

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 46.189/84

IMPRESSO

outubro/dezembro/86 - ano III - n.º 12

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA:

Presidente:	Cons. Luiz Carlos Sobania
Vice-Presidente:	Cons. Farid Sabbag
1º Secretário:	Cons. Nelson Egidio 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 Egidio 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 Sacilotto
Dr. Osvaldo Malafaia
Dr. José Antonio Maingué
Dr. Mário Budant de Araújo
Dr. Osmar Martins
Dr. Flavio Cini (AMP)
Dr. Ehrenfried O. Wittig

SUPLENTES

Dr. Octaviano Baptistini Júnior
Dr. João Nassif
Dr. Jackson Herrera
Dr. Nasir Jamil Bauab*
Dr. João Geraldo P. Mercer
Dr. Reginaldo Werneck Lopes
Dr. Antonio Leite Oliva Filho
Dr. Edison Matos Novak
Dr. Ildefonso Amoêdo Canto
Dra. Lorete Maria da Silva Kotze
Dr. Sanito W. Rocha
Dr. Paulo Roberto Cruz Marquetti
Dr. Sérgio Todeschi
Dr. Sérgio Fonseca Tarté
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	04
Direito de internamento.....	05
Comissão de Ética Médica - Regulamento.....	06
Registro de Empresas no CRM - INAMPS exige.....	10
Regulamento de Propaganda - decreto-lei nº 4113.....	14
Diploma do Mérito Ético-Profissional.....	17
Acórdão nº 004/86 (advertência confidencial).....	18
Acórdão - Reformulado pelo CFM (censura confidencial).....	19
Registro de novos especialistas.....	20
H. Clínicas elege Comissão de Ética Médica.....	21
Registro de Empresas.....	22
Pode o paciente ser transferido de hospital?.....	26
Bolsas de Sangue - Resolução 20/86.....	27
Inscrição de Médico estrangeiro no CRM e programa de residência.....	28
Acórdão 018/84 (censura pública).....	33
Médico Estrangeiro - pode clinicar no Brasil.....	34
Decreto 93617 - Exime de supervisão ministerial.....	36
Modificações de endereços.....	38
Definições e conceitos oficiais na área de saúde.....	41
Transplantes - Doação de Órgãos - aspectos éticos e morais.....	61

CORPO EDITORIAL

Ehrenfried Wittig
Antonio L. Oliva Filho
Jackson Herrera

IMPRESSÃO

Composição e impressão
Comunicare

Fone (041) 253-4233

Tiragem 8.500 exemplares

Capa

Criação: José Oliva, Eduardo
Martins e Cesar Marchesini,
Fotografia: Bia

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

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

EDITORIAL

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DESCENTRALIZAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL ENVOLVIMENTO DE TODOS

A lei 3268/57, que determinou ao Conselho Regional no artigo 15 letra "c") fiscalizar o exercício da profissão de Médico e pela letra "h") promover por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina..., lhe delegou, até certo ponto, o controle de qualidade da medicina, sem entrar no mérito de como o fazer.

O Conselho Regional de Medicina é eleito pelos médicos e compõe-se de 20 Conselheiros efetivos e 20 Conselheiros suplentes, com mais um indicado pela Associação Médica, número insuficiente e que por mais que envolvessemos todos no mesmo processo, realmente seria impossível tomar medidas preventivas em todo o Estado, a não ser alertar, pois não conseguiríamos estar perto dos problemas. Por isto, havia necessidade de abrir canais de apoio para o médico e para a população, sendo lembrado que em alguns Hospitais já existiam as Comissões de Ética com bons resultados, e que motivou o Conselho Federal de Medicina através da Resolução CFM 1215/85, determinar a criação das Comissões de Ética em todos os Estabelecimentos ou Entidades em que se exerce a medicina e que a regulamentação fosse efetuada pelos Conselhos Regionais. No nosso, foram as Resoluções 014 e 015/86 que disciplinaram o assunto.

Uma pequena mas importante Comissão, que deverá ser criada por todos os Hospitais e outros Serviços que pratiquem a Medicina e cujos integrantes devem ser votados pelos Médicos do Corpo Clínico, para realmente terem representatividade. Teremos então um lugar onde discutir assuntos como: condições do trabalho médico, maus atendimentos, onde queixar e onde reclamar. Canal perfeito para aqueles que olham o hospital onde trabalham e que querem melhorar a relação Médico-Paciente. Devolve aos médicos a sua responsabilidade, pois sendo eleita pelos próprios médicos como o é, o Conselho Regional, fica fácil discutir a qualidade, facilita a procura do bom senso e do consenso, diminui acuetuadamente o autoritarismo, aumenta o respeito pelo certo, pelo correto.

A vida nos coloca regras, o nosso Código é um conjunto de regras, de deveres onde talvez não estejam bem colocados os nossos direitos, que merecem também regras, que devem ser obedecidas. Para que possamos viver em comunidade, teremos que obedecê-las.

Muitos problemas surgem no Corpo Clínico, desde o não atendimento, ao mau atendimento de um paciente, a querelas entre médicos, ou então questões com a Direção Administrativa.

A Comissão de Ética, é um pequeno Conselho, com poderes de analisar, de aconselhar, com certo grau de julgamento, parando quando encontrar indícios de infração ao Código Brasileiro de Deontologia Médica, quando então deverá encaminhar o problema ao Conselho Regional, o qual por força de Lei, poderá julgar e punir se houve ou não infração.

Muitos problemas serão evitados, não repetidos, com uma melhora tranquila do trabalho e elevação Moral da Entidade.

Para o Conselho Regional, a Comissão de Ética resolverá os problemas básicos com economia de tempo, e permitirá maior dedicação aos processos e a fiscalização.

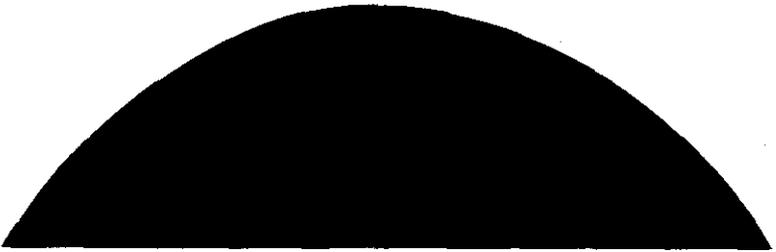
Os Membros das Comissões, terão bastante trabalho e devem divulgar nos seus hospitais a sua existência, além dos médicos aos próprios pacientes.

O Conselho Regional do Paraná, está as ordens para qualquer ajuda, para dar parecer, atender consulta, resolver casos específicos, disciplinar por Resolução, porque é dele esta função.

Estamos certos de que das Comissões de Ética sairão os futuros Conselheiros, já com alguma vivência para ajudar a prática da Medicina. Serão as bases. É a descentralização.

Se todos trabalharmos bem, estaremos ajudando a manter a Saúde, que é um Direito de todos nós.

Luiz Carlos Sobânia
Presidente



O DIREITO DE INTERNAR E ASSISTIR PACIENTES EM QUALQUER HOSPITAL

RESOLUÇÃO CFM Nº 1231/86

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 que muitos hospitais públicos e privados têm recusado admitir que os médicos não integrantes de seu Corpo Clínico promovam internações nestes estabelecimentos;

CONSIDERANDO que esta recusa caracteriza modalidade de cerceamento do exercício profissional garantido pelas normas legais vigentes, além da instituição de monopólio profissional por parte de determinados grupos médicos;

CONSIDERANDO que não se pode descartar a função social que toda entidade pública ou privada deve desempenhar dentro da comunidade;

CONSIDERANDO que o hospital deve estar precipuamente a serviço do indivíduo, assim como da comunidade;

CONSIDERANDO os termos do parecer CFM nº 27/86, aprovado na Sessão Plenária de 10/10/86;

RESOLVE:

1. A todo médico é assegurado o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte do seu Corpo Clínico, ficando sujeitos, nesta situação, o médico e o paciente às normas administrativas e técnicas do hospital;

2. O Regimento Interno do Corpo Clínico dos Hospitais deverá prever explicitamente que o médico não integrante do seu Corpo Clínico possa promover as internações necessárias nestes estabelecimentos hospitalares.

3. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 10 de outubro de 1986

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária Geral

Regulamento

"COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA"

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

ERRATA

EM VIRTUDE DE
FALHA TÉCNICA
NA COMPOSIÇÃO
DESTA MATÉRIA
PUBLICADA NO
NÚMERO
ANTERIOR,
ESTAMOS
REPUBLICANDO
COM AS DEVIDAS
CORREÇÕES.

RESOLUÇÃO CRM-PR Nº 015/86

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições, e Considerando a aprovação da Resolução Nº 014/86

RESOLVE:

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

REGULAMENTAÇÃO DA "COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA"

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

CAPÍTULO I - DAS COMPETÊNCIAS

ART. 2º - COMPETE À CEM:

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

§ 2º - Apreciar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II – DAS ELEIÇÕES

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

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

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

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

Mais de 100 médicos - 5 membros e 3 suplentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 14 - Na Instituição haverá apenas uma urna;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 24 - São considerados inelegíveis membros do Conselho Regional de Medici-

na, Conselho Federal de Medicina e da Direção da Instituição;

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

CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO

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

§ Único - O Secretário substituirá o Presidente em seus impedimentos;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 36 - Ao término do mandato, a CEM encaminhará um relatório ao CRMPR;

CAPÍTULO IV – DAS MODIFICAÇÕES, EXCEÇÕES E APELAÇÕES

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

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

ART. 39 - As questões omissas neste regulamento serão resolvidas pelo CRMPR;

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

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

ART. 41 - Nas Instituições que elegerão pela primeira vez sua Comissão de Ética Médica, as atribuições referidas nos artigos 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11, 13, 15 e 21 serão exercidas pelo Diretor Clínico da Instituição.



Álvaro Borges Junior

O mundo
é um bom lugar
vale a pena lutar por ele

Boas Festas
Feliz Ano Novo

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA



**INAMPS
exige registro no
CRM de empresa
credenciada**

Empresa médica-registre-se

**INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Procuradoria Geral

DIVISÃO DE ASSUNTOS DIVERSOS

PARECER NORMATIVA Nº 8/86

PROCESSO: 33080.003780/85
ORIGEM: VITÓRIA - ES
INTERESSADO: PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

EMENTA: **CRENCIAMENTO - OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DAS EMPRESAS.** Todas as empresas são obrigadas a se registrar na entidade fiscalizadora do exercício das profissões. As empresas hospitalares são registradas no Conselho Regional de Medicina correspondente ao Estado em que estejam situadas. No caso dos autos, o INAMPS não deve contratar com empresas que não comprovem o cumprimento dessa obrigação legal.

**LEGISLAÇÃO
APLICÁVEL:**

Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980.

PARECER Nº INAMPS/PG-18/86

Relatório

O presente processo teve origem na carta de fls. 01, que foi enviada pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo ao diretor Clínico do Hospital e Maternidade São Pedro S.A, onde denuncia a estranheza, daquele Conselho, quanto à cobrança de uma taxa de 10% sobre a produtividade de cada médico, considerando tal cobrança como ilegal e anti-ética. Insiste, também, na necessidade que tem, aquele Hospital, de registrar-se no CRM-ES, conforme determina a Lei no. 6.839/80.

Em resposta ao pedido de informação sobre o assunto, formulado pelo Secretário Regional de Medicina Social, o setor de contratos e convênios, fls. 3v., informa que o Instituto não exige tal inscrição como requisito do contrato de credenciamento porque "não consta nas normas vigentes para efetuar contratos ou convênios para prestação de serviços hospitalares exigências quanto ao cumprimento da referida lei, cuja cópia anexamos ao presente, razão porque não estamos adotando tal medida."

