informam.

**II
PARECER**

3. As pesquisas com drogas ou medicamentos experimentais estão rigidamente reguladas pelas normas sanitárias e, especialmente, no que tange ao médico, nos artigos 30 e 31, do Código Brasileiro de Deontologia Médica que impõe o dever de obter a devida autorização junto às autoridades competentes, bem como o indispensável acompanhamento por Comissão de Ética.
4. Essa autorização decorre, inclusive, do poder de polícia que tem a DIMED para liberar as drogas e medicamentos destinados à comercialização em território brasileiro.

5. Em consequência, essa autorização da DIMED ou o acompanhamento dos trabalhos por Comissão de Ética Médica implica, necessariamente, o acesso às informações atinentes às pesquisas e, também, aos "dados", "elementos" ou "fatores" considerados na preparação e realização dessas pesquisas.

No caso, trata-se de anticoncepcional em fase experimental que depende da autorização e acompanhamento da DIMED e, assim, é evidente que o sobredito órgão do Ministério da Saúde tem amplo acesso a toda e qualquer informação concernente à pesquisa, especialmente no que respeita às pessoas submetidas àquela droga.

6. Essa fiscalização tem como "móvel" o interesse público, o bem estar e a saúde da população brasileira, mas, também, no caso da pesquisa, a tutela daquelas mulheres que estão submetidas ao tratamento a fim de perquirir se assim fazem espontaneamente ou para protegê-las, como acentuou o ilustre Conselheiro, Dr. Nelcivone Soares de Mello, "das possíveis ações deletérias" da pesquisa em questão.

7. Dessarte, é inerente o acesso das autoridades competentes a todas as fases e elementos das pesquisas e, por conseguinte, não pode o pesquisador ou a entidade pesquisadora ou a entidade pesquisadora opor o sigilo ou o chamado "compromisso de confidencialidade" para negar as informações requisitadas.

Isto é, esse sigilo ou o "compromisso de confidencialidade" não beneficia o paciente. Demais disso, nem se coloca esse problema porque está ínsita na pesquisa das drogas experimentais o acesso a todos os dados inerentes à pesquisa.

Logo, não há divulgação. Tão só, o encaminhamento de informações que se prestem, exclusivamente, à fiscalização das normas sanitárias.

8. Dessa forma, a requisição das mencionadas informações podem ser feitas tanto pela DIMED, quando se trata da fiscalização dos efeitos do medicamento ou droga experimental, quanto pelo Conselho Federal de Medicina ou Conselho Regional de Medicina, no que tange à fiscalização da profissão do médico e aplicação do Código Brasileiro de Deontologia Médica que disciplina a pesquisa "in anima nobili".

Em suma:

- a) a falta de atendimento das requisições da DIMED pode caracterizar o crime de desobediência a ordem legal de funcionário público e,
- b) a falta de atendimento das requisições do CFM e do CRM pode caracterizar idêntico crime como, também, ilícito anti-ético.

É o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro

Antonio Carlos Mendes
Assessor Jurídico

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Artigo 24 - Efetuar, salvo diante de urgência ou emergência, qualquer ato médico sem o consentimento prévio do paciente ou seu responsável.

Fornecer ficha médica de paciente à juiz de direito.



O Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, indaga deste Conselho, quanto a eticidade de entregar cópia fotostática de ficha médica de paciente, solicitada pelo Juiz de Direito da 4ª Vara de Família da Comarca de Curitiba.

Este Conselho por diversas vezes já tem se pronunciado sobre questões referentes ao sigilo profissional. Dentre os vários dispositivos legais que disciplinam a matéria, no caso em pauta cumpre ressaltar tão somente o que dispõe o artigo 144 do Código Civil, que disciplina:

a) Ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão deva guardar segredo.

Verifica-se portanto que o médico está preso ao segredo profissional, salvo se veja diante de situação que o obrigue a revelação, conforme estabelecido no artigo 66 da Lei das Contravenções Penais.

Ora, não se pretendendo induzir o consulente a desobediência a Ordem Judicial, mesmo porque isto não se caracterizaria, é de se entender que a entrega da ficha médica de paciente, implicaria na prestação de um depoimento escrito. Destarte se o médico, consoante o artigo 144 do Código Civil não pode ser obrigado a depor, é de se concluir que não está compelido também a prestar o depoimento por escrito, com a entrega do prontuário de sua paciente.

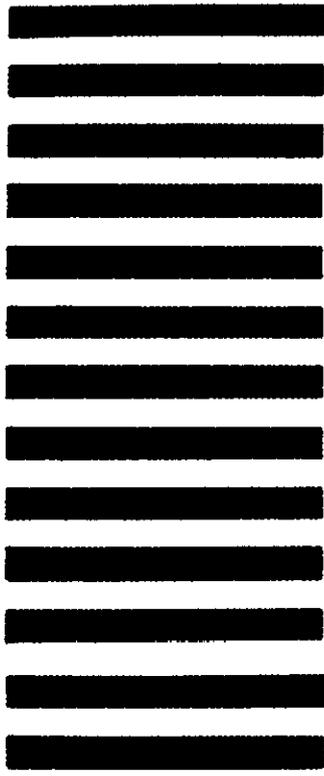
Por estes motivos, é óbvio que o atendimento a Ordem Judicial implicaria na quebra de sigilo médico, principalmente se o documento viesse a trazer qualquer prejuízo a sua paciente.

É o nosso parecer.

Curitiba, 03 de julho de 1986

Antonio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

Aprovado em sessão plenária realizada em
14.07.86.



CRITÉRIO DE MORTE ENCEFÁLICA

CRM-PR APROVA

O progresso e o desenvolvimento dos métodos de Terapia Intensiva permitiram a manutenção das funções respiratórias e circulatórias em pacientes com lesão encefálica severa e irreversível. Na conceituação atual de morte encefálica, grande parte de tais pacientes estão mortos, porém a preservação dos batimentos cardíacos e da respiração invalida a utilização do critério clássico de determinação da morte pela cessação irreversível das funções cárdio-respiratórias. Tornou-se então necessário estabelecer um critério de morte que permitisse o diagnóstico precoce e absolutamente preciso desta situação, a morte encefálica. A expansão dos transportes de órgãos, ocorrida em nossos dias necessita também desta caracterização de morte, pois tais pacientes são doadores em potencial e, caso seja determinada a morte pelo critério clássico, a maioria dos órgãos já estará inviável para este fim.

Tendo em vista os estudos, reuniu-se no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná um grupo de médicos que elaborou esta proposta de um critério de morte encefálica, baseando-se nos seguintes pontos:

1 — Análise crítica dos critérios, conceitos e métodos de determinação de morte encefálica e de tronco cerebral;

2 — Determinação de uma rotina de avaliação clínica e laboratorial, que possa ser repetida de modo idêntico e uniforme pelos vários médicos nos diferentes pacientes;

3 — Obrigatoriedade de um índice de certeza de 100%, que não permita nenhum resultado falso-positivo;

4 — Experiência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

O presente critério para determinação do estado de morte encefálica é aplicável para pacientes acima de 1 ano de idade e constituído por uma seqüência de 4 etapas. Para cada etapa, são definidos os requisitos mínimos necessários, sendo essencial que sejam satisfeitos todos os sub-ítems da 1ª etapa (Pré-requisitos) para que passem às etapas seguintes.

1ª ETAPA - Pré-requisitos - objetiva o diagnóstico de uma causa irreversível e responsável para o quadro atual, com exclusão das causas reversíveis.

a — **Coma não-reativo e apnéia** por, no mínimo, 6 horas de atendimento médico;

b — **Presença de lesão encefálica definida, irrecuperável e responsável pelo quadro atual**, confirmada por exames complementares apropriados.

c — **Ausência de causas reversíveis de coma**, tais como: hipotermia abaixo de 34°C, intoxicação por drogas depressoras do Sistema Nervoso Central e distúrbio metabólico severo e atual.

2ª ETAPA — Exame Clínico e Teste de Apnéia — Objetiva determinação de ausência de função de tronco cerebral em todos os níveis.

a — **Coma não-reativo** à estimulação dolorosa intensa em face, tronco e membros, assim como as estimulações sonora e luminosa. Ausência de atitude de decerebração e decorticação, podendo estar presentes os reflexos espinhais.

b — **Ausência de reflexos de tronco cerebral** determinada clinicamente através de pesquisa destes reflexos:

Reflexo Pupilar — ausência de reação pupilar à estimulação por foco luminoso (lanterna) em ambiente escuro.

Reflexo Corneano — ausência de resposta à estimulação dolo-

rosa corneana com uso de cotonete.

Reflexo Oculocefalógiro — ausência de desvio do olhar durante rotação da cabeça no sentido horizontal ou vertical (evitar em pacientes com suspeita de fratura de coluna cervical).

Reflexo de Tosse — ausência de reação à estimulação da traquéia por cateter inserido através da cânula.

Reflexo Vestibular — ausência de desvio dos olhos à estimulação timpânica com 60 ml de água gelada a 0-5°C (prévia determinação da permeabilidade do conduto auditivo por otoscopia).

Potencial Evocado de Tronco Cerebral — de utilização opcional, como confirmação da ausência de atividade de tronco cerebral determinada clinicamente ou nas situações em que a presença de lesões no segmento cefálico impossibilite a realização do exame clínico.

c — Teste de Apnéia — permite a confirmação de ausência de movimentos respiratórios, após estimulação máxima dos centros respiratórios bulbares pela hipercapnia de pelo menos 60 mmHg, sem a ocorrência concomitante de hipóxia, sendo necessário que sejam seguidas estas condições:

- 1 — Estabilização da pCO₂ arterial em aproximadamente 40 mmHg, confirmado pela gasometria inicial do teste;
- 2 — Oxigenação com O₂ a 100% por 10 minutos;
- 3 — Desconexão do respirador e manutenção de um cateter traqueal com O₂ a 6 litros/minuto;
- 4 — Observação da presença de movimentos respiratórios por 10 minutos, sendo, ao final, colhida nova gasometria arterial.

O teste será positivo para apnéia se, ao final do período, a pCO₂ atingir nível de 60 mmHg sem a presença de movimentos respiratórios. Caso a pCO₂ seja menor de 60 mmHg, deverá o teste ser repetido, calculando-se um aumento médio da pCO₂, de 3 mmHg/min. em adultos e de 4 mmHg/min. em crianças (nestas, a duração do 1º teste será de 5 minutos).

3ª ETAPA - Testes complementares - visam demonstrar a ausência de função cerebral. A constatação desta evidência é obtida através de:

a — Ausência de atividade elétrica cerebral — por EEG, com silêncio elétrico cerebral "isoeétrico", realizado conforme as normas técnicas da American EEG Society.

b — Ausência de perfusão sangüínea cerebral — por ausência de fluxo sangüíneo cerebral durante 30 segundos em angiografia de 4 vasos encefálicos por cateterismo ou cintilografia cerebral ou outros métodos de medição de fluxo sangüíneo cerebral.

4ª ETAPA — Repetição dos Exames — a repetição da 2ª etapa deste critério tem por finalidade detectar a persistência das condições clínicas constatadas anteriormente. Caso seja demonstrada a ausência de atividade elétrica cerebral ou de perfusão sangüínea, por qualquer um dos métodos acima citados, o exame clínico deverá ser repetido após 60 minutos. Se não for realizado nenhum teste complementar, o exame clínico deverá ser repetido após um tempo mínimo de 6 horas, porém, nos casos de lesão encefálica do tipo anóxica-hipóxica este intervalo deverá ser de 18 horas. Nos pacientes com suspeita de intoxicação por drogas, ocorrida durante a internação, deverá ser realizada pesquisa e dosagem dos níveis séricos de substâncias envolvidas ou aguardar um período de 72 horas para a realização do 2º exame clínico.

EQUIPE MÉDICA — os exames clínicos deverão ser realizados no mínimo por dois médicos experientes no atendimento de pacientes em coma profunda com lesão cerebral, sendo um deles neurologista ou neurocirurgião e o outro, intensivista. Nenhum destes médicos devem ter qualquer interesse ou participação em equipe de transplante de órgãos. Após a realização do 2º exame e, havendo concordância entre seus componentes quanto à confirmação do estado de morte encefálica, os membros da equipe médica completarão o preenchimento e assinarão a ficha de exame com a declaração de óbito constante no anexo I, em duas vias, permanecendo a 2ª via no prontuário médico e a 1ª sendo encaminhada à Comissão de Ética Médica do Hospital de Clínicas. A seguir, o médico responsável pelo paciente faz contato com os familiares e comunica-lhes o estado de morte encefálica do paciente.

Curitiba, 19 de junho de 1986

DR. CARLOS EDUARDO S. SILVADO *

DR. EHRENFRIED OTHMAR WITTIG *

DR. PAULO ROBERTO CRUZ MARQUETTI *

* Professores do Curso de Medicina.

Este critério foi formulado pelos autores, à Direção do Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná.

O plenário do CRM, reunido em 18.06.86 o aprovou e recomendou como modelo.

CRITÉRIO DE MORTE ENCEFÁLICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA U.F.Pt.

A – IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Registro _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____ Religião: _____

B – PRÉ-REQUISITOS – DIAGNÓSTICO

EVOLUÇÃO	DIA	HORA
Interação		
Instalação de Lesão Encefálica		
Instalação do Coma		
Instalação da Apnéia		
CAUSAS REVERSÍVEIS DE COMA	PRESENTE	AUSENTE
Hipotermia		
Intoxicação por Drogas		
Distúrbio Metabólico Severo		

C – EXAME CLÍNICO E TESTE DE APNÉIA

		1.º EXAME	2.º EXAME
		DIA	
		HORA	
PRESENÇA DE COMA NÃO REATIVO			
AUSÊNCIA DE REFLEXOS DO TRONCO CEREBRAL	R. Pupilar		
	R. Corneano		
	R. Oculocefalógiro		
	R. Tosse		
TESTE DE APNÉIA	pCO ₂ Inicial		
	pCO ₂ Final		
	Duração do Teste		

D – TESTES COMPLEMENTARES

	AUSENTE	PRESENTE	NÃO REALIZADO
Atividade Elétrica Cerebral			
Perfusão Sanguínea Cerebral			
Potencial Evocado Cerebral			
Outros			

E – OBSERVAÇÕES:

--

F – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Baseados no preenchimento do Critério de Morte Encefálica acima descrito, os Médicos abaixo assinados, declaram o óbito de _____
 _____ às _____ horas do dia _____ de _____
 de _____.

DR. _____ CRM _____ DR. _____ CRM _____ DR. _____ CRM _____

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

**LEIA COM
ATENÇÃO**



HOSPÍTIOS

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 3.268, 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 de 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 WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária-Geral

NOVAS ENTIDADES MÉDICAS QUE JÁ ENCAMINHARAM DOCUMENTAÇÃO PARA REGISTRO

- Santa Casa de Misericórdia Maria Antonieta Hospital São Lucas Ltda.
- Hospital das Clínicas e Maternidade Sta. Rita de Cassia Ltda.
- Hospital de Caridade São Vicente de Paulo Hospital e Maternidade Santa Isabel
- Hospital e Maternidade Santo Antonio Clínica e Pronto Socorro Portão Ltda.
- Hospital Nossa Senhora de Lourdes de Planalto Ltda.
- Hospital Geral Nossa Senhora Aparecida Ltda.
- Casa de Saúde Dr. Mário Eduardo Rossi Ltda.
- Hospital São Lucas Ltda.
- Hospital Maria Santíssima Ltda.
- Hospital Dr. Aurélio
- Hospital Iretama Ltda.
- Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

- Goio-Erê
- Cambará
- Terra Boa
- Guarapuava
- Santa Isabel do Ivaí
- Araruna
- Curitiba
- Planalto
- Umuarama
- Cornélio Procópio
- Guaíra
- São Pedro do Ivaí
- Nova Aurora
- Iretama
- Toledo

Hospital e Maternidade Lunardelli Ltda.	Lunardelli
Hospital Erasto Gaertner L.P.C.C.	Curitiba
Hospital Anchieta Ltda.	Campo Mourão
Instituto de Medicina e Cirurgia de Bandeirantes Ltda.	Bandeirantes
Hospital São Lucas de Assis Chateaubriand Ltda.	Assis Chateaubriand
Hospital Santa Rita Ltda.	Assis Chateaubriand
Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida S/C Ltda.	Ivaiporã
Hospital do Coração	Maringá
Hospital Infantil Santa Maria de Umuarama Ltda.	Umuarama
Hospital Santa Rita	Lobato
Centro de Oncologia e Radioterapia Sant'Ana Ltda.	Maringá
Casa de Saúde Dr. Lima	Cascavel
Hospital Mariópolis Ltda.	Mariópolis
Hospital São João	Guarapuava
Hospital São João Batista	Paulo Frontin
Hospital Osvaldo Cruz Ltda.	Cidade Gaúcha
Policlínica São Marcos de Campo Mourão Ltda.	Campo Mourão
Associação de Prot. à Infância de Ponta Grossa	Ponta Grossa
Hospital Climon Ltda.	Apurana
Albergue Noturno Nosso Lar.	Loanda
Hospital São Lucas de Cascavel Ltda.	Cascavel
Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Ourizona	Ourizona
Hospital e Maternidade São Sebastião Ltda.	Clevelândia
Policlínica Laranjeiras Ltda.	Laranjeiras do Sul
Hospital de Caridade São Pedro	Mallet
Hospital e Maternidade Vila Mariá	Palotina
Hospital de Caridade São Sebastião	Wenceslau Braz
Hospital Rural João XXIII	São Jorge do Ivaí
Maternidade e Casa de Saúde São Judas Tadeu Ltda.	Rolândia
Clínica Infantil Pinheiros	Ponta Grossa
Clínica Infantil O Pequeno Príncipe Ltda.	Mal. Cândido Rondon
Hospital Marechal Cândido Rondon	Mal. Cândido Rondon
Hospital São José	Guaraniaçu
Hospital e Maternidade Filadélfia Ltda.	Mal. Cândido Rondon
Hospital Nossa Senhora da Consolação	Nova Londrina
Hospital Dr. Aryzone Ltda.	Francisco Beltrão
Hospital Santo Antonio	Floraf
Hospital Santa Fé	Eneas Marques
Hospital e Maternidade Porto Amazonas Ltda.	Porto Amazonas
Hospital Sindicato dos Trab. Rurais de Altônia	Altônia
Hospital e Maternidade São Lourenço S/C Ltda.	Mandaguaçu
Hospital e Maternidade São José Ltda.	Primeiro de Maio
Casa de Saúde e Maternidade de Loanda	Loanda
Clínica de Ortopedia e Fraturas Dr. Arnaldo Mauro	Campo Mourão
Santa Casa de Misericórdia de Maringá	Maringá
Hospital Regional Cristo Rei	Astorga
Hospital São Lucas de Pato Branco Ltda.	Pato Branco
Clínica Santa Maria Ltda.	Curitiba
Clínica Santa Cruz S/C.	Umuarama
Clínica São Judas Tadeu Ltda.	Curitiba
Hospital Santo Antonio do Iguauçu Ltda.	São Miguel do Iguauçu
Hospital Municipal São Francisco	Jandaia do Sul

CONSELHO ESCLARECE

PSICÓLOGO PODE EMITIR ATESTADO DE ENFERMIDADE?

A presente consulta foi inicialmente dirigida ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais pelo médico Dr. Affonso de Almeida Galeão Filho, o qual formulou as seguintes questões:

1. É permitido ao psicólogo emitir atestado de enfermidade ou declaração congênere, para justificar incapacidade ou não, contendo diagnóstico(s) literal ou codificado, das doenças constantes do CID?
2. Não há violação e acumplicimento de pessoa jurídica ou física na aceitação de tal atestado ou declaração, mesmo que solicitado, por estar sendo infringido o Art. 282 do Código Penal?

O Conselheiro Relator designado pelo CREMEMG ponderou entender que a questão envolvia competência de órgãos diferentes, no caso os Conselhos de Medicina e Psicologia, e sugeriu o encaminhamento da consulta ao Conselho Federal de Medicina. Acolhida a sugestão e enviada a consulta ao CFM fomos designados para emitir parecer sobre a matéria, o que passamos a fazer a seguir:

No Brasil, dispõe sobre a profissão de psicólogo a Lei Federal nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, regulamentada pelo Decreto nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964. Este Decreto, em seu Art. 4º, especifica as atribuições dos psicólogos, da forma que se segue:

Dec. 53.464 ... Art. 4º - "São funções do psicólogo:

1. Utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de:
 - a) Diagnóstico psicológico;
 - b) orientação e seleção profissional;
 - c) orientação psico-pedagógica;
 - d) solução de problemas de ajustamento.
2. Dirigir serviços de psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.
3. Ensinar as cadeiras ou disciplinas de psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor.
4. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de psicologia.
5. Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.
6. Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de psicologia".

Por sua vez a **Lei 4119**, no § 2º do **Art. 13**, diz que: "É da competência do psicólogo a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências".

Como se vê o psicólogo exerce profissão digna e de fundamental importância, o que se evidencia tanto no desempenho de suas tarefas costumeiras quanto na ação de colaborar com outros profissionais para o esclarecimento de assuntos psicológicos, os quais, como sabemos, têm notável abrangência e permeiam as atividades humanas em geral.

Outrossim ressalte-se que a legislação específica atribue ao psicólogo competência para formular **diagnóstico psicológico** e emitir pareceres sobre a **matéria de psicologia**. Entretanto, outra é a situação quando se trata de **fazer um diagnóstico de uma doença** ou emitir **atestado de uma enfermidade**, procedimentos que a lei não autoriza que sejam realizados por psicólogos, mas que se incluem nas atribuições e competência dos médicos. É claro que o médico pode, e às vezes é aconselhável que o faça, recorrer ao psicólogo para a formulação de um diagnóstico psicológico. O diagnóstico psicológico abrange a descrição de fenômenos, ocorrências e configurações psicológicas, dentro das variações da normalidade; e ainda a descrição das alterações das funções psíquicas, porém sem caracterizar ou delimitar uma entidade nosológica. Todavia o diagnóstico psiquiátrico, em que, apropriadamente, é feita a definição da existência ou não de doença mental e a especificação da natureza da patologia porventura existente, é atribuição exclusiva dos médicos.

É nosso entendimento, por conseguinte, que se o psicólogo emite atestado de enfermidade, estará excedendo os limites previstos nos diplomas legais que regulamentam sua profissão e invadindo área de atuação do profissional da medicina, incorrendo portanto na prática do ilícito capitulado no **Art. 282** da nossa Lei Punitiva. (**Código Penal: Art. 282** - "Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites"). E quem aceitar tal atestado incorrerá, também, na sanção da Lei, seja pessoa física ou jurídica, de vez que "ninguém se escusa de cumprir a Lei, alegando que não a conhece" (**Art. 3º** do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 - Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro, com a redação trazida pela Lei nº 3238, de 1º de agosto de 1957).

Assim sendo, em referência às questões que deram margem à presente consulta, respondemos:

À primeira pergunta: não é permitido;

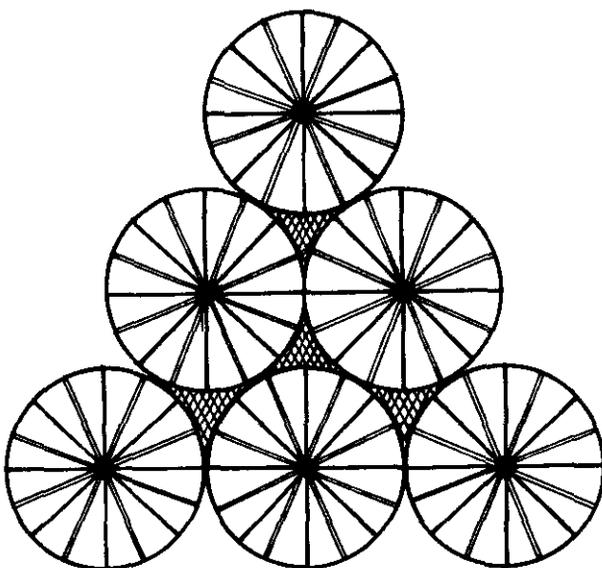
À segunda: sim, há violação.

É o nosso parecer s.m.j.

Fortaleza, 31 de agosto de 1985

DR. IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
RELATOR

Aprovado em sessão plenária do CFM em
10.01.86



ESTUDO E REGULAMENTAÇÃO. Pesquisa Biomédica em seres humanos no Brasil

Por força da Portaria n.º 82 de 13.04.82, o Exmo. Sr. Ministro de Estado da Saúde, Dr. Waldir Arco Verde, constituiu uma Comissão Especial para estudar e propor regulamentação alusiva à pesquisa biomédica em seres humanos.

Os documentos que seguem são o resultado do trabalho desta Comissão, em atenção ao que lhe foi solicitado. De acordo com os termos da referida Portaria, competiu à Comissão propor:

- a) Regulamentação básica a ser aplicada à pesquisa biomédica em seres humanos, incluindo definições e conceitos, diretrizes gerais sobre ensaios pré-clínicos, termo de conhecimento de risco e roteiro para protocolos de pesquisa e ensaios de farmacologia clínica.
- b) Procedimentos para assegurar a observância da regulamentação a ser proposta.
- c) Tradução, ao vernáculo, para adoção oficial, dos textos da Declaração de Helsinki (revista pela 29a. Assembléia Médica Mundial, Tóquio, 1975), e da "Proposed Inter-

national Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects" (COIMS, Genebra, 1982).

COMISSÃO ESPECIAL:

ADRIANA COSTA E FORTI
ALBERTO FURTADO RAHDE
ANTÔNIO CARLOS ZANINI
EDUARDO CARVALHO NETO
ÉRIO BRAZIL PELLANDA
FERNANDO FIGUEIRA
JOSÉ RODRIGUES COURA
MURILLO BELCHIOR
TELMO REIS FERREIRA
VICENTE AMATO NETO
HEONIR ROCHA (Presidente)

INTRODUÇÃO

A pesquisa biomédica envolvendo seres humanos continua sendo insubstituível como fonte de avaliação de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos antes de serem recomendados para uso clínico. Apesar da grande utilidade dos modelos, experimentais em animais, a transposição para o homem de dados que definem as respostas fisiológicas, toxicológicas e farmacológicas, não pode ser feita com segurança; o mesmo se diga, de procedimentos diagnósticos, profiláticos e terapêuticos (médicos e cirúrgicos), que tem surgido de modo cada vez mais frequente em nossos dias, alguns deles muito úteis e informativos, mas, certamente, cruentos e carreando perigos para as pessoas diretamente envolvidas.