Encaminhados à Procuradoria Regional no Espírito Santo, os autos foram devidamente analisados e emitidos os pareceres de fls. 6/9, onde a conclusão foi no sentido de que o INAMPS deva exigir o CRM das entidades hospitalares que com ele contratarem.

Em seguida, os autos foram encaminhados à Secretaria de Medicina Social da Direção Geral, de onde vieram ter a esta Procuradoria Geral com a consulta constante do item 3, de fls. 12: "Em face das novas diretrizes e objetivando-se uma atualização de normas principalmente referentes a contrato e convênios de serviços pelo INAMPS, somos de parecer que seja solicitado um pronunciamento da Procuradoria Geral".

FUNDAMENTAÇÃO

Não só os profissionais legalmente habilitados, como também todas as empresas são, *ex vi legis*, obrigadas a se registrar no órgão fiscalizador correspondente. No caso dos autos, esse órgão é o Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, por tratar-se de empresa hospitalar sediada naquele Estado.

Na verdade, esta é a condição "sine qua non" que cada categoria profissional há de satisfazer para o exercício regular de sua respectiva profissão, conforme estabelece, em caráter geral, a Lei nº 6.839/80, que, no seu artigo 1º, assim determina, *in verbis*:

"O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestam serviços a terceiros".

O assunto foi bem enfocado quando os autos estiverem na Procuradoria Regional no Espírito Santo e razão não falta nos pareceres de fls. 6/9 para que concordemos com os ilustres colegas Dr. João Batista da Silva e Dr. Luiz Carlos de Castro Lugon, principalmente quando concluíram, de forma correta, pela obrigatoriedade de estarem registradas no respectivo CRM, todas as empresas da área médica que pretenderem contratar seus serviços com o INAMPS.

É evidente que caberá ao INAMPS exigir que tais empresas estejam registradas e apresentem o respectivo comprovante na ocasião da elaboração do contrato, caso contrário, o Instituto correrá o risco de contratar com empresa em situação irregular, o que não é admissível. Não concordamos, *data venia*, com as afirmativas de que tal comprovação não era exigida pelo INAMPS, simplesmente, porque não consta, da legislação dos contratos e convênios, essa exigência. Registrar-se no respectivo órgão de fiscalização profissional, além de ser obrigação legal, constitui-se em qualificar-se para o exercício das inerentes atividades e como no contrato é obrigatória a devida qualificação, nada mais natural seria do

que o setor competente fazer constar do contrato a completa qualificação das partes. Talvez, por isso mesmo, não conste da legislação citada, tal exigência, mas esse fato, por si só, na nossa opinião, SMJ, não justifica que os setores especializados em contratos e convênios não tenham, pelo menos, por experiência, tal iniciativa.

CONCLUSÃO

Isto posto, é nossa opinião, SMJ, que o Hospital e Maternidade São Pedro S/A seja convocado a comprovar se é ou não registrado no Conselho Regional de Medicina-ES, e, em caso negativo, que se registre com urgência, sob pena de não ser renovado o contrato de credenciamento existente, visto que o INAMPS não pode contratar com empresas que não estejam com a sua situação regular junto ao seu respectivo órgão fiscalizador.

Somos de opinião, também, SMJ, de que deva ser inserida na minuta padrão dos contratos de credenciamentos a exigência de que, ao serem qualificadas, as empresas apresentem a comprovação do exato cumprimento do que determina a Lei nº 6.839/80 e/ou que seja introduzida na legislação que rege os contratos e convênios, através de norma administrativa específica, a obrigatoriedade de as empresas estarem devidamente registradas no órgão fiscalizador correspondente, como condição essencial para firmar contratos com o INAMPS.

É o parecer sob censura.

Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 1986.

ass.) Antonio Célio de Barros
PROCURADOR



501-002.23-Em 06/02/86

Ref.: Proc. nº 33080.003780/85
Int.: PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL
DE MEDICINA DO ESPÍRITO SANTO

1. De acordo com o Parecer nº INAMPS/PG-018/86 do Dr. Antonio Célio de Barros (fls. 15/18), que endossou os pronunciamentos da douta Procuradoria Regional (fls.6/9).

2. Até o advento da lei no. 6.839, de 30.10.80 (fls. 4), o registro nos Conselhos Regionais estava restrito às **pessoas físicas** - médicos, advogados, engenheiros, etc. Promulgado o mencionado diploma, o registro tornou-se também obrigatório a **pessoas jurídicas**, pois consignou seu art. 1º:

"Art. 1º - O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestam serviços a terceiros".

3. Conseqüentemente, se para fins de contrato ou credenciamento junto ao INAMPS, é **pressuposto**, para a **pessoa física**, a prova do respectivo registro em Conselho Regional de Medicina, **idêntico procedimento há que se ter com a pessoa jurídica** diante da norma em tela (fls. 9, item 4).

4. No que se refere à hipótese dos autos, entendemos, face aos termos do ofício de fls. 1, que Hospital e Maternidade São Pedro S/A deverá ser notificado para que, no prazo de 30 (trinta) dias, apresente a prova de seu registro no Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, sob pena de, não o fazendo, ser declarado rescindido o contrato existente com o INAMPS.

5. A consideração do Sr. Procurador-Geral sugerindo, caso aprovada a orientação traçada no processo, que à mesma seja dada cunho normativo.

ass.) Edgard F.do Nascimento Filho
PROCURADOR
DIRETOR DA DIVISÃO DE ASS. DIVERSOS



PROCURADORIA-GERAL
Gabinete

Ref. Proc. nº 33080.003780/85 501.002.0 Em 06/05/86
Int. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL
DE MEDICINA/ES.
Ass.: COBRANÇA DA TAXA DE 10% SOBRE A PRODUTIVIDADE
DE CADA MÉDICO - CUMPRIMENTO DA LEI 6839/80.

1. Aprovo o Parecer nº INAMPS/PG-018/86 (fls. 15/18), emitido pelo Dr. Antonio Célio de Barros, acolhido, por sua vez, pelo Diretor da Divisão de Assuntos Diversos, Dr. Edgard F.do Nascimento Filho.

2. Conforme os termos do ofício de fls. 02, dirigido ao Diretor Clínico do Hospital São Pedro S/A, pelo Presidente do CRM/ES, presume-se que esse hospital não está, ou, pelo menos, não estava à época inscrito no Conselho Regional de Medicina/ES, conforme determina a Lei no. 6839 de 30.10.80, em seu artigo 1º (fls. 04).

3. Desse modo, faz-se necessário seja notificado o hospital para que, no prazo de 30 (trinta) dias apresente prova de seu registro como pessoa jurídica no CRM/ES, sob pena de, não o fazendo, ter rescindido o seu contrato com o INAMPS.

4. De acordo com a sugestão contida no item 5 do despacho de fls. 19/20, para que se dê cunho normativo à orientação traçada neste processo, publicando-se o parecer de fls. 14/18.

5. À Secretaria de Medicina Social (501-004,0), em função do que se lê no despacho de fls. 12.

ass.) Francisco Costa Netto
PROCURADOR-GERAL

(BS/DG/INAMPS 132, de 16.07.86 Anexo II)

Nota: Para Registro de Empresas no CRM vide "Arquivos" no. 7.

Sabe como vou conhecer tudo isto... Lendo

**Propaganda?
CUIDADO.
Cuidado**

Propaganda?

DECRETO-LEI Nº 4.113 - DE 14 DE FEVEREIRO DE 1942

Regula a propaganda de médicos, cirurgiões dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta:

DOS MÉDICOS E CIRURGIÕES DENTISTAS

Art. 1º É proibido aos médicos anunciar:

- I — cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento próprio, segundo os atuais conhecimentos científicos;
- II — tratamento para evitar a gravidez, ou interromper a gestação, claramente ou em termos que induzam a estes fins;
- III — exercício de mais de duas especialidades, sendo facultada a enumeração de doenças, órgãos ou sistemas compreendidos na especialização;
- IV — consultas por meio de correspondência, pela imprensa, caixa postal, rádio ou processos análogos;
- V — especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas;
- VI — prestação de serviços gratuitos, em consultórios particulares;
- VII — sistematicamente, agradecimentos manifestados por clientes e que atentem contra a ética médica;

VIII — com alusões detratoras a escolas médicas e a processos terapêuticos admitidos pela legislação do país;

IX — com referências a métodos de tratamento e diagnóstico não consagrados na prática corrente ou que não tenham tido a sanção das sociedades médicas;

X — atestados de cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento estabelecido, por meio de preparados farmacêuticos.

§ 1º As proibições deste artigo estendem-se, no que for aplicável, nos cirurgiões dentistas.

§ 2º Não se compreende nas proibições deste artigo anunciar o médico ou o cirurgião dentista seus títulos científicos, o preço da consulta, referências genéricas à aparelhagem (raio X, rádio, aparelhos de eletricidade médica, de fisioterapia e outros semelhantes); ou divulgar, pela imprensa ou pelo rádio, conselhos de higiene e assuntos de medicina ou de ordem doutrinária, sem caráter de terapêutica individual.

DAS PARTEIRAS, DOS MASSAGISTAS E ENFERMEIROS

Art. 2º É proibido às parteiras, aos massagistas e aos enfermeiros fazer referências e tratamentos de doenças ou de estado mórbido de qualquer espécie.

Art. 3º As parteiras, os massagistas, e os enfermeiros estão obrigados a mencionar em seus anúncios o nome, título profissional e local onde são encontrados.

DAS CASAS DE SAÚDE, DOS ESTABELECIMENTOS MÉDICOS E CONGÊNERES

Art. 4º É obrigatório, nos anúncios de casa de saúde, estabelecimentos médicos e congêneres, mencionar a direção médica responsável.

DOS PREPARADOS FARMACÊUTICOS

Art. 5º É proibido anunciar, fora dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos, produtos em especialidades farmacêuticas e medicamentos:

I — que tenham sido licenciados com a exigência da "venda sob terceira médica", sem esta declaração;

II — que se destinem ao tratamento de lepra, da tuberculose, da sífilis, do câncer e da blenorragia;

III — por meio de declarações de cura, firmadas por leigos;

IV — por meio de indicações terapêuticas, sem mencionar o nome do produto, e que insinuem resposta, por intermédio de caixas postais ou processo análogo;

V — apresentando-os com propriedades anti-concepcionais ou abortivas, mesmo em termos que induzam indiretamente a estes fins;

VI — com alusões detratoras ao clima e ao estado sanitário do país;

VII — consignando-se indicações de uso para sintomas ou para conservação de órgãos normais, com omissão dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos;

VIII — com referências preponderantes ao tratamento da impotência;

IX — por meio de textos contrários aos recursos atuais da terapêutica, induzindo o público a um ato tratamento;

X — exibindo-se gravuras com deformações físicas, dísticos ou artifícios gráficos indecorosos ou contrários à verdade na exposição dos fatos;

XI — fazendo-se referências detratoras aos que lhes são concorrentes;

XII — com promessa de recompensa aos que não tiverem resultados satisfatórios com o seu uso.

Art. 6º É permitido anunciar preparados farmacêuticos, sem prévia autorização do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, respeitados os termos dos respectivos relató-

rios e licenciamentos.

§ 1º Os preparados intitulados "depurativos" deverão conter a indicação obrigatória da sua finalidade - "medicação auxiliar no tratamento de sífilis".

§ 2º Os produtos intitulados "reguladores", assim como os preparados destinados ao tratamento das afecções e empregados na higiene dos órgãos genitais, não poderão fazer referências a propriedades anticoncepcionais ou abortivas.

Art. 7º É facultado submeter-se à prévia aprovação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina o anúncio de preparado farmacêutico, para a venda livre que sair dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos.