Tem aumentado, em nosso país a participação de profissionais da saúde em experiências biomédicas envolvendo seres humanos. A inexistência de regulamentação que oriente os pesquisadores na condução de aspectos metodológicos e éticos resulta, certamente, em erros que podem comprometer os indivíduos sujeitos à pesquisa e/ou os pesquisadores. A necessidade de salvaguardar a dignidade, privacidade, e bem estar dos indivíduos utilizados em pesquisas biomédicas, assim como propiciar-lhes o gozo de seus direitos, justifica a preocupação do Ministério da Saúde em divulgar princípios e normas que sirvam de orientação e apoio nesta área. Em princípio, tudo se pauta na observância dos princípios éticos assentes da Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial, revista na 29a. Assembléia da Associação Médica Mundial em Tóquio, 1975.

CONCEITO E TIPOS DE PESQUISA BIOMÉDICA

Para o propósito deste documento, pesquisa biomédica envolvendo seres humanos é definida como qualquer estudo que objetive o avanço do conhecimento biomédico, quer seja uma intervenção ou avaliação de ordem física ou psicológica, quer seja a coleta e análise de dados referentes a indivíduos. Nesta definição, adaptada da publicação da CIOMS, 1982 (1), inclui-se, também, qualquer manipulação ambiental que possa resultar em risco para seres humanos. Apesar desta amplitude conceitual, limitam-se a esta definição apenas pesquisas de natureza médica.

Vários tipos de estudos se enquadram nesta conceituação, desde aqueles que visam caracterizar a resposta individual de doentes ou pessoas sadias a uma intervenção física, química, biológica ou psicológica, ou apenas aspectos bioquímicos, psicológicos ou patológicos, até aqueles que envolvem grupos de indivíduos ou comunidades. Neste caso mé-

todos diagnósticos, profiláticos ou terapêuticos são apreciados sob ângulo mais geral.

Pesquisas biomédicas, quando possível, e dependendo da fase e natureza da experimentação, devem ser **controladas** para melhor avaliação dos resultados obtidos. De outra parte, o prévio planejamento, conduz a observações **prospectivas**, muito mais ricas de informações que os estudos retrospectivos. Para maior rigor de informações, visando superar o efeito de aspectos subjetivos, algumas destas pesquisas (particularmente na área de farmacologia clínica) devem ser **duplo-cegas**; quando existe necessidade de dados mais numerosos, para avaliação mais rápida e significativa de um problema, utilizam-se **estudos multicêntricos**. Estas modalidades de pesquisa, e múltiplas outras variantes (2), visam apenas a uma investigação minudente e sistemática, em busca do estabelecimento dos fatos ou princípios almejados. Em todas elas, o conhecimento do ser humano, visando sua melhoria, conforto ou promoção, representa o objetivo fundamental.

REGULAMENTAÇÃO

São múltiplos os aspectos de uma pesquisa biomédica envolvendo seres humanos a necessitar de regulamentação específica. Em países como o nosso, em fase de rápido desenvolvimento tecnológico e científico, marcado por transformações sociais profundas e rápidas, com peculiaridades muito específicas de sua população, estas normas ou condutas devem atentar para aspectos da cultura local e peculiaridades regionais. Vejamos alguns aspectos mais pertinentes deste problema.

DOCUMENTOS LEGAIS VIGENTES

Existem, no Código de Ética Médica, em documentos do Conselho Federal de Medicina, no Código Civil e no Código Penal, artigos e resoluções que disciplinam alguns aspectos da resolução do médico com o doente, e que se aplicam ao problema de pesquisa biomédica (3).

O artigo 58 do Código de Ética se refere, especificamente à Pesquisa Biomédica, apontando a exigência do prévio consentimento do paciente para participar do estudo pós-informação das consequências possíveis ou prováveis da experimentação; além disso, no artigo 59 são interditas experiências no homem com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos. Nada existe, no Código, entretanto, de referência à pesquisa a ser realizada em pessoas sadias ou voluntários.

Em nosso país, os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional, e apreciadores de problemas desta área. Resolução do CFM (671/75) aponta a Declaração de Helsinki como guia para a classe médica em matéria de pesquisa.

As consequências de danos proporcionados a indivíduos submetidos a pesquisa biomédica estão previstas no Código Civil (Art. 159 e 1545) e Código Penal (Art. 15 e 132). O poder de disciplinar e aplicar penalidades a médicos, por infração da ética, cabe ao Conselho Regional de Medicina. Entretanto, esta jurisdição disciplinar não derroga a jurisdição comum quando o fato se constitua crime punível em lei.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Um dos princípios internacionalmente aceitos sobre experiência biomédica envolvendo seres humanos, é que, na medida do possível, ela seja realizada com indivíduos que permitiram a sua inclusão, e que exista o pleno direito de retirada, a qualquer momento, da experiência sem qualquer prejuízo para eles. Esta medida de proteção à liberdade e à dignidade do ser humano, pressupõe: 1. que tenha sido amplamente explicado aos participantes da experiência a natureza, objetivos, métodos, benefícios, riscos e des-

confortos resultantes da experimentação; 2. que o indivíduo envolvido tenha entendido a explicação; 3. que ele tenha maturidade e independência capaz de decidir, com absoluta liberdade, sem qualquer elemento de coação; 4. que ele esteja certo do seu direito de recusar e participar, a qualquer momento, e sem qualquer prejuízo.

Para muitos países, existe a exigência de consentimento pós-informação assinado. Quando possível, esta é a situação ideal. Esta exigência, entretanto, não nos parece obrigatória em todos os nossos casos. Levando em conta aspectos culturais e regionais, acreditamos poder ser obtido consentimento escrito ou verbal para os casos comuns de experimentação biomédica envolvendo seres humanos em nosso meio (4).

Seguem-se alguns aspectos da regulamentação desta matéria, a serem atendidos:

1. Toda experimentação biomédica envolvendo seres humanos deve trazer um modelo do termo de consentimento, para inclusão de doentes no estudo. Este modelo contém as informações que serão prestadas ao doente de sua aceitação ou não de participar no estudo.
2. O termo de consentimento deve ser apresentado de forma clara e compreensível pelo investigador, e a aceitação pode ser obtida por escrito ou verbalmente. Toda vez que possível, o consentimento escrito deve ser obtido; quando se obtiver o consentimento verbal, deve ser anotada no termo de consentimento individual de cada doente, a data da obtenção, seguida de assinatura do pesquisador responsável.
3. Como elemento de proteção adicional do doente, o protocolo de uma experimentação clínica, contendo o termo de consentimento, deve ter sido examinado por uma Comissão de Revisão Institucional, quanto às implicações de caráter ético.
4. Em caso de utilização de produtos novos, não comercializados em nosso país, o protocolo do estudo deve ser também levado ao conhecimento da Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, que poderá ou não aprovar a realização do estudo.
5. Informes sobre o termo de consentimento, a cargo do responsável pela pesquisa deverão fazer parte do dossiê de oficialização de um estudo. O responsável, em pesquisa biomédica que envolve a participação de seres humanos não poderá ser profissional não médico.

O modelo do termo de consentimento pós-informação varia com o tipo de pesquisa a ser feita, mas que não pode deixar de conter as informações básicas sobre as vantagens e perigos do estudo (natureza, objetivos, metodologia, benefícios, riscos e desconforto).

SITUAÇÕES ESPECIAIS E PECULIARIDADES LOCAIS

De acordo com a Declaração de Helsinque, não se pode fazer pesquisa com seres humanos senão após obtenção de consentimento pós-informação. Esta informação sobre o trabalho, como já mencionado, deve ser feita de modo compreensível, incluindo os objetivos da investigação, a metodologia que vai ser empregada, assim como dos benefícios que estão envolvidos.

Existem situações especiais, já bem analisadas em outros documentos (1), e que merecem aqui breve menção. Algumas delas são de caráter internacional, outras representam peculiaridades locais (5).

Pesquisa em crianças - só justificável quando se estudam condições em que a criança é especialmente susceptível, ou quando a observação em adulto não fornecer as respostas desejadas. O consentimento para a investigação deve ser obtido de um dos pais ou responsável oficial.

Pesquisa em mulheres grávidas - só justificável quando não carrega perigo para o conceito, e quando pode trazer benefício para a mãe, para o feto ou recém-nascido. Estu-

do de teratogenicidade de novos medicamentos deverão ser obtidos, exclusivamente de observação em animais de experiência.

Pesquisa em indivíduos com doença mental - só justificável quando o estudo não puder se realizado em adultos com boa saúde mental, ou quando se visa investigar a causa e o tratamento de doença mental ou de alterações do comportamento. Infelizmente, as doenças mentais não ocorrem nos animais, como se manifestam na espécie humana. Deve ser obtida a permissão do responsável mais direto (esposa, pais, filho adulto ou parente mais próximo responsável), quando se trata de paciente com deficiência mental, ou profundamente deprimido ou confuso. Em outros casos, a competência de dar consentimento para inclusão de um paciente pode ser reforçada pela opinião de outro médico, sendo aconselhável obtê-la.

Pesquisa em indivíduos incapazes de uma permissão consciente - Grande contingente populacional de países em desenvolvimento é de pessoas com baixo desenvolvimento intelectual, analfabetismo, e incapacidade real de entendimento de técnicas e procedimentos ligados a uma observação experimental. Nestes casos eles, decidem muito mais em confiança ao médico com quem se defrontam, ou à base de tabus e limitações culturalmente arraigados, do que por consciência decisória plena. Muitos deles, por não serem capazes de escrever nem os seus próprios nomes, não podem fornecer, conscientemente, documento válido de sua aceitação. A substituição da assinatura pela impressão digital, se atende à exigência de ter sido apresentado, ao doente ou responsável, informação sobre a realização da pesquisa, nada indica quanto ao real entendimento do que se vai efetuar. Aumenta muito, nestes casos a responsabilidade ética do médico coordenador da investigação que, não apenas deve se esforçar por tornar compreensível ao doente, tanto quanto possível, as principais etapas de estudo, mas deve, em casos de maior risco, obter a assinatura de outro médico no documento de consentimento pós-informação.

Experiência em voluntários e prisioneiros - O uso de prisioneiros como voluntários de experiências biomédicas tem dado origem a argumentos muito contraditórios. Embora inexista limitação ética explícita acerca da utilização de prisioneiros, achamos que a expectativa de benefícios adicionais não pode ser afastada como o motivo dominante do consentimento.

De outra parte, a utilização de voluntários em geral quando feita à base de membros de posição inferior numa estrutura hierárquica bem definida (soldados de forças armadas, técnicos de laboratório, empregados de companhias farmacêuticas, etc.), não permite que se afaste a busca de vantagens adicionais, ou simples coação. Nestes casos, o cuidado de obtenção do consentimento deve ser redobrado, preferentemente com a anuência de comprovação de outro médico, que também assina o documento.

PESQUISAS COM PARTICIPAÇÃO DE GRUPOS ESTRANGEIROS

Está aumentando o número de pesquisas realizadas com a participação de verba ou pesquisadores estrangeiros. Às vezes, a pesquisa é integralmente financiada por agências internacionais. Em alguns casos, grupos de estrangeiros criam condições para a realização independente da investigação, em países em desenvolvimento, quer de natureza laboratorial, quer uma pesquisa de campo.

Existem alguns pontos que devem ficar perfeitamente claros para o bom andamento ético de tal tipo de intercâmbio:

- a. deve haver aprovação do projeto de trabalho conjunto pelos Comitês de avaliação dos países envolvidos;
- b. as exigências éticas a serem cumpridas devem ser aquelas do país de origem do dinheiro, tanto quanto do país onde se realiza a pesquisa;

c. não deve ser permitido a estrangeiro, coordenar projetos de pesquisa em nosso meio. Deve sempre haver o coordenador local.

No caso de pesquisa de campo, cresce, mais ainda, o interesse de haver controle das atividades do pesquisador estrangeiro. Este tipo de pesquisa deve ser do conhecimento de autoridades do Ministério de Saúde, para acompanhamento e controle (conhecimento e aprovação nas Secretarias de Saúde dos diversos estados).

CARACTERÍSTICAS DE UM PROTOCOLO PARA ESTUDO DE FARMACOLOGIA CLÍNICA

Os estudos de Farmacologia estão se tornando cada vez mais frequentes, com o surgimento de produtos novos em escala crescente. A preocupação aqui se prende ao fato de que a experimentação em animais não satisfaz, tornando obrigatória a observação criteriosa no homem; muitos dos novos produtos são altamente ativos, com efeitos benéficos mas, também, com grande potencialidade de reações adversas.

Naturalmente, antes de ser experimentado no homem, qualquer produto ativo deve ter sido submetido à fase de estudos pré-clínicos, de acordo com protocolo cuidadoso e rigoroso (vide anexo). Este protocolo visa demonstrar, no animal (mais de uma espécie), o efeito terapêutico previsto do produto, suas reações adversas, e seu mecanismo de atuação. Dá-se ênfase especial à toxicidade (aguda, sub-aguda e crônica) do produto, com o fim de se diminuir as oportunidades de reações tóxicas para o homem.

As fases de uma Pesquisa Farmacológica Clínica estão já bem definidas (6), e devem ser rigorosamente cumpridas.

Na preparação de um protocolo para experimentação biomédica envolvendo seres humanos devem ser claramente explicitados, em qualquer protocolo (6):

1. Objetivos do estudo
2. Apreciação de resultados pré-clínicos
3. Apreciação de resultados clínicos já existentes
4. material do estudo
 - 4.1 Seleção dos pacientes
 - amostragem
 - critérios de inclusão
 - critérios de exclusão
 - número de pacientes
 - o termo de consentimento pós-informação, e o modo de como o doente será informado
5. Metodologia
 - Tipo de ensaio
 - Diagnóstico da patologia principal e de patologias associadas
 - Suporte laboratorial
 - Ficha clínica e ficha laboratorial
 - Posologia e vias de ministração
 - Acompanhamento dos efeitos do produto
 - Acompanhamento de aspectos gerais do caso clínico
 - Duração do tratamento.
6. Resultados
 - Avaliação dos resultados obtidos
 - Tabulação dos dados
 - Plano de avaliação estatística
 - Confidencialidade dos dados

7. Indicação de que o protocolo foi apreciado por Comissão de Revisão Institucional, e se enquadra nos princípios éticos da Declaração de Helsinque.