Parágrafo único. O texto aprovado será válido para todo o território nacional, devendo, porém, o anunciante exibir a aprovação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, com respectivos números de ordem e data, quando reclamada pela autoridade competente, ou pelos órgãos de publicidade interessados.

Art. 8º Os anunciantes, em geral, poderão compreender textos educativos.

DAS PENALIDADES

Art. 9º Verificando que o anúncio contraria as disposições da lei, a autoridade sanitária encarregada da fiscalização do exercício da medicina e da farmácia intimará o anunciante a observá-las dentro do prazo de 30 dias.

§ 1º Neste prazo, poderá o interessado pedir a reconsideração, decidindo a autoridade no prazo de 30 dias. Se a reconsideração for negada, poderá recorrer à autoridade superior dentro de 10 dias contados da publicação do indeferimento.

§ 2º Se, decorridos os trinta dias, continuar a ser publicado o anúncio, apesar de negada a reconsideração ou de não provido o recurso, será imposta ao infrator, pela autoridade que o intima ra ao cumprimento da lei, a multa de 100\$0 a 1:000\$00, elevada ao dobro na reincidência.

§ 3º Conta a imposição da multa caberá recurso, dentro de 10 dias, para o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, que deverá decidí-lo no prazo de trinta dias contados de quando houver sido interposto.

§ 4º A autoridade sanitária que impuser definitivamente a multa, providenciará junto ao Departamento de Imprensa e Propaganda para que, na parte que lhe competir promova a suspensão do anúncio.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. Esta lei entrará em vigor em todo o território nacional na data da sua publicação, ficando assegurada pelo prazo de 60 dias a publicidade que vem sendo admitida.

Parágrafo único. As disposições deste decreto, não se aplicam às publicações técnico-científicas, assim consideradas pelos órgãos competentes.

Art. 11. Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 1942, 121º da Independência e 54º da República.

GETÚLIO VARGAS
Gustavo Capanema

Nota: Releia as normas de propaganda do CFM em Arquivos nº 1.

Diploma do Mérito Ético-Profissional

O Conselho Regional de Medicina no "Dia do Médico", outorgou pela primeira vez o "Diploma do Mérito Ético-Profissional" à 10 colegas que entre outras qualificações apresentavam 50 anos de formados sem sanção ética e que a critério do plenário se distinguiram por atos profissionais.

Esta é uma honraria criada em 1986, com a qual o CRM pretende anualmente distinguir outros colegas no Dia do Médico.

O Conselho Regional de Medicina parabeniza os colegas homenageados:

Abdon Nascimento (1933)

Adolfo Barbosa Gois (1935)

Atlantido Borba Cortes (1934)

Carlos Cunha (1930)

Cesar Pernetta (1929)

Heitor Borges de Macedo (1935)

Irineu Antunes (1927)

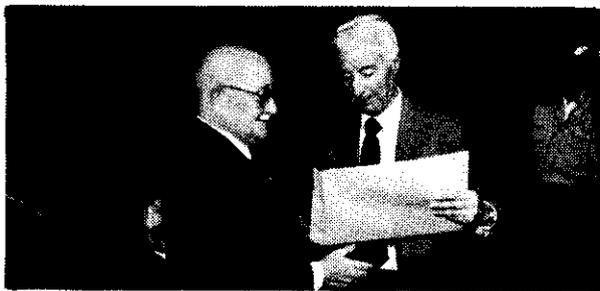
Lafayette Vianna (1935)

Victor Ferreira do Amaral Filho (1926)

Waldemar Monastier (1935)



Flagrante da reunião na Associação Médica do Paraná, quando no "Dia do Médico" a AMP prestou uma homenagem a todos seus ex-Presidentes e o CRM a um grupo de colegas que exercem a medicina a mais de 50 anos.



Entrega do Diploma do Mérito Ético-Profissional ao Prof. Victor Ferreira do Amaral Filho por seus 60 anos de exercício profissional e muito serviço prestado a causa médica.



ACÓRDÃO

PROCESSO Nº 004/86

DENUNCIANTE: CRM/PR
DENUNCIADOS: DRS. R.L.K. e E.M.G.G.
RELATOR: DR. REGINALDO WERNECK LOPES
REVISOR: DR. SANITO WILHELM ROCHA
ACÓRDÃO: 004/86

EXERCÍCIO DA PROFISSÃO – INSTITUIÇÃO NÃO MÉDICA – CLÍNICA DE EMAGRECIMENTO – EMPREGO DE TERAPÊUTICA NÃO LIBERADA – RECEITUÁRIO INIGMÁTICO – PROVA ROBUSTA NOS AUTOS – INFRAÇÃO AOS ARTIGOS 4º E 31 DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA.

ESTANDO COMPROVADO NOS AUTOS, QUE OS DENUNCIADOS PRESTAVAM SERVIÇOS A INSTITUIÇÃO NÃO MÉDICA ONDE TODAVIA, ILEGALMENTE, SE PRATICAVA A MEDICINA, EMPREGANDO-SE INCLUSIVE TERAPÊUTICA NÃO LIBERADA NO PAÍS E RECEITANDO-SE DE FORMA ILEGÍVEL, ATRAVÉS DE SIGLAS INDECIFRÁVEIS, FICA COMPROVADA A IMPUTAÇÃO AOS ARTIGOS 4º E 31 DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA.

Vistos, discutidos e relatados estes atos de processo ético profissional sob nº 004/86, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciados os Drs. R.L.K. e E.M.G.G.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor em acolher a imputação aos denunciados, de infração aos artigos 4º e 31 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, lhes aplicando a pena de "ADVERTÊNCIA CONFIDENCIAL EM AVISO RESERVADO", prevista na letra "a" artigo 22 da Lei 3268/57, de conformidade com a Ata nº 302 de 03.11.86.

Curitiba, 03 de novembro de 1986

Dr. REGINALDO WERNECK LOPES
Relator

DR. SANITO WILHELM ROCHA
Revisor

DR. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente



ACÓRDÃO

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL AO CFM

DENUNCIANTE: CRM-PR
DENUNCIADO: Dr. F.T.R.
RELATOR: Dr. Euripedes Ferreira
REVISOR: Dr. Frederico João Massignam
PROCESSO: CRM-PR 14/83
ORIGEM: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DO PARANÁ
PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL CFM Nº 06/85
RECURSO DO DENUNCIADO: Dr. F.T.R.

EMENTA: 1. Os dados constantes dos autos caracterizam o valor cobrado a título de plano de pré-pagamento como preço vil. 2. Contudo, face à primariedade do ora Apelante dá-se provimento parcial ao recurso, diminuindo-se a pena aplicada. 3. Votação por maioria.

ACÓRDÃO

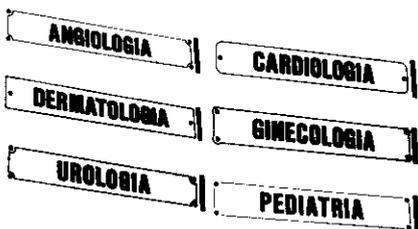
VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos, os membros do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, reunidos em sessão da 1ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica, realizada em 07 de agosto de 1986, conforme o disposto nas Resoluções CFM nos. 1.210/85 e 1.211/85, ACORDARAM por maioria de votos em dar provimento parcial ao recurso impetrado pelo denunciado, reformando a decisão do CONSELHO REGIONAL "a quo", aplicando-lhe a pena de "**CENSURA CONFIDENCIAL EM AVISO RESERVADO**" prevista na letra "b" do artigo 22 da Lei no. 3.268/57 por infração ao artigo 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, vencido o conselheiro que votou pela manutenção da pena aplicada pelo CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA de origem.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto exarado pelo Conselheiro Relator, que passa a integrar a presente.

Rio de Janeiro, 07 de agosto de 1986

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

EVILÁZIO TEUBNER FERREIRA
Relator



**LISTA COMPLEMENTAR
DOS ESPECIALISTAS REGISTRADOS NO CRM**

RESOLUÇÃO CFM Nº 1154/84

LEI Nº 3268/67

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas do Ministério de Educação e Cultura e de sua inscrição ao Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1086/82

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

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

CODIGO DE DEONTOLOGIA

Art. 89º - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar, ou especialidade na qual não esteja inscrito no Registro de Qualificação de Especialista do Conselho Federal de Medicina.

DECRETO-LEI Nº 4113-42

Anunciar a especialidade ainda não exercida pelo ensino médico, ou que não tenha tido e sendo das sociedades médicas.

LISTA COMPLEMENTAR DOS NOVOS ESPECIALISTAS REGISTRADOS

CARDIOLOGIA
Jeane Souza de Albuquerque
Maranhão
2157

GASTROENTEROLOGIA
Lorete Maria da Silva Kotze
2161

GINECOLOGIA
Edson Gomes Tristão
2152
Rui Noguchi
2165

MEDICINA INTERNA
Marisa Pittela Oliveira
2164

**MEDICINA DO
TRABALHO**
Alcides de Barros Paiva Neto
2150
Helena Martins Alves
2156

OBSTETRÍCIA
Rui Noguchi
2166
Edson Gomes Tristão
2153

**OTORRINOLARIN-
GOLOGIA**
Carlos Eduardo Barrionueno
2151

João Jairney Maniglia
1258
Marcos Mocelin
2162

PEDIATRIA
Erelvio Jacomassi
2154
Haroldo Rodrigues Ferreira
2155
José Reinaldo Vieira Xavier
2159
Lilian Zimmermann
2160
Mario Marcondes Marques
Junior
2163
Sonia Merlin Cabral
2167

**ESPECIALISTA
FAÇA SEU REGISTRO NO CRM.**

Você quer se anunciar como especialista ?

ROTEIRO:

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

DOCUMENTOS:

- a) Um dos documentos abaixo discriminados apenas, é o suficiente para o registro de especialista:
- Título de mestre;
 - Título de doutor;
 - Título de Docente livre;
 - Declaração de exercício de magistério superior há mais de 3 anos, como professor, em qualquer nível da especialidade requerida, emitida pelo órgão competente (Faculdade, Retórica, etc.);
 - Certificado de residência médica na especialidade, de residências reconhecidas pelo MEC;
 - Título de especialista emitidos por entidades filiadas a AMB.

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

RESOLUÇÃO CFM N.º 1086/82

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

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

RESOLUÇÃO CFM N.º 1154/84

Código Brasileiro de Deontologia Médica

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

HOSPITAL DE CLÍNICAS ELEGE SUA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA



Detalhe da mesa eleitoral no Hospital de Clínicas.

Atendendo determinações de resoluções normativas do CFM e CRM o Hospital de Clínicas da UFPR elegeu sua primeira "Comissão de Ética Médica" e que está constituída dos seguintes colegas:

Prof. Titular: Gastão Pereira da Cunha
Iseu A. Costa.

Prof. Adjunto: Orival Costa
Augusto Lafitte

Prof. Assistente: Antonio Scaramello
Gabriel Skroch

Prof. Auxiliar de Ensino: Carlos Silvano
Flavio Telles

Médicos do Hospital: Antonio Sprenger
Antonio Kuster Filho

Médicos Residentes (R2): Sergio Forlin
José Hanna

Estas comissões constituem o primeiro núcleo de controle do exercício ético-profissional da Medicina o que reveste-as de uma grande importância.

Vários outros hospitais também estão elegendo suas comissões.

Para detalhes a respeito veja o regulamento publicado nos arquivos no. 10 e 12.

Não deixe de eleger e notificar ao CRM a eleição da Comissão de Ética do seu Hospital.

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 da publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Resoluções CFM nºs 1.057, de 4 de setembro e nº 1.088, de 9 de novembro de 1982.

Rio de Janeiro, 16 de abril de 1985

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária-Geral

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

LEIA COM
ATENÇÃO



HOSPITAIS

223 EMPRESAS MÉDICAS JÁ PROCEDERAM SEU REGISTRO OBRIGATÓRIO

NOVAS ENTIDADES MÉDICAS QUE SE REGISTRARAM NO CRM

Hospital do Coração de Umuarama Ltda.
Hospital e Maternidade Santa Felicidade
Hospital e Maternidade Bom Jesus
SAMS - Sociedade de Assistência Médica e Social
Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro
Porto Seguro - Clínica e Pensão Protegida SC Ltda.
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima
CLIMEP - Clínica Médica do Paraná Ltda.
Hospital Moreira Sales

Umuarama
Faxinal
Nova Prata do Iguaçu
Ponta Grossa
Curitiba
Curitiba
Jandaia do Sul
Cruz Machado
Moreira Sales

Regional Hospital de Caridade Nossa Senhora Aparecida
 Policlínica e Pronto Socorro Santa Úrsula Ltda.
 Hospital São Vicente de Paulo
 Hospital Santa Teresinha
 Clínica D. Pedro II Ltda.
 Oscar Pereira e Cia. Ltda.
 Hospital Cristo Rei de Cornélio Procópio
 Hospital São Miguel
 Hospital Nossa Senhora das Graças
 Hospital e Maternidade São Jorge Ltda.
 Hospital das Clínicas de Ubiratã Ltda.
 Hospital São Paulo
 Policlínica Nova Prata do Iguaçu
 Hospital e Maternidade Nilza de Oliveira Pipino Ltda.
 Hospital e Maternidade Santa Lucia
 Hospital e Maternidade São José SC
 Hospital Pronto Socorro Campo Mourão
 Hospital São Lucas S/A - Curitiba
 Clínica Médica Columbia
 Fransmed Sociedade Civil
 Hospital Santa Luzia
 Hospital Tapira Ltda.
 Casa de Saúde Santo Agostinho Ltda.
 Hospital Municipal Beneficente de Janiópolis
 Hospital e Maternidade Santa Lucia Ltda.
 Hospital São Francisco
 Hospital Nossa Senhora Aparecida
 Hospital Menino Jesus
 Hospital Regional de Douradina Ltda.
 Hospital Salgado Filho Ltda.
 Sociedade Hospitalar Beneficente de Andirá
 Hospital Menino Jesus
 Hospital Nossa Senhora de Fátima Ltda.
 Hospital e Maternidade Santa Felicidade de Grandes Rios
 Sociedade Hospital Bom Jesus
 Hospital de Santo Inácio Ltda.
 Hospital e Maternidade Santa Cruz Ltda.
 Fundação Médica Hospitalar de Francisco Alves
 Ecolab - Laboratório de Ecocardiografia S/C Ltda.
 Hospital Osvaldo Cruz
 Clínica Santa Maria
 Hospital Ibrahim Abudi Neto
 Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro
 Hospital e Maternidade Santa Clara
 Hospital e Maternidade Matelândia Ltda.
 Policlínica São Vicente de Paula Ltda.
 Hospital São José
 Casa de Saúde e Maternidade São José
 Hospital Nossa Senhora Aparecida
 Hospital Mariluz
 Hospital e Maternidade Santa Cruz Ltda.
 Policlínica San-Tiago
 Clínica de Fraturas e Ortopedia XV Ltda.
 Sanatório São José Ltda.
 Casa de Saúde São Francisco de Curitiba Ltda.
 Hospital e Maternidade Rio Branco Ltda.

União da Vitória
 Curitiba
 Tomasina
 Pérola
 Ponta Grossa
 São José das Palmeiras
 Cornélio Procópio
 São Miguel do Iguaçu
 Nova Esperança
 São Jorge do Patrocínio
 Ubiratã
 Altamira do Paraná
 Nova Prata do Iguaçu
 Ubiratã
 Capitão Leônidas Marques
 Campo Mourão
 Campo Mourão
 Curitiba
 Foz do Iguaçu
 Colombo
 Borrazópolis
 Curitiba
 Ampere
 Janiópolis
 Maringá
 Francisco Beltrão
 São José das Palmeiras
 Reserva
 Douradina
 Salgado Filho
 Andirá
 Marilândia do Sul
 Salto do Lontra
 Grandes Rios
 Rio Negro
 Santo Inácio
 Cruzeiro do Oeste
 Francisco Alves
 Curitiba
 Teixeira Soares
 Cruzeiro do Oeste
 Francisco Alves
 Santa Helena
 Colorado
 Matelândia
 Francisco Beltrão
 Assaí
 Nova Esperança
 Capitão Leônidas Marques
 Mariluz
 Palotina
 Curitiba
 Curitiba
 São José dos Pinhais
 Curitiba
 Rio Branco do Sul

Pronto Socorro Infantil São Luiz Ltda.
 Hospital e Maternidade Almirante Tamandaré Ltda.
 Clínica Nossa Senhora da Piedade Ltda.
 Hospital e Maternidade São José de Marumbi Ltda.
 Hospital São Vicente de Paulo
 Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná Ltda.
 Hospital Terra Boa Ltda.
 Hospital São Lucas de Goio-Erê Ltda.
 Hospital São Vicente de Paulo
 Fund.Médica de Assist.do Município de Indianópolis
 Casa de Saúde São Pedro Ltda.
 Hospital Santo Antonio de Cantagalo Ltda.
 Clínica Infantil Santa Paula
 Hospital J.Z.Barrientos
 Hospital São Lucas S/C. Ltda.
 Hospital São Paulo
 Hospital Segredo "Copel"
 Ambulatório Médico Foz do Areia "Copel"
 Hospital Bom Jesus de Campo Novo Ltda.
 Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa
 Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio
 Hospital e Maternidade Santa Terezinha Ltda.
 Hospital São José
 Hospital de Caridade São Vicente de Paulo
 Instituto de Medicina e Cirurgia e Ginecologia Ltda.
 Clinifan - Clínica e Pronto Socorro Infantil Ltda.
 Organização Médica Clinihauer Ltda.
 Clínicas Dall'Oglio Ltda.
 Sociedade Beneficente Casa de Misericórdia de Cambará
 Hospital e Maternidade Dr. Paulo Fortes
 Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida S/C Ltda.
 Hospital Infantil Santa Maria de Umuarama Ltda.
 Hospital São Lucas Ltda, S/C.
 Hospital e Maternidade Santa Isabel
 Centro de Oncologia e Radiologia Sant'Ana Ltda.
 Hospital Geral Nossa Senhora Aparecida Ltda.
 Hospital São João
 Casa de Saúde Dr. Mario Eduardo Rossi Ltda.
 Hospital São Lucas Ltda.
 Hospital Osvaldo Cruz Ltda.
 Hospital Erasto Gaertner
 Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Ourizona
 Hospital e Maternidade São Sebastião Ltda.
 Policlínica Laranjeiras Ltda.
 Hospital e Maternidade Vila Maripá
 Hospital Rural João XXIII
 Maternidade e Casa de Saúde de São Judas Tadeu
 Clínica Infantil Pinheiros
 Clínica Infantil O Pequeno Príncipe Ltda.
 Hospital Marechal Cândido Rondon
 Hospital São José Ltda.

Curitiba
 Alm. Tamandaré
 Campo Largo
 Marumbi
 Pitanga
 Curitiba
 Terra Boa
 Goio-Erê
 Araucária
 Indianópolis
 Bela Vista do Paraíso
 Cantagalo
 Ponta Grossa
 São Jorge D'Oeste
 Laranjeiras do Sul
 Nova Cantu
 Guarapuava
 Pinhão
 Quedas do Iguaçu
 Ponta Grossa
 Cornélio Procópio
 Japurá
 Peabiru
 Quatiguá
 Ibiporã
 Curitiba
 Curitiba
 Toledo
 Cambará
 São Mateus do Sul
 Ivaiporã
 Umuarama
 Cambará
 Santa Isabel do Ivaí
 Maringá
 Umuarama
 Guarapuava
 Cornélio Procópio
 Guaíra
 Cidade Gaúcha
 Curitiba
 Ourizona
 Clevelândia
 Laranjeiras do Sul
 Palotina
 São Jorge do Ivaí
 Rolândia
 Ponta Grossa
 Marechal Cândido Rondon
 Marechal Cândido Rondon
 Guaraniaçu

Hospital e Maternida Filadélfia Ltda.	Marechal Cândido Rondon
Hospital Santo Antonio	Floraí
Hospital das Clínicas de Paranavaí	Paranavaí
Hospital do Coração	Maringá
Hospital Santa Rita	Lobato
Hospital e Maternidade de Iracema	Formosa do Oeste
Hospital Nossa Senhora de Lourdes de Planalto	Planalto
Casa de Saúde e Maternidade Santo Antonio Ltda.	Marialva
Hospital Dr. Aurélio	Nova Aurora
Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Ponta Grossa "Maternidade Santana"	Ponta Grossa
Hospital Paranaguá S.A.	Paranaguá
Hospital São Pedro Ltda.	Marialva
Hospital Anjo da Guarda Ltda.	Coronel Vivida
Instituto de Medicina e Cirurgia de Bandeirantes	Bandeirantes
Hospital Santa Rita	Assis Chateaubriand
Hospital do Coração de Umuarama Ltda.	Umuarama
Hospital e Maternidade Santo Antonio	Araruna
Casa de Saúde e Maternidade Loanda	Loanda
Hospital Maria Santíssima Ltda.	São Pedro do Ivaí
Hospital e Maternidade Bom Jesus	Nova Prata do Iguaçu
Hospital e Maternidade de Sengés	Sengés
Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Pilar Ltda.	Curitiba
Hospital e Maternidade Lunardelli	Lunardelli
SAMS - Sociedade de Assist.Médica e Social	Ponta Grossa
Albergue Noturno Nosso Lar	Loanda
Hospital Anchieta Ltda.	Campo Mourão
Casa de Saúde e Maternidade N.Sra. de Fátima	Jandaia do Sul
Santa Casa de Misericórdia de Maringá	Maringá
Hospital São Lucas de Pato Branco Ltda.	Pato Branco
Clínica Santa Maria Ltda.	Curitiba
CLIMEP - Clínica Médica do Paraná Ltda.	Cruz Machado
Clínica Santa Cruz Ltda.	Umuarama
Clínica São Judas Tadeu Ltda.	Curitiba
Hospital Municipal São Francisco	Jundiá do Sul
Policlínica e Pronto Socorro Santa Úrsula Ltda.	Curitiba
Hospital Santa Terezinha	Pérola
Hospital Dr. Aryzone Ltda.	Francisco Beltrão
Hospital Cristo Rei de Cornélio Procópio	Cornélio Procópio
Hospital e Maternidade Nilza de Oliveira Pipino Ltda.	Ubiratã
Clínica Médica Columbia	Foz do Iguaçu
FRANSMED - Sociedade Civil	Colombo
Hospital Santa Luzia	Borrazópolis
Hospital Municipal Beneficente de Janiópolis	Janiópolis
Hospital São Francisco	Francisco Beltrão
Hospital Regional de Douradina Ltda.	Douradina
Ecolab - Laboratório de Ecocardiografia Ltda.	Curitiba
Hospital e Maternidade Matelândia Ltda.	Matelândia
Hospital Mariluz	Mariluz
Hospital e Maternidade Santa Cruz Ltda.	Palotina

Na real ausência de leitos, os pacientes podem ser transferidos à outro hospital?

Diretor do Hospital Cajuru pergunta:

Devido a grande procura por parte da população, o nosso hospital na grande maioria das vezes apresenta o quadro de superlotação dos seus leitos.

Pela real ausência de leitos os pacientes são obrigados a permanecer nas acomodações do Pronto Socorro, destinadas a observação após o primeiro atendimento à espera de vagas, sem as adequadas condições de internação.