SUGESTÕES E MEDIDAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Com a finalidade de disseminar as informações necessárias e assegurar a regulamentação relativa à pesquisa biomédica em seres humanos, sugere-se a tomada das seguintes providências:

1. Divulgação ampla da Declaração de Helsinque (traduzida ao vernáculo) não apenas para médicos em instituições hospitalares de nosso país, mas, para todos os estudantes do último ano das Escolas de Medicina.
2. Estimular a realização de Seminários sobre a Ética da experimentação em seres humanos em Hospitais de ensino, e em Hospitais da rede federal ou estadual onde se realiza a experimentação biomédica. Para isso, sugere-se a interação do Ministério da Saúde e os Ministérios da Previdência e Educação.
3. Determinar ou sugerir a criação de Comissões de Revisão Institucional (Comissões de Ética Médica ou de Avaliação Ético-Científica), em Hospitais da rede federal ou estadual, e nos Hospitais de Ensino para exercerem as seguintes funções:
 - a. assegurar que estão sendo respeitados, e postos em prática, os princípios de ética médica;
 - b. certificar-se que as intervenções propostas e/ou a ministração de drogas em desenvolvimento são relativamente seguras para a aplicação em seres humanos.A composição destas Comissões pode ser variável de local a local, mas deve ser composta de pessoas que possuam competência técnica, para melhor avaliar as consequências físicas e psicológicas da investigação, e, também, ter a participação de leigos, que representem a opinião da comunidade.
4. Além destas comissões descentralizadas, o Ministério de Saúde deve sugerir a instalação de uma Comissão de Revisão na Secretaria de Vigilância Sanitária, para a apreciação de projetos envolvendo medicamentos não comercializados no país. Nestes casos, os projetos devem, obrigatoriamente, ser inscritos e apreciados previamente neste órgão governamental.
Este comitê deve ter uma constituição de modo a propiciar revisão completa e adequada das atividades de pesquisa sugeridas.
5. Entrar em contato com a Presidência do CNPq, FINEP e outras agências financiadoras de projetos de experimentação biomédica envolvendo seres humanos, e solicitações que já tenham sido, nos seus locais de origem, apreciadas por Comissão de Revisão Institucional.
6. Comunicar-se com o Editor e Corpo Editorial de Revistas de divulgação de trabalhos científicos na área biomédica, de bom padrão de qualidade, para que incluam como exigência para publicação, ter sido feita revisão de aspectos éticos do trabalho na instituição de origem, antes de sua realização. Este fato deve ser indicado no rodapé do trabalho (ou após o Sumário).
7. Deve haver plena interação do Ministério da Saúde com o Conselho Federal de Medicina e com os Conselhos Regionais de Medicina, para consulta e orientação nos casos de dúvida quanto a aspectos éticos de projetos de investigação surgidos nas áreas dos Estados ou na área Federal.
8. Finalmente, sugere-se que o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação, procure estimular uma revisão curricular ampla e imediata no que tange ao ensino de Ética Médica (8). Este ensino deverá ser mais integrado ao currículo de medicina, desde a fase pré-clínica à fase clínica do ensino graduado, e estender-

se ao período pós-graduado. Uma das maneiras de implementar esta idéia será o patrocínio, pelo MEC e Ministério da Saúde, de um Seminário sobre Ética Médica, em que os responsáveis pelo ensino da área pudessem rever e modificar o currículo dos seus cursos, de acordo com novas exigências.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS PARA O PREPARO DO DOCUMENTO

1. Proposed International Guidelines dos Biomedical Research Involving Human Subjects, CIOMS, Geneva, 1982.
2. PELLANDA, E.B. - Conceitos e definições de termos relacionados à realização de pesquisa biomédica em seres humanos. Seminário, "Alguns aspectos da Regulamentação da Pesquisa Biomédica no Brasil Envolvendo Seres Humanos", Salvador, Bahia, 1982.
3. BELCHIOR, M.B. e FERREIRA, T.R. - Apreciação dos documentos legais vigentes relacionados à pesquisa biomédica em seres humanos. Seminário, "Alguns aspectos da Regulamentação da Pesquisa Biomédica no Brasil Envolvendo Seres Humanos", Salvador, Bahia, 1982.
4. AMATO NETO, V. - Termo de conhecimento de risco. Seminário, "Alguns Aspectos da Regulamentação da Pesquisa Biomédica no Brasil Envolvendo Seres Humanos", Salvador, Bahia, 1982.
5. FIGUEIRA, F. e NUNES, R. - Peculiaridades regionais na aplicação das normas para a realização de pesquisa biomédica em seres humanos. Seminário, "Alguns Aspectos da Pesquisa Biomédica no Brasil Envolvendo Seres Humanos", Salvador Bahia, 1982.
6. COSTA E FORTI, A. - Características de um protocolo para experimentação biomédica (clínica e não clínica).
a) Exigências de estudo pré-clínico; b) Exigências para estudo clínico. Seminário, "Alguns Aspectos da Pesquisa Biomédica no Brasil Envolvendo Seres Humanos", Salvador, Bahia, 1982.
7. ZANINI, A.C. e RAHDE, A.F. - Procedimentos para assegurar a observância da regulamentação relacionada à pesquisa biomédica em seres humanos. Seminário, "Alguns Aspectos da Pesquisa Biomédica no Brasil Envolvendo Seres Humanos", Salvador, Bahia, 1982.
8. COURA, J.R. - Necessidades de adaptação curricular para atender a objetivos éticos da experimentação humana. Seminário, "Alguns Aspectos da Pesquisa Biomédica no Brasil Envolvendo Seres Humanos", Salvador, Bahia, 1982.

Nota: Vide Declaração de Helsinke em Arquivos no. 8 e Pesquisas Biomédicas em seres humanos - Diretrizes Internacionais em Arquivos no. 9.

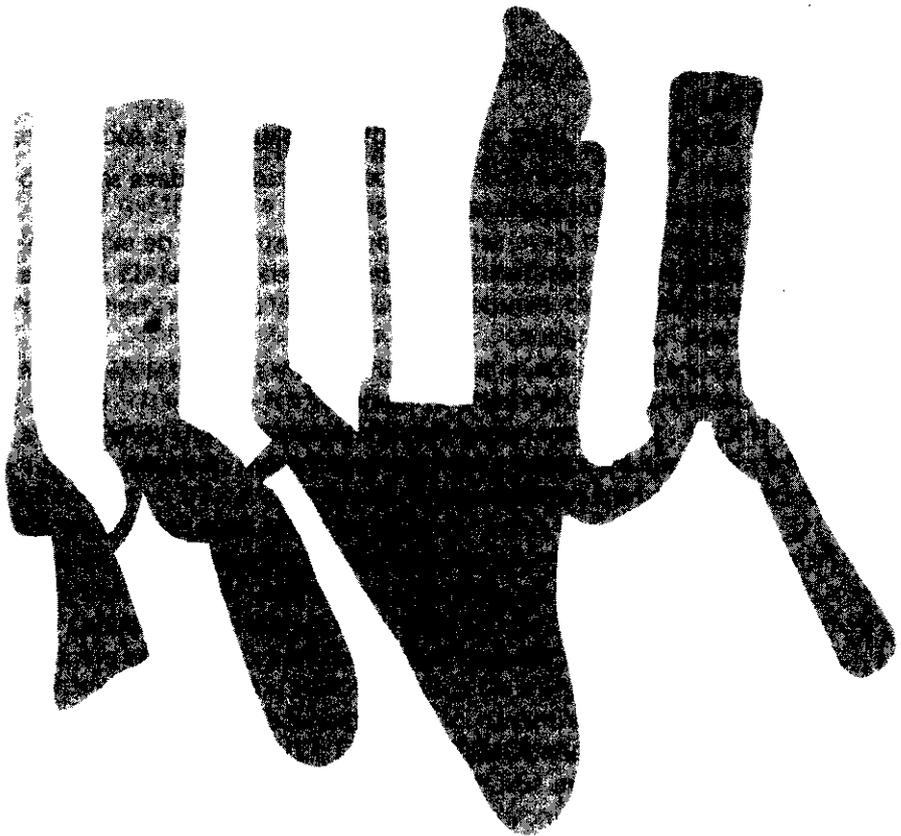
**NOSSO COMPROMISSO
É MANTER VOCÊ CADA
VEZ MAIS BEM INFORMADO.
EM QUALQUER TEMPO.**

**E VOCÊ TEM
APROVEITADO?**

**DEPOIS NÃO DIGA QUE NÃO
SABIA**

**LEIA E
COLECIONE**





GRANDES DECLARAÇÕES DA MEDICINA

- Declaração de Nuremberg

1946

1. O consentimento voluntário do paciente humano é absolutamente necessário.
2. O experimento deve visar resultados saudáveis à sociedade, que não tenha outros métodos ou meios de estudos, e deve ser feito com toda técnica e com absoluta necessidade.
3. O experimento deve ser baseado em resultados de experiência em animais e com conhecimento de História natural da doença ou outro problema em estudo que justifique o experimento por seus resultados antecipados.
4. O experimento deve ser conduzido de forma tal que evite todo sofrimento ou injúria física ou mental.
5. Não se deve fazer experimento algum quando se tenha "a priori" razão para acreditar que possa resultar em morte ou desabilidade, exceto quando se trata de médicos.
6. O grau do risco a ser corrido pelo paciente não deve exceder a importância do problema a ser resolvido pelo experimento.
7. Todos os cuidados e precauções devem ser tomados para evitar a mais remota condição de injúria, morte ou incapacidade.
8. O experimento deve ser feito somente por pessoas cientificamente qualificadas.
9. Durante o experimento o ser humano deve ser mantido em condições de poder suspendê-lo.
10. O cientista deve suspender o experimento a qualquer tempo que o julgar capaz de incapacitar o paciente, lesá-lo, ou matá-lo.



CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

**Adotado pela 3ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial
Londres - Inglaterra
1948**

DEVERES DOS MÉDICOS EM GERAL

O médico deve manter sempre o mais alto nível profissional de conduta.

O médico deve exercer sua profissão sem influência de outrem. As seguintes práticas são consideradas como falta de ética:

- a) qualquer propaganda de sua pessoa, exceto aquelas devidamente autorizadas pelo Código Nacional de Ética;
- b) colaborar em qualquer forma de serviços médicos, nos quais não tenha independência profissional;
- c) receber qualquer pagamento em conexão com serviços prestados a um paciente, além de sua remuneração profissional, mesmo com o seu consentimento.

Qualquer ato ou conselho que possa enfraquecer física ou moralmente a resistência do ser humano só poderá ser admitido em seu próprio benefício.

A um médico é aconselhável usar de grande precaução em divulgar descobertas ou novas técnicas de tratamento.

DEVERES DO MÉDICO PARA COM O DOENTE

O médico deve ter sempre presente o cuidado de conservar a vida humana.

O médico deve a seu paciente completa lealdade e empregar em seu favor todos os recursos da ciência.

Quando um exame ou tratamento estiver além de sua capacidade, deverá ele convidar outro médico que tenha a necessária habilidade para realizá-lo.

O médico deverá manter segredo absoluto sobre tudo que sabe de um paciente, dada a confiança que nele depositou.

O médico deve prestar cuidados de emergência como um dever humanitário, a menos que esteja certo de que haja outras pessoas capacitadas a prestarem tais cuidados.

DEVERES DO MÉDICO PARA COM SEUS COLEGAS

O médico deveria ver seus colegas da mesma maneira que gostaria que eles o vissem.

O médico não deverá atrair pacientes dos seus colegas.

O médico deverá observar os princípios da "Declaração de Genebra", aprovados pela Associação Médica Mundial.



- Declaração de Genebra

(Adotada pela Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, Genebra, Suíça - 1948).

Manterei o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção. Mesmo sob ameaça, não usarei meu conhecimento médico em princípios contrários às leis da natureza.

Faço estas promessas, solene e livremente, pela minha própria honra.

Na hora de ser admitido como um membro na profissão médica:

Eu, solenemente, juro consagrar minha vida a serviço da Humanidade.

Darei, como reconhecimento a meus mestres, meu respeito e minha gratidão.

Praticarei a minha profissão com consciência e dignidade.

A saúde dos meus pacientes será a minha primeira preocupação.

Respeitarei os segredos a mim confiados.

Manterei, a todo custo, no máximo possível, a honra e a tradição da profissão médica.

Meus colegas serão meus irmãos.

Não permitirei que concepções religiosas, nacionais, raciais, partidárias ou sociais, intervenham entre meu dever e meus pacientes.

- Declaração de Oslo

Pronunciamento sobre o aborto terapêutico. (Adotado pela 24ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial Oslo - Noruega).

1970

1. O primeiro princípio moral imposto ao médico é respeitar a vida humana, como está expresso na cláusula da Declaração de Genebra: "Manterei o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção."

2. Circunstâncias que importam em conflitos entre os interesses vitais da mãe e os do feto, criam dilema e levantam questões se a gravidez deve, ou não, ser interrompida.

3. A diversidade de respostas nessas situações acarreta diversidade de atitudes ante a vida do feto, o que é assunto de convicções pessoais e de consciência, que devem ser respeitadas.