Assim, solicitamos orientação a respeito dos itens abaixo:

- 1º) Após confirmada a ausência de risco de vida pelo médico plantonista o paciente poderá ser encaminhado para outro hospital?
- 2º) A quem caberá a responsabilidade do encaminhamento do paciente? Ao médico plantonista ou a administração do hospital?
- 3º) A quem caberá a responsabilidade da transferência do paciente? A médico plantonista, ao Hospital ou aos familiares?
- 4º) Quais os documentos necessários para evitar o eventual risco de responsabilidade ao Corpo Médico de plantão e o hospital em caso de encaminhamento do paciente?

PARECER

Respondendo a solicitação, entendemos que:

- 1º) Efetivamente após confirmada a ausência de risco de vida pelo médico plantonista o paciente poderá ser encaminhado para outros hospital.
- 2º) A responsabilidade do encaminhamento cabe ao médico plantonista, o qual já elaborou um diagnóstico e considerou a ausência de risco de vida.
- 3º) A responsabilidade da transferência, entendida aqui como transporte do paciente, caberá ao responsável pelo mesmo, dependendo da sua condição clínica, avaliada por médico no momento de deixar o hospital.
- 4º) O encaminhamento do paciente deverá ser acompanhado do relatório, com exames complementares e diagnóstico.

Deve o médico encaminhante claramente se identificar, usando também número do seu CRM.

Essa documentação deverá ser colocada em envelope, o qual será fechado, endereçado ao médico nominalmente, ou ao médico sob cuidados do Hospital. Frontalmente o envelope deverá conter em destaque a palavra "CONFIDENCIAL", com o que se preservará o sigilo profissional.

É o nosso parecer.

Curitiba, 11 de agosto de 1986

CONS. DUILTON DE PAOLA

Aprovado em sessão plenária em 18.08.86.



RESOLUÇÃO CRMPR No. 20/86

Bolsas de Sangue

Esperamos tua colaboração

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, 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 denúncias apresentadas ao Plenário desse CRM e através da imprensa geral;

CONSIDERANDO os termos do Telex SG. PROSANGUE. NR. 1138/86-BSB de 24.10.86 do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o conteúdo do Ofício 302/DVS de 24.10.86 do Departamento de Saneamento e de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde e Bem Estar Social;

CONSIDERANDO finalmente o decidido em reunião plenária,

RESOLVE:

1 - Alertar que uso de bolsas de transfusões sanguíneas e hemoderivados, deva ser limitado às marcas autorizadas pelo Serviço Estadual de Vigilância Sanitária.

2 - Alertar os Diretores Técnicos dos Serviços de Hemoterapia para as consequências do não cumprimento das recomendações do Serviço Estadual de Vigilância Sanitária.

3 - Ratificar os termos do Telex SG. PROSANGUE. NR 1138/86-BSB de 24.10.86, do Ministério da Saúde, que recomenda à classe médica a suspensão por 45 a 60 dias de cirurgias eletivas e restringe as transfusões sanguíneas e de hemoderivados a casos de emergências e aos pacientes com deficiências hematológicas graves.

4 - Lamentar profundamente a pouca atenção dispensada pelas autoridades do Ministério da Saúde, às várias denúncias feitas anteriormente.

5 - Solicitar às autoridades competentes, que todos os produtos em uso na área da saúde, sejam urgentemente submetidos a rigoroso controle de qualidade.

6 - Recomendar a notificação de intercorrências transfusionais ao Serviço Estadual de Vigilância Sanitária, fone: 234-3811 Ramais 275 e 239 e 223-7411 Ramais 242 e 182 e/ou HEMEPAR fone: 264-1315.

Sala das Sessões, em 27.10.86
CONS. FARID SABBAG
Presidente em Exercício

PODE?

INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO EM CONSELHO DE MEDICINA E EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

PARECER CFM

I. PARTE EXPOSITIVA

Consulta-me a Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica sobre o seguinte caso: O DR. JUAN ANTONIO TIJIBOY, salvadoreno, graduado em Medicina, residente e domiciliado em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, com visto temporário que o habilita a frequentar cursos de pós-graduação, vem expor e requerer à Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica o que se segue:

1 - Aos 13/12/85 colou grau na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, diplomando-se médico.

2 - Aos 07/02/86 foi aprovado em concurso realizado pelo INAMPS, para realizar Curso de Pós-Graduação em Residência Médica de Medicina Geral Comunitária, no Hospital Nossa Senhora da Conceição, como bolsista do INAMPS.

3 - Aos 11/02/86, no momento da inscrição para o referido curso, o requerente foi informado de que tal inscrição não poderia ser realizada, por este não possuir o registro no CRM.

Não obstante as alegações do suplicante, o qual buscou apoiar-se no que preceitua a Resolução CFM nº 806/77, para conseguir a dispensa de tal requisito, ou seja, da obrigatoriedade de ter registro no Conselho Regional de Medicina, a situação permaneceu sem solução, o que motivou iniciativa do requerente junto à Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica visando obter que seja autorizada a sua inscrição no Curso em que foi aprovado.

II. PARTE ANALÍTICA

A situação ora em estudo necessita ser analisada à luz de dois diplomas legais: a **Lei 3268**, de 30.09.57, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e a **Lei 6815**, de 19.08.80, que define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil.

Preliminarmente temos que enfatizar, embasados nos preceitos da Lei nº 3268, que todo aquele que pretenda exercer a Medicina está obrigado a se inscrever no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se encontrar o local de sua atividade. Esta exigência legal, abrangendo todos os médicos no exercício da profissão, inclui também, como não poderia deixar de ser, os médicos estrangeiros que, de alguma forma, aqui desenvolvam atividades médicas. Tal requisito tem por objetivo assegurar aos Conselhos de Medicina os necessários instrumentos para que, tendo sob sua égide todos os profissionais médicos, exerçam plenamente suas atribuições legais de órgãos responsáveis pela fiscalização do exercício profissional e pela promoção do perfeito desempenho ético, técnico e moral da medicina. Com efeito, é a inscrição do médico no Conselho de Medicina, ou outro ato ou anotação que lhe seja equivalente, que coloca o médico sob o poder fiscalizador, ético e judicante dessa entidade.

Ocorre que a **Lei 6815, em seu Artigo 99, diz ser vedado ao estrangeiro titular de visto temporário inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada.** Ou seja, o médico estrangeiro, na situação acima definida, estaria impedido de se inscrever em Conselho de Medicina. Como ficaria então a situação dos médicos estrangeiros que pretendam cursar ou estejam cursando Residência médica no Brasil? **Consoante é notório, os médicos residentes, embora devam ter suas atividades supervisionadas por médicos preceptores, também arcam com a responsabilidade, em seus aspectos éticos, civis e penais, pelos atos médicos que venham a praticar.** Não estariam portanto os médicos estrangeiros que cursam Residência Médica amparados pela Resolução CFM nº 806/77. Efetivamente esta disposição normativa refere-se àqueles que não têm a responsabilidade pelo ato médico, o que, definitivamente, não é o caso dos médicos residentes. Destes fatos decorre a exigência feita pelas entidades que oferecem Programas de Residência Médica de que seus Residentes estejam regularmente inscritos em Conselho de Medicina.

Como compatibilizar as disposições das leis supracitadas de forma a se dar uma solução satisfatória à situação dos médicos estrangeiros, com visto temporário de permanência no Brasil, interessados **em cursar Residência Médica?** O Conselho Federal de Medicina, justamente preocupado com a questão dos médicos estrangeiros que pretendam realizar Residência Médica ou outro curso de aperfeiçoamento ou especialização, aprovou em **janeiro de**

1986, parecer da sua Assessoria Jurídica, da competente lavra dos Drs. Antonio Carlos Mendes e Cecília Marcelino. O referido parecer, parte do qual transcrevemos a seguir, esclarece qual a atitude a ser seguida pelos Conselhos de Medicina, da forma que se segue:

“... Os Conselhos Regionais de Medicina ao receberem pedidos de inscrição primária feitos por médicos estrangeiros com visto temporário e que estejam cursando no Brasil residência médica, curso de especialização, de aperfeiçoamento ou outro qualquer destinado a médicos, deverão proceder da seguinte forma:

a) recebido o pedido de inscrição primária, avaliar a documentação apresentada pelo médico estrangeiro a fim de verificar, principalmente, se seu visto de permanência temporária no Brasil está em ordem e, se está efetivamente inscrito em curso de residência médica devidamente credenciada pelo MEC, especialização ou aperfeiçoamento em Medicina em estabelecimento universitário, deferindo assim o pedido.

b) deferido o pedido, o Conselho Regional emitirá uma certidão, documento este equivalente à carteira profissional conferida aos médicos brasileiros em situações equivalentes, da qual constará:

b.1) fim específico a que se presta (cursar residência médica, curso de especialização, aperfeiçoamento ou outro);

b.2) nome da instituição em que o interessado fará o curso referido. Neste ítem, convém ressaltar que a certidão conferida ao médico estrangeiro presta-se apenas para a finalidade de cursar residência médica, curso de especialização, aperfeiçoamento, sendo-lhe defeso exercer atividade remunerada, nos termos do artigo 97 da Lei nº 6.815/80, e que a bolsa de estudos paga por instituição ou entidade brasileira em virtude da residência médica não deve ser entendida como contraprestação de trabalho remunerado não afrontando, assim, o sobredito artigo 97 da Lei nº 6.815/80;

b.3) prazo de validade da certidão. Quanto a este ítem convém esclarecer que o prazo de validade da certidão conferida coincidirá, obrigatoriamente, com o prazo do denominado visto temporário, visto este concedido aos estrangeiros que venham estudar no Brasil, pela Polícia Federal. Terminado o prazo de validade do visto, a certidão perderá seus efeitos e a “inscrição” no Conselho Regional será cancelada automaticamente, a não ser que seja prorrogado o tempo de sua permanência”.

Uma vez, portanto, que o médico estrangeiro ultrapasse a tramitação acima descrita e se encontre de posse da citada **Certidão**, estará com sua situação perfeitamente regularizada perante o Conselho Regional de Medicina, podendo assim cursar a Residência Médica em toda a sua plenitude. Neste caso a instituição que oferece Programas de Residência Médica não poderá obstaculizar a inscrição de tal médico em Programa de Residência Médica para o qual o mesmo tenha sido aprovado, sob a alegação de irregularidade do candidato perante o CRM, uma vez que tal irregularidade terá sido amplamente sanada.

III. CONCLUSÃO

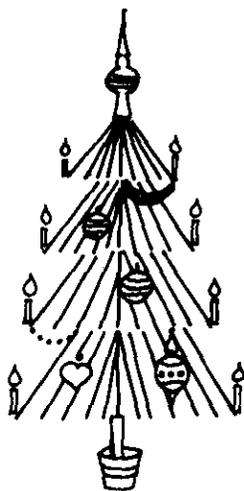
Com base no que foi exposto concluímos que a **Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica** deve oficializar ao **Hospital Nossa Senhora da Conceição, de Porto Alegre - RS**, comunicando que o **Dr. Juan Antonio Tijiboy**, uma vez que preencha os requisitos exigidos pelo **Conselho Regional de Medicina** e consiga do referido Conselho a certidão comprobatória da regularidade de sua situação perante a entidade fiscalizadora, terá superado o impedimento à sua inscrição no Programa de Residência Médica de Medicina Geral Comunitária, inscrição esta que deverá ser, então prontamente efetuada.

É o nosso parecer, s.m.j.

Fortaleza, 28 de abril de 1986

Dr. Ivan de Araújo Moura Fé
Representante do CFM na CNRM

Parecer aprovado em sessão plenária em
12/06/86.



VAMOS CONSTRUIR ALGO MELHOR

REGISTRO DE EMPRESAS

Diretor clínico de empresa pode ser punido?

LEI Nº 6.839, DE 30 DE OUTUBRO DE 1980

Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadas do exercício de profissões.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faz saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º — O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros.

Art. 2º — Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º — Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 30 de outubro de 1980; 159º da Independência e 92º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Murillo Macedo

Se a empresa que você dirige ou na qual você trabalha não está ainda registrada no CRM, o Diretor Clínico ou Técnico e você, estão em situação irregular. Procure regularizar sua situação. Consulte-nos.



ACÓRDÃO

PROCESSO 018/84

DENUNCIANTE: CRMPR
DENUNCIADO: DR. BENJAMIN DOMINGOS DEQUI
RELATOR: DR. LUIZ FERNANDO C.O.BRAGA
REVISOR: DR. MARIO BUDANT DE ARAÚJO
ACÓRDÃO: 006/85

RELATÓRIOS MÉDICOS FRAUDADOS - DIAGNÓSTICOS NÃO VERDADEIROS - BENEFÍCIO FINANCEIRO - ATOS MÉDICOS DESNECESSÁRIOS - MERCANTILIZAÇÃO DA MEDICINA.

DESVIA-SE DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS, O MÉDICO QUE VISANDO BENEFICIAR-SE DA PREVIDÊNCIA FRAUDA RELATÓRIOS, EMITE DIAGNÓSTICOS INVERÍDICOS E PRÁTICA ATOS MÉDICOS DESNECESSÁRIOS, EXERCITANDO ASSIM A MERCANTILIZAÇÃO DA MEDICINA.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de processo ético-profissional sob no. 001/84, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o DR. BENJAMIN DOMINGOS DEQUI,

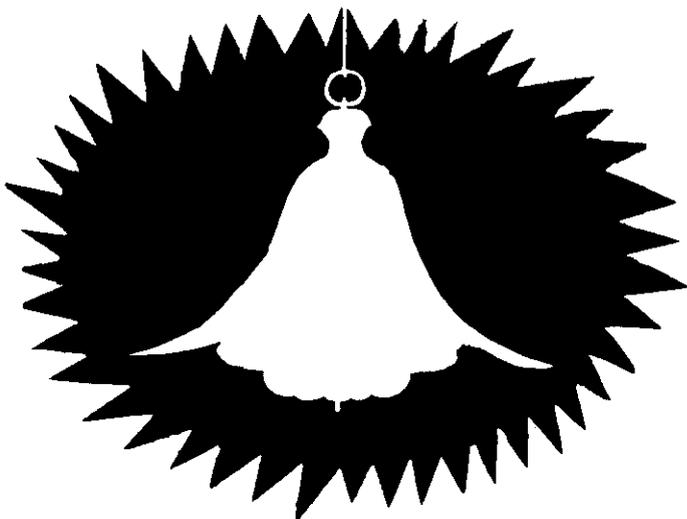
ACÓRDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, por unanimidade, na forma de votos dos Srs. Relator e Revisor, em acolher a imputação ao denunciado, de infração aos artigos 10, 13, 15 e 23 do Código Brasileiro de Deontologia Médica. Por maioria, e contra os votos do Relator e Revisor, resolvem os membros do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná em aplicar ao denunciado a pena de **CENSURA PÚBLICA EM PUBLICAÇÃO OFICIAL**, prevista na letra "C" do artigo 22 da Lei 3268/57, conforme ata no. 263 de 20.05.85.

Curitiba, 10 de junho de 1985

Dr. Luiz Fernando C.O.Braga
Relator

Dr. Mario Budant de Araujo
Revisor



**MÉDICO NATURAL DE PAÍS
LIMÍTOFE, DOMICILIADO EM
CIDADE CONTÍGUA AO TERRITÓRIO
BRASILEIRO, PODE CLINICAR NO BRASIL**

PARECER

O estrangeiro tem a sua situação jurídica no Brasil regulada pela Lei n.º 6.815, de 19 de agosto de 1980. Neste diploma normativo estão previstas as várias formas de entrada, permanência e saída dos estrangeiros em nosso país.

Com efeito, uma das formas de admissão está regulada pelo artigo 21 e seus parágrafos da Lei supra mencionada que "in verbis" dispõe:

"Art. 21 - Ao natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território brasileiro, respeitados os interesses de segurança nacional, poder-se-á permitir a entrada nos municípios fronteiriços a seu respectivo país, desde que apresente prova de identidade.

§ 1.º - Ao estrangeiro, referido neste artigo, que pretenda exercer atividade remunerada ou frequentar estabelecimento de ensino daqueles municípios, será fornecido documento especial que o identifique e caracterize a sua condição, e, ainda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, quando for o caso.

§ 2.º - Os documentos referidos no parágrafo anterior não conferem o direito de residência no Brasil, nem autorizam o afastamento dos limites territoriais daqueles municípios" (grifamos).

Destarte, de posse do documento especial de identificação conferido pelo Departamento de Polícia Federal, o estrangeiro fica autorizado a ingressar em território nacional nos municípios fronteiriços a seu respectivo país a fim de exercer atividade remunerada ou frequentar instituição educacional daqueles municípios.

Assim, em princípio, poder-se-ia imaginar a possibilidade do estrangeiro admitido na forma do artigo 21 da Lei n.º 6.815/80 vir exercer em território nacional qualquer tipo de atividade remunerada.

No entanto, a própria Lei n.º 6.815/80, em seu Título X, trata de traçar as restrições ao exercício da atividade remunerada pelo estrangeiro admitido no Brasil por força do artigo 21 desta mesma Lei, vedando a possibilidade de inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício profissional por força do disposto em seu artigo 99 - "verbis":

"Art. 99 - Ao estrangeiro titular de visto temporário e ao que se encontre no Brasil na condição do art. 21, § 1.º, é vedado estabelecer-se com firma individual, ou exercer cargo ou função de administrador, gerente ou diretor de sociedade comercial ou civil, bem como inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada." (grifamos)

A Constituição Federal no § 23 do seu artigo 153 garante o livre exercício de qualquer profissão a todo brasileiro e a todo estrangeiro aqui domiciliado ou residente, desde que observadas as condições de capacidade que a Lei estabelecer.

Ora, a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, que instituiu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, exige para o exercício da profissão de médico no Brasil o prévio registro do diploma no Ministério da Educação e Cultura e a inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Na medida em que a Lei n.º 6.815/80 - Lei dos Estrangeiros - veda aos que se encontrem no Brasil na condição do artigo 21, § 1.º, a inscrição nas entidades de fiscalização da profissão, como são os Conselhos de Medicina e esta é condição essencial ao exercício legal da profissão, **concluímos que o médico natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território nacional, não pode exercer sua profissão em nosso País.**

Assim, ao Conselho Regional de Medicina é vedado o registro de médicos nas condições previstas no art. 21, § 1.º da Lei dos Estrangeiros, em virtude da restrição estatuída pelo art. 99 da sobredita Lei n.º 6.815/80 e o médico estará incorrendo na prática do crime previsto no artigo 282 do Código Penal - exercício ilegal da Medicina - nas infrações previstas nos artigos 124 e seguintes da Lei n.º 6.815/80.

É o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 05 de maio de 1986

Antonio Carlos Mendes
Assessor Jurídico

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica

Parecer aprovado em sessão plenária do CFM em
12.06.86

NOV
O
V
O
D
A
D
E

EXIME DE SUPERVISÃO MINISTERIAL
AS ENTIDADES INCUMBIDAS DA
FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DE
PROFISSÕES LIBERAIS.

O Presidente da República, no uso das atribuições que lhe confere o art. 81, itens I e III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 3º, do decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986.

Art. 1º - Não será exercida supervisão ministerial sobre as entidades incumbidas da fiscalização do exercício de profissões liberais, a que se refere o decreto-lei 968, de 13 de outubro de 1969.

Art. 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário, em especial o artigo 1º, item II, números 6 a 24, do decreto no. 74.000, de 1º de maio de 1974, e o artigo 30., item I, do decreto no. 81.663, de 16 de maio de 1978.

Brasília, 21 de novembro de 1986, 165º da Independência e 98º da República.

José Sarney

Almir Pazzianotto Pinto

INFORMAÇÕES DA REDAÇÃO

DECRETO N. 74.000 – DE 1º DE MAIO DE 1974

Dispõe sobre a vinculação de entidades, e dá outras providências.

Art. 1º - As entidades abaixo relacionadas passam a vincular-se, para os fins dos artigos 19 e 26 do Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, e 3º do Decreto-Lei n. 900, de 29 de setembro de 1969, aos seguintes Ministérios.

II – Ministério do Trabalho:

15 – Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina.

DECRETO N. 81.663 – DE 16 DE MAIO DE 1978

Dispõe sobre a estrutura básica do Ministério do Trabalho e dá outras providências.

Art. 3º - São vinculadas ao Ministério do Trabalho as seguintes entidades:

I – entidades incumbidas da fiscalização do exercício de profissões liberais – Decreto-Lei n. 968 de 13 de outubro de 1969.

Leg. Fed. 1969 - pág. 1610

PROCURA-SE

PROCURA-SE

Procura-se

A ATUALIZAÇÃO DE SEU ENDEREÇO É OBRIGATÓRIA

Decreto Federal nº 44.045 de 19/07/1958 – D.O. de 25/07/1958

Artigo 6º – Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, a instalação de seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

NOME: _____

Consultório

Residência

Rua: _____

Nº _____

Andar/Sala/Apto. _____

Fone: _____

CIDADE _____

CEP _____

ESTADO _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Especialidade que pratica _____

Tem Título de Especialista? _____

De qual Sociedade? _____

O Título já foi registrado no Conselho? _____

Data: _____ / _____ / _____

Colegas com problemas de endereço. Suas correspondências têm voltado. Vamos avisá-los. TELEFONEM!