4. Não é papel do médico determinar atitudes e regras para qualquer comunidade ou caso particular sobre esta matéria, mas é nosso dever ter em mente a proteção dos nossos pacientes e salvaguardar os direitos do médico na sociedade.

5. Entretanto, onde a lei permite a realização do aborto terapêutico; onde a legislação é contemplativa, e isto não se constitui em política contrária à Associação Médica nacional; e onde, finalmente, a legislação aceita a indicação médica, estão aprovados os seguintes princípios:

a) O aborto deve ser praticado só como medida terapêutica;

b) A decisão para interromper a gravidez deverá ser aprovada por escrito, no mínimo por dois médicos escolhidos por sua competência profissional;

c) O procedimento deverá ser feito por médico devidamente habilitado e com permissão das autoridades competentes.

6. Se o médico julgar que suas convicções não lhe permitem aconselhar ou fazer aborto, poderá ele recusar-se, desde que tenha certeza da continuidade de seu trabalho por um colega qualificado.

7. Estas afirmações, enquanto não forem adotadas pela Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, não podem ser consideradas como obrigatórias por nenhum membro de qualquer associação, nem que tenham sido adotadas pela entidade da qual faz parte.



- Declaração de Tóquio

(II CONFERÊNCIA ASIÁTICA DAS POPULAÇÕES, 1972)

1. Direito a educação e informação adequadas sobre planejamento familiar.
2. Direito de acesso aos meios da prática de planejamento familiar.
3. Direito de igualdade entre homens e mulheres.
4. Direito de igualdade das crianças frente a lei, sejam nascidas dentro ou fora do matrimônio, e de suporte dos pais naturais.
5. Direito ao trabalho.
6. Direito a sistema de seguro social adequado, incluindo saúde e aposentadoria.
7. Direito de não ter fome.
8. Direito a um padrão de vida adequado.
9. Direito de estar livre de poluição ambiental.
10. Direito de liberdade de movimentação.
11. Direito de privacidade.
12. Direito de liberdade de pensamento.
13. Direito de separação do Estado da Igreja, a lei liberta do dogma.
14. Direito a reformas sociais, econômicas e legais com fim de implementar os direitos referidos.

- Declaração de Sidney

(Adotada pela 22^a Assembléia Médica Mundial. Sidney - Austrália. Agosto de 1968).

A determinação da hora da morte é, em muitos países, responsabilidade legal do médico, e assim deverá continuar. Usualmente, ele estará apto para decidir se uma pessoa está morta, sem métodos especiais, apenas empregando os critérios clássicos, conhecidos por todos os médicos.

Dois práticas modernas em Medicina exigiram estudos mais aprofundados sobre esta questão: (1) a capacidade de manter, por meios artificiais, a circulação com sangue oxigenado através dos tecidos do corpo, que podem estar irremediavelmente feridos; (2) o uso de órgãos de cadáveres, tais como coração e rim, para fins de transplantes.

A dificuldade é saber se a morte é um processo gradual ao nível celular, com variações na sua capacidade de substituir a privação de O₂.

O interesse clínico não fica no estado de preservação celular isolada, mas no destino do ser humano. Aqui, o conceito de morte de diferentes células e órgãos não é tão importante como a certeza de que o processo tornou-se irreversível depois de utilizadas todas as técnicas de ressuscitação.

Esta determinação deverá ser baseada no julgamento clínico, suplementado, se necessário, por um número de diagnósticos auxiliares, entre os quais o EEG, que é o de maior valor neste diagnóstico.

No entanto, nenhum critério tecnológico isolado é inteiramente satisfatório, no presente estado da Medicina, nem nenhuma técnica ou procedimentos podem ser substituídos pelo julgamento do médico.

Se o caso é de um transplante de órgão, a determinação da morte deverá ser feita por dois ou mais médicos, e estes, ao precisarem o momento daquela, não deverão, em hipótese alguma, preocupar-se com a realização do transplante.

Antes da determinação da morte de uma pessoa, impõe-se eticamente processarem-se todas as tentativas de ressuscitação, e em países onde a lei permite a remoção de órgãos de cadáveres, o consentimento deverá estar previamente legalizado.

Nota: A declaração de Helsinki está publicada nos Arquivos nº 8.



ACÓRDÃO

PROCESSO Nº 004/85

DENUNCIANTE: DR. S.B.T.
DENUNCIADO: DR. S.B.R.
RELATOR: DR. CARLOS ALBERTO A. BOER
REVISOR: DR. MARIO BUDANT DE ARAUJO
ACÓRDÃO: 002/86

UTILIZAÇÃO DE POSIÇÃO HIERÁRQUICA – OBSTE A OBEDIÊNCIA DE PRINCÍPIOS ÉTICOS – NÃO CARACTERIZAÇÃO – FALTA DE PROVAS – ABSOLVIÇÃO.

NÃO TENDO COMPROVADO O DENUNCIANTE, QUE O DENUNCIADO, USOU DE SUA POSIÇÃO HIERÁRQUICA SUPERIOR, PARA IMPEDÍ-LO DE RESPEITAR O MOVIMENTO DESENCADEADO PELOS ANESTESIOLOGISTAS, NO CASO, IMPÕE-SE A ABSOLVIÇÃO.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de processo ético profissional sob no. 004/85, em que é denunciante o Dr. S. B. T. e denunciado o DR. S. B. R.,

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma de votos dos senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação que foi feita ao denunciado, conforme ata no. 291^a, datada de 02 de junho de 1986.

Curitiba, 02 de julho de 1986

Dr. Carlos Alberto A. Boer
Relator

Dr. Mario Budant de Araujo
Revisor



PODE O CRM FORNECER A LISTAGEM DOS MÉDICOS INSCRITOS À QUEM SOLICITAR?

Consulta-nos o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, em ofício datado de 02 de junho de 1986, sobre a existência de normas para a entrega de listagens dos médicos inscritos bem como se estas podem ser fornecidas às pessoas interessadas.

PARECER

Os Conselhos Regionais de Medicina, em consonância com o disposto no artigo 15, letra "i", da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, têm por atribuição, promover a publicação da relação dos profissionais registrados, publicação esta que pode ser feita tanto na Imprensa Oficial quanto na Imprensa comum.

A divulgação da relação nominal dos médicos inscritos em cada Conselho Regional feita por esta forma significa que "a priori" todos tomaram conhecimento destes dados. Consequentemente, a relação nominal dos médicos inscritos em um determinado Regional, na medida em que constitui um dado de conhecimento público, pode ser fornecido a qualquer pessoa física ou jurídica que se mostre interessada em ter este tipo de relação.

Outro enfoque, contudo, há de ser dado quanto ao fornecimento de listagens que contenham dados suplementares pertencentes aos médicos inscritos, como endereço residencial, do consultório, filiação, etc.

Neste caso, devemos ponderar que os Conselhos Regionais de Medicina não possuem integral disponibilidade sobre estes dados constantes dos prontuários médicos existentes em suas dependências.

Portanto, o fornecimento destas informações através da emissão de listagens a qualquer pessoa física ou jurídica que faça requerimento neste sentido é, a princípio, reprovável uma vez que aos Conselhos Regionais não é dado qualquer autorização, quer tácita quer expressa, dos médicos para revelar os dados que lhes pertencem exclusivamente.

Com efeito, os dados pessoais de cada médico à ele pertence e só este pode deles dispor, não uma entidade de classe que os recebem em confiança com o fim precípua de apenas ter em seus registros dados para melhor fiscalizar a atividade médica daquele profissional.

Ademais, não podemos esquecer que o fornecimento de listagens com informações pessoais sobre os médicos inscritos em um determinado Regional poderia fomentar a prática de atividades com fins econômicos com a utilização do conhecimento dos dados pessoais de cada médico.

Por fim, convém salientar que os Conselhos Regionais enquanto autarquias corporativas que são, devem pautar seus atos de conformidade com a lei que, para este caso específico, os autoriza somente à promover a publicação e o fornecimento da relação nominal dos profissionais registrados e nada mais.

Concluindo:

- a) o Conselho Regional de Medicina tem por atribuição publicar a relação dos médicos aí inscritos, conforme dispõe o artigo 15, letra "i" da Lei n.º 3.268/57;
- b) esta autorização legal é para que os Conselhos Regionais promovam apenas a publicação da relação nominal dos médicos registrados, sendo vedada a publicação de dados suplementares sobre cada profissional;
- c) na medida em que, a partir da publicação da relação nominal dos médicos inscritos na Imprensa, estes dados caem no conhecimento público, os Conselhos Regionais poderão fornecer referida relação às pessoas interessadas;
- d) os Conselhos Regionais não possuem integral disponibilidade sobre outros dados suplementares pertencentes a cada médico inscrito e, portanto, não é possível que forneçam listagem contendo estes dados às pessoas físicas ou jurídicas que façam requerimento neste sentido.

É o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 27 de junho de 1986.

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica



O Conselho só lhe
incomodará se você
não seguir a lei.
Nós só fazemos
com que seja
cumprida.

“DIPLOMA DE MÉRITO ÉTICO-PROFISSIONAL”

RESOLUÇÃO CRM-PR Nº 17/86

Institui o “Diploma de Mérito Ético-Profissional” e disciplina sua concessão.

O Plenário do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58,

CONSIDERANDO que é direito dos membros regularmente inscritos, poder receber honorarias outorgadas pelo Conselho;

CONSIDERANDO ser atribuições do Conselho Plenário outorgar honorarias;

CONSIDERANDO que cabe aos Conselhos Regionais de Medicina zelar e trabalhar, por todos os meios a seu alcance, pelo prestígio da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de dar conhecimento público dos exemplos dignificantes no exercício da profissão de médico;

RESOLVE:

Art. 1.º - Instituir o “Diploma de Mérito Ético-Profissional”.

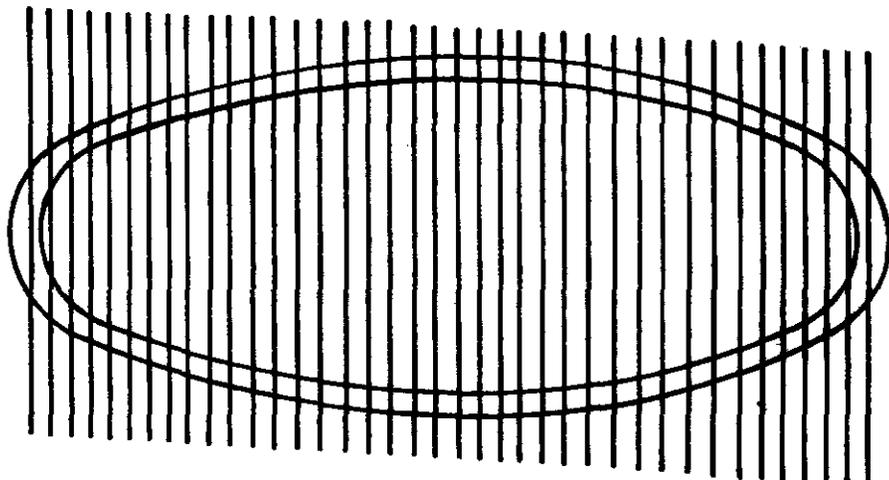
Art. 2.º - Outorgar o “Diploma de Mérito Ético-Profissional”, a médico que regularmente inscrito na jurisdição deste Conselho, tenha completado 50 anos ininterruptos do exercício da profissão, sem sanção ético-profissional, com relevante e exemplar conduta médica, por indicação e critério do plenário.

Art. 3.º - A aprovação será em escrutínio secreto por maioria simples.

Art. 4.º - A entrega do “Diploma de Mérito Ético-Profissional” proceder-se-á anualmente, na sede deste Conselho, em sessão plenária, solene, pública, no dia 18 de outubro, “Dia do Médico”.

Art. 5.º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua aprovação.

Aprovado em sessão plenária em 14.07.86.



ENSINO DA ÉTICA MÉDICA NAS FACULDADES DE MEDICINA BRASILEIRAS.

Nelcivone S. Melo
Ivan de Araújo Moura Fé
Carlos Adolpho C. Pereira
Salomão Baruki
Waldir P. Mesquita

INTRODUÇÃO

A Diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM) eleita em outubro de 1984 estabeleceu um plano de trabalho objetivando dinamizar as atividades do órgão e participar ativa e democraticamente em todos os assuntos pertinentes ao exercício da profissão médica. Foram constituídas algumas comissões de trabalho para instrumentalizar e dar suporte aos diversos projetos a serem executados. A Comissão de Ensino Médico, uma das novas comissões criadas, decidiu realizar, como tarefa inicial, pesquisa sobre o ensino da Ética Médica em nossas Faculdades de Medicina. O tema é atual e palpitante e tem despertado grande interesse por parte de educadores, profissionais da área de saúde e da comunidade, o que pode ser facilmente aquilatado pelas frequentes publicações na imprensa médica e leiga (1-9) com enfoques os mais variados, carreado amplo material para análise. Tem havido também, ainda que discretamente, iniciativas isoladas de Conselhos Regionais de Medicina, Associações Médicas, Sindicatos Médicos e outras entidades afins, no sentido de promover o debate sobre o ensino médico em geral e, particularmente, sobre o ensino da Ética Médica (1,2,3,6,8).

O objetivo da Comissão de Ensino Médico do CFM ao realizar a presente pesquisa foi o de tomar conhecimento da realidade atual do ensino da Ética Médica nas Faculdades de Medicina no país, colhendo subsídios para futuras propostas e iniciativas a serem implementadas neste setor e contribuir para o debate e a difusão de idéias a respeito do ensino da Ética Médica.

MÉTODOS

O instrumento da pesquisa constou de questionário contendo questões objetivas de modo a permitir o levantamento dos seguintes aspectos do ensino da Ética Médica:

1. Existência da disciplina;
2. Departamento ao qual pertence;
3. Carga horária;
4. Período letivo em que é ministrada;
5. Número de alunos por turma;
6. Número, titulação e formação profissional dos docentes e,
7. Nível de articulação com o Conselho Regional de Medicina.

Foi também solicitado cópia do programa do curso de Ética Médica e, ao final, foi deixado espaço para formulação de críticas e sugestões visando o aprimoramento do ensino da Ética Médica.

Conselheiros do Conselho Federal de Medicina e Membros da Comissão de Ensino Médico.

O referido questionário foi remetido a todas as 76 Faculdades de Medicina do Brasil, via de Ofício dirigido aos seus respectivos Diretores e com a solicitação de que fossem respondidos pelos docentes de Ética Médica. Anexo ao questionar havia um texto explicativo dos objetivos da pesquisa. Foram também acionados os Conselhos Regionais de Medicina no sentido de que, em suas bases territoriais, mantivessem contato com os referidos docentes instando-os ao preenchimento do questionário. Cerca de 30 dias após o primeiro despacho nova correspondência foi enviada reiterando os termos da primeira.

RESULTADOS

Foram recebidos 58 (76,3%) dos 76 questionários enviados (Tabela 1). Apenas duas Faculdades de Medicina declararam explicitamente a inexistência da disciplina em sua grade curricular. Em 19 (32,8%) Faculdades a Ética Médica é disciplina autônoma e nas 39 (67,2%) restantes ela faz parte da Medicina Legal (Tabela 2). Embora 12 escolas não tenham informado em qual departamento está inserida a Ética Médica, pode-se observar na Tabela 3 que existe distribuição bastante heterogênea. A carga horária destinada ao ensino da Ética Médica foi em média de 20 horas (Tabela 4). Em duas escolas foi assinalada carga horária menor que 10 horas e, em várias outras, foi possível diferenciar a carga horária da Ética Médica daquela destinada à Medicina Legal. Com relação ao período letivo, na maioria das faculdades a Ética Médica é ministrada no ciclo profissional equivalente ao terceiro, quarto e quinto anos nos cursos seriados (Tabela 5). O número de alunos por turma variou de 20 a 120 (Tabela 6). A grande maioria das faculdades conta com apenas 1 (39,7%) ou 2 (31,0%) docentes para ministrar a disciplina (Tabela 7) e 61 (43,0%) dos 143 professores englobados na pesquisa são médicos Legistas (Tabela 8). Com relação ao quesito articulação com o Conselho Regional de Medicina, 21 (36,2%) escolas declararam haver "Bom" nível de articulação e 29 (50,0%) declararam não haver articulação alguma com o Conselho do seu respectivo estado (Tabela 9).

As propostas apresentadas pelos docentes foram catalogadas e ordenadas em ordem decrescente de frequência (Tabela 10). A proposta colocada em primeiro lugar recebeu 17 indicações e a última, apenas uma.

DISCUSSÃO

Muito se tem escrito nos últimos anos sobre o ensino da Ética Médica aqui e alhures (1-9). Entretanto, existem ainda questões a serem resolvidas a respeito de alguns pontos de grande interesse, quais sejam: Deve existir ensino formal da Ética Médica? De que maneira a Ética Médica deve ser ensinada? Quando este ensino deve ser ministrado? Quem pode e deve ensinar a Ética Médica? O que deve ser ensinado?

Não se pretende apresentar aqui respostas para todas as questões acima mas, tão

somente discutir alguns aspectos a partir da análise dos dados coletados no presente inquérito. Parece não haver dúvidas de que é importante para o médico, ao longo de sua vida profissional, um conhecimento, mínimo que seja, a respeito dos princípios legais e éticos que norteiam a profissão. O Conselho Federal de Educação determina que a Medicina Legal e a Deontologia Médica façam parte do currículo dos cursos de graduação em medicina (8). De fato, 56 das 58 escolas que responderam ao questionário incluem a Ética Médica em sua grade curricular, seja como disciplina autônoma, seja como parte da Medicina Legal. Na maioria das escolas a Ética Médica confunde-se mesmo com a Medicina Legal, sendo impossível aquilatar o percentual de carga horária destinado a primeira, bem como, o seu conteúdo programático. Com base nas respostas e no grande número de sugestões recebidas pode-se afirmar que os docentes estão conscientes das deficiências e dificuldades que se antepõem ao ensino da Ética Médica, mormente no atual modelo de ensino no qual o aluno faz rodízio por várias especialidades, mantendo contato superficial com seus professores. Existe também disputa pela carga horária destinada a cada disciplina no momento da elaboração ou reforma dos currículos. Desta disputa saem invariavelmente vencedoras as disciplinas pertencentes aos departamentos com maior peso "político" no âmbito da faculdade e entre as quais a Ética Médica raramente está incluída. Parece ser consensual, pelo menos entre os docentes da matéria em apreço, que a Ética Médica deva ser disciplina autônoma, fato observado em apenas 19 (32,8%) das faculdades pesquisadas.

Nos países desenvolvidos a situação não difere muito da nossa. Nos Estados Unidos até 1972 apenas 14 faculdades incluíam o ensino da Ética Médica em seus currículos. Este número saltou para 63 em 1976, 89 em 1980 e em 1983 de 127 escolas médicas pesquisadas, 126 haviam introduzido o ensino da Ética Médica em seus cursos de graduação (5). Segundo SEIDLER (7) as desastrosas experiências realizadas pelos nazistas durante a segunda guerra mundial deixaram marcas profundas na medicina alemã, com reflexos na maneira de encarar os problemas éticos da profissão. Não existe ensino sistemático da Ética Médica nas Faculdades de Medicina da Alemanha através de disciplina específica. Embora haja algum nível de informação ética no âmbito das diversas disciplinas, SEIDLER defende a elaboração de programa mínimo a ser cumprido ao longo do curso médico (7).

Apesar de que em quase todas faculdades pesquisadas a Ética Médica seja ministrada no ciclo profissional do curso (Tabela 5) a maioria dos docentes é favorável a que o ensino da ética tenha início já no ciclo pré-clínico e prolongue ao longo de toda a graduação e, extenda-se inclusive aos cursos de pós-graduação e de educação médica continuada. Ponto de vista que é também defendido por diversos outros autores (2,3,6,7,8).

A heterogênea inserção da disciplina pelos mais variados departamentos (Tabela 3) e a diversificada formação profissional dos docentes (Tabela 8) levanta a questão a respeito da competência para o ensino da Ética Médica. Os dados coligidos mostram que até o presente momento ninguém arrogou a si próprio a exclusividade para ministrar o referido ensino. Várias das propostas contidas na Tabela 10 visam a formação e o aperfeiçoamento de professores de Ética Médica, através da criação de cursos de pós-graduação, cursos de reciclagem, reuniões, publicações, etc. tirando-a do ostracismo em que se encontra.

Tradicionalmente o ensino da Ética Médica tem sido realizado na maioria das faculdades através de aulas expositivas, para turmas com grande número de alunos e em horários inapropriados. Este conjunto de fatores, via de regra, propicia o desestímulo ao professor e o desinteresse por parte do aluno com o consequente mau aproveitamento da matéria. Os dados da Tabela 6 mostram que os cursos de Ética Médica são ministrados em nossas faculdades para grandes turmas, geralmente com mais de 40 alunos, com todos os vícios e mazelas que esta prática proporciona. Existem atualmente diversas propostas sobre a maneira pela qual deve dar-se o ensino da Ética Médica (2,3,4,6,7,8,9). Embora ainda haja lugar para as aulas expositivas, elas não devem limitar-se a monótona enumeração de princípios e códigos e sim, servir de referencial para discussões e seminários que deverão ser realizados com número restrito de alunos, com participação ativa dos mesmos e baseados em casos e situações concretas da profissão, tirando a ética do subjetivismo e trazendo-a para o plano da vida real. A este respeito são ricas e bastante ilustrativas as pro-

postas e sugestões contidas na Tabela 10.

Sendo os Conselhos Regionais de Medicina os órgãos responsáveis pelo cumprimento das normas éticas no exercício da profissão médica, seria desejável que os mesmos mantivessem algum tipo de envolvimento com o aparelho formador. No presente inquérito apenas 21 (36,2%) das escolas pesquisadas admitiram um "bom" nível de articulação com o Conselho de seu respectivo estado. É interessante assinalar que 11 das 21 escolas acima são do Estado de São Paulo. É possível que este resultado possa ser creditado ao fato de que recentemente o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) tenha realizado pesquisa sobre o ensino da Ética Médica envolvendo as 18 Faculdades de Medicina do estado, a qual teve como desdobramento a formação de comissão de estudos que elaborou anteprojeto de programa e organizou, sob os auspícios do CFM, CREMESP e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a I Jornada Paulista de Ética Médica em novembro/1985 na cidade de Campinas-SP (1,6).

Algumas Faculdades anexaram, conforme solicitação contida no questionário, cópia do programa do curso de Ética Médica. A análise dos referidos programas mostra que é bastante diversificado o entendimento a respeito do conteúdo programático do curso de Ética Médica, uma vez que apenas alguns poucos pontos são compartilhados entre os vários programas. Este fato aponta para a necessidade do desenvolvimento de esforços no sentido da elaboração, com ampla participação dos interessados, de um programa mínimo de Ética Médica. Nesse sentido, vários docentes enviaram propostas objetivando a elaboração de programa para a disciplina (Tabela 10).

Embora do ponto de vista conceitual não haja nenhuma dúvida, o termo Deontologia Médica tem sido empregado, erroneamente, como sinônimo de Ética Médica. A Ética Médica, que é um ramo da ética profissional, compreende o estudo dos deveres morais (Deontologia) e dos respectivos direitos (Diceologia). Por este motivo, preferimos utilizar o termo Ética Médica por julgá-lo mais abrangente.

RESUMO

Foram enviados questionários as 76 Faculdades de Medicina do Brasil para serem respondidos pelos respectivos professores de Ética Médica. Dentre as 58 (76,3%) que responderam, 56 (96,6%) faculdades possuem a disciplina de Ética Médica em seu currículo e em 19 (32,8%) ela é disciplina autônoma.

A carga horária variou de 4 a 72 horas e o número de alunos por turma é maior que 40 na maioria das escolas.

A Ética Médica pertence aos mais variados departamentos, geralmente associada a Medicina Legal e é ministrada no ciclo profissional do curso médico por professores com diversificação, formação, a maioria médicos legistas.

Aulas expositivas de conteúdo doutrinário e com ênfase nos códigos e dispositivos legais e o método de ensino mais utilizado.

Visando a correção das deficiências existentes na maioria dos cursos são apresentadas várias sugestões dentre as quais destacam-se: O ensino da Ética Médica deve ser ministrado ao longo de todo o curso médico, através da discussão de casos concretos e com participação ativa dos alunos. A Ética Médica deve ser disciplina autônoma e obrigatória nos cursos de graduação, pós-graduação e educação médica continuada. Os Conselhos de Medicina devem colaborar para o aprimoramento do ensino da Ética Médica distribuindo os casos resolvidos, resoluções, deliberações e o Código de Ética, promovendo reuniões, cursos e debates sobre temas éticos, editando jornais, boletins, revistas e livros, além de outras iniciativas em benefício do ensino e da boa prática médica. Maior atenção deve ser dada a formação de docentes para a disciplina de Ética Médica com a criação de cursos de pós-graduação.

TABELA 1
UNIVERSO DA PESQUISA

Questionários enviados	76
Respostas recebidas	58 (76,3%)

TABELA 2
SITUAÇÃO DA DISCIPLINA
ÉTICA MÉDICA

	SIM	NÃO
Existe a disciplina	56 (96,6 %)	2 (3,4%)
Disciplina autônoma	19 (32,8%)	39 (67,2%)

TABELA 3
DEPARTAMENTO AO QUAL
PERTENCE A DISCIPLINA
ÉTICA MÉDICA

Departamento	N (58)
Medicina Social	7
Medicina Interna	5
Patologia	4
Medicina Legal e Psiquiatria	3
Deontologia e Medicina Legal	2
Medicina Legal, Social, do Trabalho e Deontologia	2
Patologia e Medicina Legal	2
Medicina Comunitária	2
Saúde Coletiva	2
Clínica Médica	2
Medicina Forense e Psiquiatria	1
Medicina Especializada	1
Medicina Interna, Social e Preventiva	1
Medicina Complementar	1
Educação e Ciência do Comportamento	1
Deontologia	1
Ciências Patológicas	1
Ciências Médico-Sociais e Medicina Legal	1
Patologia, Medicina Legal e Deontologia	1
Patologia Aplicada, Legislação e Deontologia	1
Psicopatologia e Medicina Legal	1
Medicina III	1
Medicina Legal e Saúde Pública	1
Sem Informação	12
Nenhum	2

TABELA 4
CARGA HORÁRIA DAS
DISCIPLINAS ÉTICA MÉDICA E
MEDICINA LEGAL

Carga Horária (h)	Ética Médica N (58)	Medicina Legal (N (58))
10	2	—
10 – 19	12	1
20 – 29	9	—
30 – 39	14	2
40 – 49	5	3
50 – 59	—	—
60 – 69	1	7
70 – 79	1	2
80 – 89	—	—
90 – 99	—	4
100	—	1
Sem informação	14	38

TABELA 5
ANO LETIVO EM QUE É MINISTRADA
A ÉTICA MÉDICA

Ano letivo	N (58)	%
2 ^o	2	3,4
3 ^o	11	19,0
4 ^o	19	32,8
5 ^o	17	29,3
6 ^o	1	1,7
Sem informação	8	13,8

TABELA 6
NÚMERO DE ALUNOS POR TURMA

N ^o de alunos	N (58)	%
20 – 29	6	10,3
30 – 39	5	8,6
40 – 49	11	19,0
50 – 59	5	8,6
60 – 69	9	15,5
70 – 79	3	5,2
80 – 89	4	6,9
90 – 99	1	1,7
100	3	5,2
Sem informação	11	19,0

TABELA 7
NÚMERO DE PROFESSORES DE
ÉTICA MÉDICA

N ^o /Profess.	N (58)	%
0	2	3,4
1	23	39,7
2	18	31,0
3	7	12,1
4	4	6,9
5	3	5,2
6	1	1,7

TABELA 8
FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS
DOCENTES DE ÉTICA MÉDICA

Gradação/Especialidade	N (143)
Médico Legista	61
Médico	26
Médico e Advogado	6

Patologista	2
Advogado	2
Filosofia	1
Psiquiatria	1
Fisiologia	1
Urologia	1
Gastroenterologia	1
Cardiologia	1
Ginecologia e Obstetrícia	1
Anatomia	1
Sem informação	38

TABELA 9
NÍVEL DE ARTICULAÇÃO COM O
CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA

Nível de articulação	N (58)	%
Bom	21	36,2
Eventual	6	10,3
Nenhum	29	50,0
Sem informação	2	3,5

TABELA 10

Propostas e sugestões para melhoria do ensino da Ética Médica (listadas em ordem decrescente de frequência).