- Adão Nicolau Pacheco
Hospital e Maternidade Santa Maria, Rua 8 s/n. Chopinzinho
- Adelaide Alves Marques Marroni
Rua Jesuino Marcondes, 55 - ap. 901 - Curitiba
- Adelino Neves Neto
R. Pres. Taunay, 1200 - Curitiba
- Admar Ferreira Caldas Filho
Rua Emiliano Pernetá, 653 - Curitiba
- Albino Bicchí Junior
Rua Lauro Romeu Werlang, 1343 - Francisco Beltrão
- Alexandre Miguel Shwetz
Alameda Princesa Izabel, 1977 - Curitiba
- Alfio Martelliti Neto
R. Souza Naves, 1601 - Londrina
- Angelina Yuriko Nakajima
Av. Rio de Janeiro, 859 - Londrina
- Angelo Aparecido Sella
Rua Pernambuco, 841 - Londrina
- Angelo Henrique França
Rua Xavier da Silva Est. Capitão Virmond - Guarapuava
- Anselmo Santo Peraro
Rua Souza Naves, 576 - Londrina
- Antonio Mauro Osti
Rua Mato Grosso, 1086 - Curitiba
- Antonio Roberto C. Gois
Rua Carlos de Carvalho, 19 - ap. 1901 - Curitiba
- Aparecido Laercio Marroni
Rua Jesuino Marcondes, 55 - ap. 901 - Curitiba
- Ariosvaldo Lunardon
Hospital Dr. Aryzone - C. Postal, 3 - Francisco Beltrão
- Arsenio José Antunes de Mello
Hospital Mariluz - Mariluz
- Attílio Salvador Meiluso Filho
Rua Emílio de Menezes, 211 - Curitiba
- Augusto Alves dos Reis
Rua XV de Novembro, 25 - Curitiba
- Benedito Ledo Grizzo
Rua Augusto Severo, 642 - Londrina
- Benjamin Ari Kuzer
Av. Paraná, s/n. Colorado
- Bernadette Daou
Rua Mato Grosso, 1028 - Londrina
- Boutros Asmar
Rua Sete de Setembro, 1367 - Campo Grande - MT
- Brasilio Vicente de Castro Filho
Rua Pasteur, 406 - São José dos Pinhais
- Carlos Almir Ramos
Hospital Menino Jesus - Reserva
- Carlos Antonio Moura de Toledo
Av. Carlos Gomes, 567 - Porto Velho - RO
- Carlos Dirceu Tizzot
Rua Araguaia, 10 - Curitiba
- Carlos Gilberto Almodin
Rua Gov. Ney Braga, 5000 - Cianorte
- Carlos Makoto Moriya
Rua Bigorriño, 1873 - Curitiba
- Carlos Roberto Bicchí
Rua Afonso Heinz, s/n. - Itaporanga - SP
- Cleide Baptista Fontes
Rua Vitor Meirelles esq. Vitorio Balani - Maringá
- Claudio Madi Abujanra
Rua Padre Antonio Otero Soares, 375 - Santana do Itararé
- Dalvim Bandeira de Lima
Erasto Gaertner, 2423 - Assai
- Dayson Luiz Nicolau dos Santos
Rua Petit Carneiro, 161 - ap. 54 - Curitiba
- Deonea Palmeira Checchia
Santa Casa de Misericórdia - Ponta Grossa
- Dimas Domingues Ribeiro
Rua Pres. Vargas, 1023 - Santo Antonio do Sudoeste
- Dzonet Quarentei Mercor
Rua Des. Westphalen, 1401 - sala 15 - Curitiba
- Edgar Fontoura
Trav. Alfredo Buffren, 18 - 1o. andar - Curitiba
- Edineilson Cerci
Praça 1o. de Maio, 130 - Londrina
- Edivaldo Macedo de Brito
Rua Francisco Feijó Sanches, 90 - Londrina
- Eduardo Galletto
Rua Manoel Eufrázio, 750 - ap. 154 - Curitiba
- Eduar Guerios Junior
Desconhecido
- Edna Emilia Gomes da M. Almodin
Centro Médico José Gostri
Cianorte
- Elenice Duffene
Hospital de Clínicas - Curitiba
- Elenice Zambelam Inocente
Rua Camponesa, 92 - Londrina
- Elias Antonio Campanelli
Rua Souza Naves, 1370 - Londrina
- Euclides Biagheti Neto
Av. Brasília P.B. Nacional - Medianeira
- Eunice Matsumoto Umata
Av. Água Verde, 526 - Curitiba
- Eva Maria Viktoria Kaiser
Rua Iracema, 179 - Londrina
- Evaldo Dacheux de Macedo
Rua Santos Andrade, 337 - Curitiba
- Fernando Manuel Quaresma Roque
Rua Balduino Taques, 1566 - Ponta Grossa
- Flavio Barbi
Av. Almino Arantes, 744 - Jacarezinho
- Flavio Dantas Ferreira Canario
Av. Bandeirantes, 677 - Londrina
- Flavio Garcia de Oliveira
Rua Minas Gerais, 2343 - Cascavel
- Flavio L. dos Santos Zanoni
Alagoas, 955 - Ivaiporã
- Francisco Lopes Vaccas
Rua Rio de Janeiro, 1416 - Cascavel
- Frederico Ernesto Cordeiro Virmond
Rua Arlindo Ribeiro, 1002 - Guarapuava
- Gabriel Paulo Skroch
Rua Bruno Figueiras, 1985 - ap. 73 - Curitiba
- Geraldo Maria de Cicco
Desconhecido - Cambará

Geraldo Martins
Rua São Paulo, 630 - Sertãoópolis

Getulio José Mattos do Amaral
Rua Goiás, 1185 - Londrina

Gilberto Juvencio
Rua Mal. Deodoro, 370 - Paranaguá

Gisson Rikio Ogata
Rua Guedes Dias, 278 - Jabaquara - SP

Gilvan Brito Alves
Rua Palheta, 82 - Londrina

Guido Alfredo V. Peréz
Av. Visconde do Rio Branco, 359 - Curitiba

Hugo Stankiewicz
Rua Conego Braga, 1518 - Guarapuava

Hugo Veranhitach
Rua Mato Grosso - Londrina

Humberto Bottura
Rua Castro, s/n. - Londrina

Irineu Haracio Traldi Filho
Rua Capitão Virmond, 1853 - Guarapuava

Isabel Maria de F.P.de França
Rua Raja Gabaglia, 387 - Londrina

Ismar de Oliveira
Rua Pará, 966 - Londrina

Itizo Nishimura
Av. Paraná, 367 - Londrina

Ivair Minoru Ikeziri
Rua Senador Souza Neves, 119 - Londrina

Ivo de Angelis
Rua Alan Kardeck, 465 - Curitiba

Jackson Miguel Baduy
Rua Comendador Fontana, 405 - ap. 304 - Piraquara

Iza Tizujô Yamashita
Hospital Hidroelétrica Itaipu - Foz do Iguaçu

João Batista Rubia Malavazi
Rua Gal. Osório, 510 - Cascavel

João Bento de Moura Neto
Rua Souza Neves, 1601 - Londrina

João Candido Araujo
Rua Cap.Souza Franco, 1250 - ap. 42 - Curitiba

João Carlos Espinola Leinig
Rua Souza Neves, 701 - ap. 212 - Curitiba

João Carlos Schneider
Rua João José Massaneiro, 369 - São José dos Pinhais

João Jairney Maniglia
Rua Pasteur, 52 - Curitiba

Joachim Ernst Graf
Rua Rio Grande do Norte, 5 - Curitiba

Jorge Eduardo Fouto Matias
Av. Sete de Setembro, 5407 - Curitiba

Jorge Ricardo dos Santos
Av. Rio Grande do Sul, 1015 - ap. 22A
Mal. Cândido Rondon

José Antonio Leprevost Neto
Rua Francisco Rocha, 1221 - Curitiba

José Cardoso de Azevedo
Rua Carlos Cavalcanti, 856 - ap. 101 - Curitiba

José Correa Lima Filho
Rua Terra Boa, 429 - Curitiba

José Francisco Wotzasek
Rua dos Inocentes, 327 - Socorro - Santo Amaro - SP

José Maria de Azevedo Falção
Rua Ivo Leão, 711 - ap. 902 - Curitiba

José Martins Orso
Rua Dr. Muricy, 30 - 10o. andar - ap. 102 - Curitiba

José Reinaldo Siqueira Lima
Rua Cel. Batista, 101 - Jacarezinho

José Roberto E.de Castro Meilo
Rua Nicaragua, 164 - Praia Grande - SP

José Silvio Pettinate
Av. 16 Quadra 131 Casa 03 Vila A - Foz do Iguaçu

Juan Bartolomé Zamirano Soto
Rua Silvio Pegoerana, 333 - Londrina

Junko Inoue Utiumi
Rua 303 Casa 85 - Curitiba

Josué Lopes de Souza
Rua Mateus Leme, 445 - Curitiba

Juvenel Junyo Shibata
Pça. Osório, 455 - ap. 173 - Curitiba

Lauro Wolff Valente
Rua Augusto Severo, 609 - Curitiba

Leonidas Mocellin
Rua Bruno Filgueiras, 266 - Curitiba

Leonidas Pelissari
Rua XV de Novembro, 803 - ap. 11 - Maringá

Leticia Pontes Pelissari
Rua XV de Novembro, 803 - ap. 11 - Maringá

Lucia Emiko Kuroiwa
Hospital São José - Cascavel

Luiz Ernesto Pujol
Hospital Regional de Irati - Irati

Luiz Fabio Bressan
Hosp. São José - Gal. Osório, 5101 - Cascavel

Manoel Pedro Andreatta
Rua Senador Souza Neves, 676 - Londrina

Marcio José de Almeida
Rua Pará, 1334 - ap. 112 - Londrina

Marco Antonio Conrado da Silva
Rua Tenente Roque Valente, 2 V. Militar - Guaíra

Marcos Mocellin
Rua Bruno Filgueiras, 266 - Curitiba

Marieli da Silva Stock
Av. Brasil, 2110 - Ap. 07 - Cascavel

Mario Gomes de Mello Leitão Filho
Rua Mal. Hermes, 503 - Curitiba

Mario Guterres
Rua São Paulo, s/n. - Itaguajé

Mario Martins
Rua XV de Novembro, 1887 - Curitiba

Mario Sergio S.A.Coutinho
Av. Souza Neves, 701 - ap. 72 - Curitiba

Marly Teresinha Zoccoli
Rua Mauá, 56 - ap. 52 - 5º andar - Curitiba

Miguel Sandrone de Abreu
Erasto Gaertner, s/n. - Curitiba

Milka Maria Moura Issa
Rua Arlindo Vieira, 187 - C Londrina

Milton Fernandes de Paula
Rua Munhoz da Rocha, 246 - Curitiba

Milton Roberto Laprega
Rua Bélgica, 1245 - Cambé

Nabil Elias Bittar
Rua Moreira Garcez, 165 - ap. 181 - Curitiba

Nelson José Rodrigues Filho
Rua Alcides Silva Rocha, 327 - Ponta Grossa

Neide Terezinha C. Fridrich
Rua Conselheiro Araujo, 366 - Curitiba

Newton Cortes Vieira Lima
Desconhecido

Newton Iwao Nogami
Av. Bandeirantes, 677 - Londrina

Nilson Figueiredo Amaral
Rua 117 - Quadra 105 no. 2 - Foz do Iguaçu

Nilton Kiessel Filho
XV de Novembro, 1500/906 - Curitiba

Nilton Mazer
Rua Piratininga, 450 - Cianorte

Ninive Maurutto Filho
Rua Mateus Leme, 1430 - Curitiba

Odete Veronica Dellatorre
Rua Capitão Souza Neves, 1250 - Curitiba

Olga Rita Toffalini Pereira Franco
Trav. Brasil, 11 - ap. 03 - São José dos Pinhais