- Realização de cursos de atualização, seminários, debates, palestras, conferências, encontros, jornadas, congressos, etc., de caráter local, regional e nacional, objetivando o aprimoramento do ensino da Ética Médica, a troca de experiência e a reciclagem dos conhecimentos sobre a matéria.
- O ensino da Ética Médica deve iniciar-se assim que o aluno ingresse na Universidade e ser ministrado ao longo de todo o curso médico.
- Os Conselhos Regionais de Medicina e o Conselho Federal de Medicina devem buscar maior intercâmbio com as Faculdades de Medicina e particularmente com os docentes de Ética Médica, propiciando o estímulo necessário ao contínuo aperfeiçoamento do ensino.
- Divulgação das Resoluções, deliberações e casos resolvidos pelos Conselhos para que sirvam de subsídio a atualização dos docentes e base para discussão com os alunos.
- A Ética Médica deve ser disciplina autônoma e obrigatória em todas as Faculdades de Medicina.
- O Conselho Federal de Medicina deve elaborar novo Código de Ética Médica colhendo sugestões através de encontros regionais, estaduais e nacionais com ampla participação da comunidade médica.
- Distribuição gratuita do Código de Ética Médica aos estudantes de medicina.
- Participação ativa dos Conselheiros dos Conselhos Regionais de Medicina nos cursos regulares de Ética Médica.
- Elaboração de programa mínimo para a disciplina Ética Médica com definição da carga horária, período letivo e conteúdo programático.
- Divulgação dos aspectos éticos da profissão médica junto aos alunos de medicina, procurando despertar-se-lhes o espírito participativo, a consciência crítica e o amor a boa con-

duta.

11. Inclusão de temas relacionados a Ética Médica na programação de todas as disciplinas do curso médico.
12. Criação de Comissões de Ética nos Hospitais de Ensino.
13. Inclusão da Ética Médica como disciplina obrigatória nos cursos de pós-graduação médica (residência médica, mestrado e doutorado).
14. Promover o intercâmbio entre os docentes de Ética Médica e os docentes das demais disciplinas do curso médico.
15. Participação dos docentes de Ética Médica nas atividades dos Conselhos Regionais de Medicina.
16. Divulgação das atribuições e atividades dos Conselhos de Medicina junto aos estudantes e a comunidade.
17. O ensino da Ética Médica não deve limitar-se a aulas expositivas e sim ser conduzido de forma dinâmica através da discussão de casos concretos e com a participação ativa dos alunos.
18. Elaboração do Código de Ética do Estudante de Medicina.
19. Criação do Boletim Oficial do Conselho (Federal e Regional) o qual servirá de veículo de comunicação junto a comunidade médica.
20. Lutar pela melhoria do ensino médico.
21. Estimular a criação de cursos de pós-graduação visando a formação de docentes de Ética Médica.
22. Inclusão de temas de Ética Médica em todos os encontros científicos das Sociedades de Especialidades Médicas.
23. Estimular a pesquisa sobre a Ética Médica mediante a concessão de prêmios aos melhores trabalhos.
24. Publicação de livro texto didático sobre Ética Médica.
25. O ensino da Ética Médica deve ser realizado em duas etapas: a primeira no ciclo pré-clínico e a segunda no ciclo clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Inquérito sobre o ensino da Ética Médica nas Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo 1985. Mimeo.
2. COURA, J.R. - Uma proposta para o ensino da Ética nas Faculdades de Medicina. R. Bras. Educ. Med. 8:38-41, 1984.
3. JOHNSON, A.G. - Teaching medical ethics as a practical subject: observations from experience. J. Med. Ethics 9:5-7, 1983.
4. MARCONDES, E. - A ética no ensino médico. R. Bras. Educ. Med. 9:42-46, 1985.
5. PELLEGRINO, E.D. HART, R.J., HENDERSON, S.R. et al - Relevance and utility of courses in medical ethics. JAMA 253:49-53, 1985.
6. SEGRE, M., MEIRA, A.R., ALMEIDA, M. et al - Relatório da Comissão de Ensino da Ética Médica nas Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo, 1985, Mimeo.
7. SEIDLER, E. - The teaching of medical ethics in the Federal Republic of Germany. J. Med. Ethics 5:76-79, 1979.
8. SOUZA, E.G. e DANTAS, F. - O ensino da Deontologia nos cursos de graduação médica do Brasil. R. Bras. Educ. Med. 9:7-9, 1985.
9. TWEEL JR, W.T. - Five ethical doctrines for medical education. J. Med. Ethics 8:37-39, 1982.

Endereço para correspondência:

Dr. Nelcivone S. Melo - Alameda Franca, 1436/183 - 01422 - São Paulo - SP.

ANESTESIA SIMULTÂNEA?

**Anestesiologista,
você sabia?**



RESOLUÇÃO CFM Nº 851/78

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que afetem e concorram para prejudicar a sua saúde;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é o doente, em benefício do qual deve agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico abandonar o tratamento ou assistência do doente, salvo nas condições ditadas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina,

RESOLVE:

DETERMINAR AOS MÉDICOS QUE PRATICAM ANESTESIA QUE:

1 - Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer todos os pormenores das condições gerais do paciente a ser submetido à mesma, cabendo-lhe decidir da conveniência ou não da prática de tal ato no paciente, de modo soberano e intransferível;

2 – Durante a realização da anestesia tem o médico anestesiológico o dever fundamental, como integrante da equipe cirúrgica, de permanecer todo o tempo junto do doente até a total recuperação dos efeitos da anestesia;

3 – É ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestesia em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja o mesmo ambiente cirúrgico;

4 – Todas as conseqüências decorrentes do ato anestésico são de responsabilidade direta e pessoal do médico anestesiológico, inclusive o fornecimento de atestado de óbito, em caso de êxito letal decorrente de anestesia;

5 – Para a prática da anestesia deve o médico anestesiológico avaliar previamente as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Rio de Janeiro, 04 de setembro de 1978

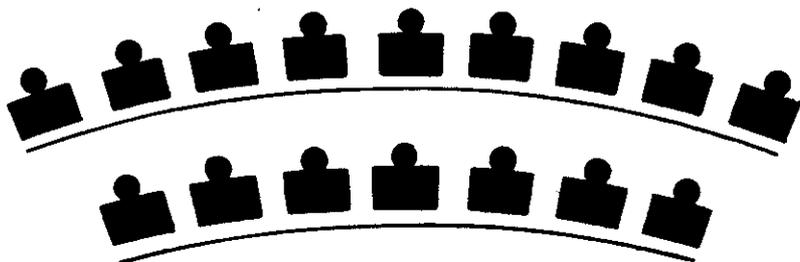
MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 07/11/78 - Seção I - Parte II)



O Conselho não
manipula
informações.
Todas suas
atividades são de
ingresso livre.
Qualquer
informação pode
ser obtida.



O QUE É ASSEMBLÉIA OFICIAL DA CLASSE

CONSULTA DO CREMEGO

Com fundamento no disposto no Artigo 5º, letra "h" da Lei 3.268/57, valemo-nos do presente para indagar: a "assembléia oficial da classe", a que se refere o Artigo 35 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, é tão somente a assembléia geral prevista no Artigo 23 da Lei 3.268/57, ou abrange também as assembléias de associações médicas, departamentos médicos, sindicatos, etc., tal como previa o § 2º do Artigo 7.º do código ético revogado?

PARECER

Em sentido jurídico classe compreende o rol em que determinada pessoa é incluída, formando assim uma categoria. Isto significa que a classe demonstra, via de regra, a identificação por categorias de certas pessoas que apresentem como elemento comum determinada especialização ou interesse.

Desta forma, os componentes de uma entidade devidamente constituída são classificados como integrantes daquela classe por possuírem um único e idêntico interesse ou qualificação em comum.

Conseqüentemente, assim os médicos, como um todo, constituem a classe médica por deterem o mesmo tipo de qualificação profissional, cada sociedade privada como v.g. as associações médicas legitimamente constituídas terão os seus associados classificados como pertencentes àquela classe em função dos interesses comuns existentes ou dos requisitos exigidos para efetivação como sócio. E, assim, encontramos a classe dos médicos cirurgiões, dos anestesistas, pediatras, etc.

Cada entidade deste tipo vincula os seus associados na defesa de suas reivindicações e interesses assim deliberados quando da realização da assembléia oficial realizada entre os seus membros.

Destarte, podemos concluir que:

1. Assembléia oficial da classe é a reunião das pessoas que possuam igualdade ou semelhança de situação, estejam ligadas pelo mesmo interesse ou por idênticas funções, onde haja a deliberação sobre determinadas questões segundo as formalidades estatuídas para esse fim;

2. O quanto restou deliberado em assembléia oficial da classe possui força vinculante apenas para os seus associados e nos limites do objeto da sociedade constante em seus estatutos;

3. A assembléia oficial da classe de que trata o artigo 35 do Código Brasileiro de Deontologia Médica refere-se às assembléias realizadas por quaisquer entidades médicas, desde que estejam legalmente organizadas e registradas na repartição competente.

É o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 29 de maio de 1986.

Antonio Carlos Mendes
Assessor Jurídico

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Artigo 35 - Renegar, sem anuência do Conselho Regional de Medicina, compromisso assumido por escrito, em assembléia oficial da classe.



Para sua facilidade
O Conselho não
fecha no almoço.

ESPECIALISTA**FAÇA SEU REGISTRO NO CRM.**

Você quer se registrar como especialista ?

REQUISITOS:

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) de 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, Reitoria, etc.);
 - Certificado de residência médica na especialidade, de residências reconhecidas pelo MEC;
 - Título de especialista emitido por entidades filiadas à AMB.

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

ANESTESIOLOGIA

Katia Marins S. Floriano
2035
Marly Inês Melo de Silva
2024
Sidnei José Nadal
2110

CARDIOLOGIA

Jorge Bejarano Gandarilla
2090
Mario Machado Macedo
2100

CIRURGIA GERAL

Aleor Motter Junior
2045
Arion Caccon
2017
Celso Fernando Ribeiro Araujo
2029
Marcos Victor Ferreira
2038
Peter Alberto da Cruz
2062
Ricardo Cesar G.A.Pinto
2064

CIRURGIA PEDIÁTRICA

João Carlos Garbers
2067

CIRURGIA PLÁSTICA

Elison Alves Correa
2086

DERMATOLOGIA

Suely Escholz Ribeiro Brofman
2112

GASTROENTEROLOGIA

Fernando Jorge de Souza
2018

GINECOLOGIA

Aglaê Barbosa Ribes Dutra
2070
Bruno Maurício Grillo
2075
Carlos Puppi Busatti Mori
2021
Eloias Amanda Geisler
2061
Emerson Kooji Nishi
2053
Janine Terezinha Taques Posselt
2043
João Batista Ruggeri
2065
Masahiro Oga
2040
Matheos Chomatas
2101
Roaldo Erich Meissner
2026
Sidney Abou Rahal
2041

MEDICINA INTERNA

Akair Romano Zanellato
2046

Aramis Renato Budal
Guimarães
2072
Edilson Antonio Stroparo
2083
Eliane Ribeiro Carmes
2069
Jarbas Accioly R.Costa
2030
Joaquim Inácio Ribas
2089
Mario Alberto H.Pombo
2032
Mario Machado Macedo
2099
Silvana W.de Oliveira
2067
Silmara Cristine Gazera
2111
Youssef Farah Said
2031

MEDICINA DO TRABALHO

Ary Frederico Schmidt
2073
Claudio José Pinto
2080
Miroslau Bailak
2103
Paulo Roberto Nery de Lima
2060
Paulo Roberto S.Andretta
2061
Mario Machado Macedo
2098
Virgílio Cesar Romero Alves
2028
William Ribas Targa
2114

NEFROLOGIA

Jorge Luiz Zanetta Ramos
2092
Walter Oleschko Arruda
2068

OBSTETRÍCIA

Aglaê Barbosa Ribes Dutra
2071
Bruno Maurício Grillo
2076
Carlos Puppi Busatti Mori
2022
Eloias Amanda Geisler
2062
Emerson Kooji Nishi
2064
Janine Terezinha Taques Posselt
2044
João Batista Ruggeri
2066
Masahiro Oga
2068
Matheos Chomatas
2102
Roaldo Erich Meissner
2027
Sidney Abou Rahal
2042

OFTALMOLOGIA

Arthur José Campos
2047

Kenji Sakata
2094
Paulo Sato
2107
Paulo Tadeu Cachube
2108

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Celso Jugend
2079
José Maria de Magalhães
2091
Luiz Carlos Chamma
2036
Mario Massatomo Namba
2039
Paulo Antonio Bordone
2059

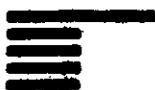
OTORRINOLARINGOLOGIA

Sergio Doveins
2066

PEDIATRIA

Antonio Carlos Mesquita
2020
Ayrton Martin Maciozek
2048
Beatriz Rocha Denardin
2074
Carmen Donin
2049
Celia Regina Targa Pinto
2078
Claudio José Pinto
2081
Elisabeth H.Piá de Andrade
2060
Flavio Adeirno Marcilio
2019
Hedi Martha Soeder
2023
Joubert de Carvalho Marcondes
2093
José Roberto Bodechne
2034
Luiz Carlos Gomes de Mattos
2096
Manoel Francisco M.Vidal
2037
Marco Polo Rauth
2096
Nelson Osamu Osaku
2025
Neide T.Caccon Friedrich
2105
Olívio Paulus Junior
2106
Renato Mikio Moriya
2063
Renato Seiler de Camargo
2109
Robertson D'Agnozzuzzo
2065
Teima MA. A. T. Sant'Ana
2033
Vitor Costa Palazzo
2113
Eliane Regine de Veiga
2085

ANESTESIA EM ODONTOLOGIA?



RESOLUÇÃO CFM Nº 852/78

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1.957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1.958;

Considerando as controvérsias existentes na área de atuação de médicos e cirurgiões-dentistas;

Considerando que é inquestionável, em face da legislação vigente e do curso de formação de cirurgião-dentista, não se achar o mesmo habilitado nem autorizado à prática da anestesia geral nem à assinatura de atestado de óbito;

Considerando que a cirurgia buco-maxilo-facial pode ser exercida por médicos especializados aos quais é impossível estabelecer restrições de qualquer natureza, salvo as de estrita competência do cirurgião-dentista;

Considerando que face aos progressos da Odontologia, a profissão de cirurgião-dentista vem se constituindo em verdadeira especialidade médica, e que para bem se constituir o currículo escolar do cirurgião-dentista deverá integrar-se, cada vez mais, ao currículo médico, a fim de que os diplomados em Odontologia não somente participem das vantagens decorrentes do exercício de uma especialidade médica, como participem de seus riscos e das responsabilidades inerentes à sua prática e resultado;

Considerando, ainda, os resultados dos estudos realizados pela Comissão Paritária dos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia a respeito da prática da cirurgia buco-maxilo-facial;

Considerando, finalmente, o que ficou decidido em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina.

RESOLVE:

1) — As solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos à cirurgia por cirurgião-dentista somente poderão ser atendidas pelos médicos anesthesiologistas, quando forem realizadas em ambiente hospitalar cujo diretor-técnico seja médico e que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, sendo prática atentatória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultórios ou ambulatórios;

2) – Somente poderão ser realizadas em consultórios ou ambulatórios cirurgias passíveis de serem atendidas com anestesia local ou troncular;

3) – Quando o êxito letal for atingido como resultante de prática direta de ato cirúrgico-odontológico, poderá ser o atestado de óbito fornecido pelo médico que tenha participado do ato cirúrgico ou pelo Instituto-Médico Legal;

4) – Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia tem a equipe cirúrgica de ser obrigatoriamente constituída de médico e cirurgião-dentista, para adequada segurança do resultado pretendido, ficando sempre a equipe sob a chefia do médico;

5) – É da competência exclusiva do médico o uso da via cervical infra-hióidea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório;

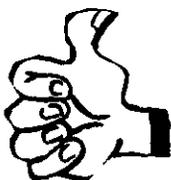
6) – Em virtude da existência de áreas de difícil limitação para campo de atuação do cirurgião-dentista, e no sentido do conhecimento do médico no particular, é imprescindível que em situações em que previamente se admita procedimento cirúrgico, tais áreas sejam obrigatoriamente utilizadas por equipes cirúrgicas de médicos e de cirurgiões-dentistas.

Rio de Janeiro, 04 de outubro de 1.978

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 07/11/78 - Seção I - Parte II)



Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná" tem sido muito elogiados. Agradecemos as inúmeras cartas que temos recebido.



Se você precisa de alguma informação do CRM, ligue para 224-1414.

É IMPORTANTE O PREENCHIMENTO CORRETO DO ATESTADO DE ÓBITO

MASCARANDO A REALIDADE DAS CAUSAS DE MORTE

Ademar de Almeida Santos Filho *

Maria Leonor Fanini **

Gilberto Daneluz ***

Cristina P. Bonotto ****

Aproximadamente em cada seis mortes ocorridas no Estado, de pessoas aqui residentes, uma é registrada no grupo "Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidos", que ocupa o segundo lugar na mortalidade por causas. Mas afinal, o que representa este Grupo?

Nas estatísticas de mortalidade, os óbitos são agrupados em 17 grupos de causas de acordo com o Manual de Classificação Internacional de Doenças (CID-9)². O 16º grupo, é de "Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidos" que abrange os códigos de 780 a 799 e inclui aqueles estados patológicos nos quais não foi formulado um diagnóstico que se pudesse classificar em outras seções.

As situações que se inserem mais frequentemente neste Grupo, são segundo Natali¹:

- as mortes que ocorrem sem receber atenção médica durante a última enfermidade e que, portanto, o médico pouco pode dizer da causa que desencadeou o processo patológico;
- as mortes em que o médico por falta de recursos tecnológicos não pode determinar de maneira precisa a causa que a produzia;
- as mortes em que o médico por carência de conhecimento sobre o preenchimento da declaração de óbito e sua importância estatística, não se preocupa por indicar o processo patológico.

SITUAÇÃO DO PARANÁ

Ocupando o segundo lugar nas estatísticas de mortalidade por causas desde 1978, o grupo "Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidos" contribuiu com cerca de dezessete por cento dos óbitos de residentes no Paraná em 84. No Brasil, ele também é a segunda causa de morte e representa 20,6 % do total de óbitos, utilizando-se parâmetros encontrados nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul e países como Chile, Japão e Suécia, nota-se que esses percentuais estão elevados, (Vide Tabela 1).

TABELA 1
PORCENTAGEM DE ÓBITOS CLASSIFICADOS COMO MAL
DEFINIDOS, NO PARANÁ, ALGUNS ESTADOS E PAÍSES.
1982 - 1984

Estado ou País	ANO	%
Paraná	1984	16,89
Rio Grande do Sul	1982	9,37
São Paulo	1982	5,56
Goiás	1982	26,58
Pernambuco	1982	48,98
Pará	1982	30,63
Brasil	1982	20,59
Chile	1982	8,65
Japão	1982	4,10
Suécia	1982	0,56

FONTE: AIT/GPC/FSCMR, Estatísticas de Mortalidade Brasil 1982/Ministério da Saúde e World Health Statistics 1982/World Health Organization.

Dos 7.769 óbitos registrados no grupo "Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidos", no Paraná, em 84, 6.914 (89,0%) se referiam ao subgrupo "morte súbita de causa desconhecida" e destes, 6.906 (99,9%) à "morte sem assistência médica" *. Esta realidade reflete a da América Latina, onde observa Natali¹, um importante número de mortes não recebem assistência médica e, portanto, se ignoram as causas que as produzem. Conforme a mesma autora, isto só pode ser modificado através de mudanças na estrutura sócio-econômica e na distribuição dos serviços médicos; além de uma cobrança maior de atestados médicos de boa qualidade, que permitam conhecer com alguma veracidade do que morre a população.

Outro ponto importante, é que analisando a mortalidade por grupo etário, observa-se que os grupos que apresentam maior percentual de óbitos mal definidos, são o de 1 a 4, 50 e mais os menores de um ano (Veja Gráfico 1).

* Encontro fortuito de um cadáver sem que se descubra a causa do falecimento. Encontro morto.

Em relação à "morte súbita de causa desconhecida", o mesmo se repete, aparecendo em primeiro o de 1 a 4 anos (19,1%), 50 e mais (17,1%) e menores de um ano (12,6%). A proporção elevada de mortes com diagnóstico indefinido nessas faixas etárias, provavelmente, subestima a participação das doenças crônica-degenerativas e as infecciosas e parasitárias nas mesmas.

GRÁFICO 1
PERCENTUAL DE ÓBITOS MAL DEFINIDOS POR GRUPO ETÁRIO
NO ESTADO DO PARANÁ, ANO DE 1984

FONTES: AIT/GPC/FSCMR

NOTA: Não inclui os óbitos de idade ignorada.

Em relação aos 22 Distritos Sanitários, observa-se que 15 destes apresentam percentuais de óbitos mal definidos acima da proporção do Estado, que é 16,9% (Tabela 2). O maior percentual encontra-se no 4º D.S. (Irati), com 38,9% e o menor no Distrito Sanitário de Curitiba com 1,0% seguido do 17º - Londrina (6,6%). Comparando-se aos parâmetros já apresentados na Tabela 1, nota-se que os distritos com percentuais mais altos assemelham-se aos encontrados em estados da Região Norte do País.

O detalhamento dos dados (nº de óbitos mal definidos e proporção em relação ao total) a nível de município de cada distrito, estão disponíveis na Área de Informações Técnicas/GPC e poderão ser solicitados. Sugere-se que este assunto seja debatido a nível distrital, procurando detectar quais os fatores condicionantes deste problema, encontrar soluções dentro da sua realidade e apresentar sugestões para que sejam divulgadas a nível de Estado.

TABELA 2
NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS MAL DEFINIDOS, POR DISTRITO
SANITÁRIO, NO ESTADO DO PARANÁ, ANO 1984

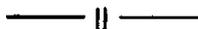
Distrito Sanitário	Óbitos mal Definidos	Total de Óbitos	%
Curitiba	70	7.022	1,00
1º DS - Paranaguá	110	1.095	10,05
2º DS - Metropolitano Sul	360	1.949	18,47
3º DS - Ponta Grossa	916	4.099	22,35
4º DS - Irati	390	1.003	38,88
5º DS - Guarapuava	906	2.447	37,02
6º DS - União da Vitória	269	798	33,71
7º DS - Pato Branco	191	1.035	18,45
8º DS - Francisco Beltrão	240	1.391	17,25

9º DS - Foz do Iguaçu	251	1.238	20,27
10º DS - Cascavel	436	1.780	24,49
11º DS - Campo Mourão	670	2.251	28,50
12º DS - Umuarama	361	1.674	21,57
13º DS - Cianorte	164	866	18,94
14º DS - Paranavaí	166	1.299	12,78
15º DS - Maringá	173	2.146	8,06
16º DS - Apucarana	647	2.950	21,93
17º DS - Londrina	234	3.530	6,63
18º DS - Cornélio Procópio	299	1.975	15,14
19º DS - Jacarezinho	292	1.969	14,83
20º DS - Metropolitano Norte	370	1.961	18,87
21º DS - Toledo	254	1.403	18,10
TOTAL	7.769	45.891	16,90

FONTE: AIT/GPC/FSCMR/SESB-PR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NATALI, Susana, - Sistemas de Informacion de America Latina y del Caribe. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, 96 (1): 45 - 56, ene. 1984.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. - **Manual de Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos** (baseada nas recomendações da 9ª Conferência de Revisão, 1975, e adotada pela 20ª Assembléia Mundial de Saúde). São Paulo, Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1978, v.1.



Transcrito do Boletim Informativo da Secretaria da Saúde e Bem Estar Social, vol.6, nº 2, junho de 1986.



Dr.! quando tiver
alguma dúvida,
consulte o CRM.
Se for urgente,
por telefone.
De preferência,
por escrito.



FISIOTERAPEUTA NÃO PODE SOLICITAR EXAMES COMPLEMENTARES.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais solicita ao Conselho Federal de Medicina, pronunciamento sobre consulta endereçada àquela Regional por um dos seus Conselheiros:

- 1 - Pode o Fisioterapeuta solicitar exames complementares?
- 2 - O Radiologista ou o Patologista pode realizar exames complementares solicitados por fisioterapeutas?

Em relação a primeira pergunta, cumpre esclarecer que, a solicitação de exames complementares, só pode ser feita por médico, porque é complementação do exame clínico, portanto, parte integrante do diagnóstico, o qual somente pode ser realizado por profissional legalmente habilitado (art. 17 da Lei 3268 de 30 de setembro de 1957), respeitada todavia, a legislação que regula a atividade dos odontólogos.

O segundo questionamento, sobre a realização de exames complementares solicitados por fisioterapeutas, a que em nosso entender, se estende a outros profissionais da área de saúde e à leigos, é absolutamente ilegal, consoante ao art. 282 e 284 do Código Penal Brasileiro.

Em síntese, e restrito a consulta:

- 1 - É ilegal o fisioterapeuta solicitar exames complementares;
- 2 - É ilegal o médico Radiologista ou o Patologista realizar exames complementares solicitados por fisioterapeutas.

É o nosso parecer, s.m.j.

Duilton de Paola
Conselheiro Relator - CFM

Aprovado em Sessão Plenária
11 de setembro de 1985.

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 Q. 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 Q. 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