Olival Ronald Leitão
Av. Washington Luiz, 855 - Curitiba

Orlando M. Zaczalnsny
Rua Eng. Schamber, 460 - Ponta Grossa

- Oswaldo Palácio
Rua Jacarezinho, 920 - ap. 21 - Curitiba
- Ovidio Luiz Franzoni
Rua Piratininga, 659 - Cianorte
- Paulo André Cheno
Sen. Souza Naves, 619 - Londrina
- Pedro Abib Junior
Hospital Cristo Rei - Astorga
- Pedro Alejandro Gordán
Rua Padre Anchieta, 1007 - ap. 102 - Curitiba
- Pedro Altair Neves
Rua Pio, 745 - Francisco Beltrão
- Petronilio Ramos Costa
Rua Jacarezinho, 706 - Curitiba
- Raul Correa Ribeiro
Rua Madre Leony, 386 - Curitiba
- Raul Infante Lessa
Av. Paraná, 343 - cj. 802 - Londrina
- Ricardo Gewehr Pettinelli
Hospital e Maternidade São Lourenço - São Lourenço
- Roberto Heleno da Silveira
Rua Brasílio Itiberê, 3175 - Curitiba
- Roberto Mariano da Rosa
Rua Hermes Vissoto, s/n. - Icaraíma
- Roberto Tatsuoki Yokoyama
Av. Jaime Reis, 954 - Curitiba
- Roney José Lodovico Petroni
Rua Pres. Bernardes, 867 - Cascavel
- Rosires Pereira de Andrade
Rua Amancio Moura, 77 - Curitiba
- Rubem Sualete de Mello
Rua Eng. Antonio B. Ribas, 489 - Curitiba
- Rubens Kliemann
Rua Saldanha Marinho, 1243 - Curitiba
- Ruy Leal
Rua Ubaldino do Amaral, 64 - Curitiba
- Rui Viana Junior
Praça Gago Coutinho, 83 - Londrina
- Sebastião Ferreira dos Santos
Rua Principal, s/n. - Guaíra
- Selvino Danilo Manica
Rua Olavo Bilac, 1355 - Cascavel
- Sergio Luis Lenoir
Rua Gal. Carneiro, 181 - Curitiba
- Sifinyo Tayar
Rua Nossa Senhora Aparecida, 637 - Ubiratã
- Silas Sallem
Rua Balduino Taques, 1566 - Ponta Grossa
- Silvio Carlos Cury
Rua Maj. Deodoro, 1485 - Foz do Iguaçu
- Sinesio Moreira Junior
Rua Souza Naves, 155 - Londrina
- Thomaz Nicoletti Filho
Rua Madame Curie, 82 - Londrina
- Univaldo Etsuo Sagar
Rua Rio Grande do Sul, 1288 - Curitiba
- Valdemar Oscar de Souza
Pça. São Sebastião, 483 - Clevelândia
- Valdir de Paula Furtado
Rua Cel. Joaquim Furtado, 15 - Curitiba
- Vera Maria Bressan
Gal. Osório, 510 - Cascavel
- Vitor Moréschi Filho
Rua Mauricio N. Garcia, 280 - Curitiba
- Wagner de Castro
Rua Rui Barbosa, 1311 - Porto Velho - RO
- Waldemar Poesier
Rua D. Pedro I, 108 - Ponta Grossa
- Wilson Bertolini
Rua Pedro Ivo, 423 - ap. 903 - Curitiba
- Wilson Eik
Av. José Bonifácio, 436 - Ibiporã
- Yagor Moreira
Av. Brasil, 2784 - Cascavel
- Antonio de Padua Cominezi
Rua Bonfim Vilela, 666 - Ponta Grossa
- Cezar Augusto L. de Oliveira
Hospital São Marcos Japira
- Delvahyr Helena Fontoura Podolan
Rua Gal. Osório, 273 - Cascavel
- Jesse Alves de Moura
Caixa Postal, 16 - Tuneiras do Oeste

HÁ 900 ANOS COMO HOJE, A QUEIXA É A MESMA

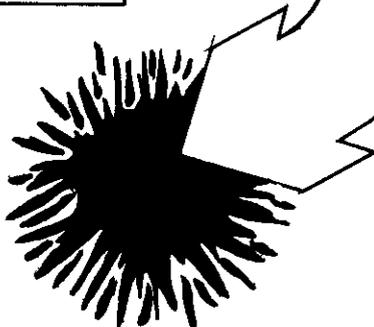
El mundo está atravesando una época turbulenta. La gente joven no tiene respeito a sus padres, les impacientan todas las restricciones; hablan como si sólo ellos lo supieran todo, y lo que entre nosotros pasa por sabiduría, es tontería para ellos”.

Pedro El Ermitaño, Siglo XI.

CONHEÇA

Definições e conceitos oficiais na área da saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE



GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 30856 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1977

O Ministro do Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 2º do Decreto nº 70.973, de 31 de dezembro de 1975, rescive:

I — Aprovar os conceitos e definições de que trata o item I do artigo 9º do Decreto nº 79973, de 31 de dezembro de 1976, referentes às normas e padrões previstas no artigo 1º letra "g" da Lei nº 6.372, de 17 de julho de 1975.

II — Recomendar à Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar, da Secretaria Nacional de Ações Físicas de Saúde do Ministério da Saúde as providências necessárias à publicação na Imprensa Nacional, a impressão do documento mencionado no item I desta Portaria, promovendo sua divulgação junto aos órgãos e entidades interessadas, em todo o território nacional.

III — Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário. — Paulo de Almeida Machado.

Conceitos e definições de que trata o inciso I do artigo 2º do Decreto nº 76.973, de 31 de dezembro de 1975, pertinentes às normas e padrões previstos pelo artigo 1º, letra "g" da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, objeto da aprovação pela Portaria do Ministro da Saúde, nº 30, de 11 de fevereiro de 1977, publicada no D.O. de 18.02.77.

CONCEITOS E DEFINIÇÕES

- I. TERMINOLOGIA GERAL
- II. TERMINOLOGIA FÍSICA
- III. TERMINOLOGIA ADMINISTRATIVA
- IV. TERMINOLOGIA MÉDICO-HOSPITALAR
- V. ESTATÍSTICA HOSPITALAR - Medidas e Indicadores
- VI. EPIDEMIOLOGIA E IMUNOLOGIA - CONCEITOS

1. **TERMINOLOGIA GERAL**
1. **ASSISTÊNCIA MÉDICA**
É o conjunto de ações, métodos e processos da ciência médica empregada na promoção, proteção, recuperação e reabilitação de um paciente.
2. **ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA**
É o conjunto de ações, métodos e processos de ciências da saúde empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação, desenvolvidas com a participação da comunidades visando a elevação do nível de saúde de populações.
3. **ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR**
É aquela que tem por base a ação de um serviço médico (ambulatório, posto de assistência médica, clínica, policlínica, serviço médico-hospitalar) e/ou do hospital.
4. **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR GERAL**
É aquela prestada pelos hospitais gerais e especializados com exceção dos que se destinam exclusivamente ao tratamento da tuberculose, hanseníase e doenças mentais.
5. **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL**
É a prestação de serviços de saúde a pacientes em estabelecimento (de saúde) em regime de não internação.
6. **ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR**
É a assistência médica prestada por serviço de saúde de forma descentralizada, junto ao domicílio.
7. **HOSPITAL**
É parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas, em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.
8. **HOSPITAL GERAL**
É o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino).
9. **HOSPITAL ESPECIALIZADO**
É o hospital destinado, predominantemente a pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica
10. **HOSPITAL DIA**
É a modalidade de atendimento em hospital na qual o paciente utiliza com regularidade os serviços da instituição na maior parte do dia, para fins de tratamento e/ou reabilitação.
11. **HOSPITAL - NOITE**
É a modalidade de atendimento em hospital na qual o paciente utiliza com regularidade os serviços e o leito hospitalar durante o período noturno.
12. **HOSPITAL DE CURTA PERMANÊNCIA**
É aquele cuja média de permanência de pacientes internados não ultrapassa 30 (trinta) dias.
13. **HOSPITAL DE LONGA PERMANÊNCIA**
É aquele cuja média de permanência de pacientes internados ultrapassa 30 (trinta) dias.
14. **UNIDADE SANITÁRIA**
É o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médico-sanitária a

uma população, em área geográfica definida, sem internação de pacientes, podendo, como atividade complementar, prestar assistência média a pessoas.

14.1 POSTO DE SAÚDE

É uma unidade sanitária, simplificada, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com controle e supervisão médica periódica.

14.2 CENTRO DE SAÚDE

É uma unidade sanitária, complexa, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com ambulatórios para assistência médica permanente.

15. UNIDADE MISTA (TAMBÉM CONHECIDA COMO UNIDADE INTEGRADA OU HOSPITAL-UNIDADE SANITÁRIA).

É o estabelecimento de saúde com as características de Unidade Sanitária, acrescido de leitos para internação de pacientes, basicamente em clínica pediátrica, obstétrica e médico-cirúrgica de emergência.

16. POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

É um estabelecimento de saúde médica ambulatorial.

Nota: definição modificada pela portaria 0185b de 15.12.79 para - É um

17. POLICLÍNICA

É um estabelecimento de saúde para assistência médica ambulatorial com serviços médicos especializados.

18. HOSPITAL LOCAL

É o hospital destinado a servir à população de determinada área geográfica, prestando, no mínimo, assistência nas áreas básicas de clínica médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica e de emergência.

19. HOSPITAL DISTRITAL

É o hospital geral que além de prestar assistência médica-cirúrgica própria de hospital local a uma população determinada, presta serviços mais especializados a pacientes encaminhados de sua e de outras localidades, enviando pacientes necessitados de assistência mais complexa a um hospital de base.

20. HOSPITAL DE BASE

É o hospital geral destinado a constituir-se em centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área, devendo estar capacitado a prestar assistência especializada mais diferenciada a pacientes encaminhados de Hospitais distritais, além da assistência médico-cirúrgica própria do hospital local.

21. HOSPITAL DE ENSINO OU HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

É o hospital geral com as características e funções de Hospital de Base, utilizado por Escolas de Ciências da Saúde como centro de formação profissional.

22. HOSPITAL DE CORPO CLÍNICO FECHADO

É o hospital onde não se permitem em rotina atividades de outros profissionais que não os integrantes do próprio Corpo Clínico.

23. HOSPITAL DE CORPO CLÍNICO ABERTO

É o hospital que mesmo tendo Corpo Clínico estruturado, permite, a qualquer profissional habilitado da comunidade, internar e tratar seus pacientes.

24. HOSPITAL DE CORPO CLÍNICO MISTO

É o hospital que mesmo tendo Corpo Clínico fechado, faz concessão, por cortesia, a outros profissionais, a internar e assistir seus pacientes.

25. HOSPITAL ESTATAL OU PARA ESTATAL

É o que integra o patrimônio da União, Estado, Distrito Federal e Municípios (pes-

soas jurídicas de direito público interno) autarquias, fundações instituídas pelo Poder Público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).

26. HOSPITAL PRIVADO OU PARTICULAR

É o que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo Poder Público.

27. HOSPITAL BENEFICENTE

É o que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, instituído e mantido por contribuições e doações de particulares, destinado à prestação de serviços a seus associados e respectivos dependentes, cujos atos de constituição especifiquem sua clientela, que não remunere os membros da sua diretoria, que aplique integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais, cujos bens no caso de sua extinção revertam em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou ao Poder Público.

28. HOSPITAL FILANTRÓPICO

É o que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção.

29. AMBULATÓRIO

É a unidade do Hospital ou de outro serviço de saúde destinada a assistência de pacientes externos para diagnóstico e tratamento.

30. HOSPITAL DE PEQUENO PORTE

É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.

31. HOSPITAL DE MÉDIO PORTE

É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 50 a 150 leitos.

32. HOSPITAL DE GRANDE PORTE

É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 150 a 500 leitos. Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra.

Nota: Os termos pequeno, médio, grande e extra referem-se unicamente ao número de leitos, não tendo qualquer relação com a qualidade e complexidade de assistência prestados.

II. TERMINOLOGIA FÍSICA

1. ELEMENTO

É a área ou compartimento com finalidade determinada, que em conjunto compõe uma unidade do hospital.

2. UNIDADE DO HOSPITAL

É o conjunto de elementos funcionalmente agrupados onde são executados atividades afins, visando o melhor atendimento ao paciente, dando-lhe conforto, segurança e facilitando o trabalho do pessoal.

As unidades de um hospital podem variar em número, e seus elementos, por sua vez, podem também variar em número e dimensões, em função do total de leitos, finalidade e técnicas operacionais adotadas.

3. UNIDADE DE INTERNAÇÃO OU UNIDADE DE ENFERMAGEM

É o conjunto de elementos destinados à acomodação do paciente internado, e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários a um bom atendimento.

4. UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERAL

É a existente nos hospitais gerais, possuindo ao redor de 25 leitos, quando localiza-

dos só em quartos individuais, 32 leitos quando em quartos com dois leitos e 40 leitos quando em quartos e enfermarias.

5. UNIDADE ESPECIAL DE INTERNAÇÃO
É o conjunto de elementos destinados a pacientes que recebem assistência especializada, exigindo características especiais como: doenças transmissíveis, doenças mentais agudas, tuberculose forma aguda, berçário, unidade de tratamento intensivo, unidade de emergência e outras como segue:
- 5.1 UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA (em hospital geral)
É o conjunto de elementos destinados a pacientes de idade até 14 anos, reunidos por grupo etário, possuindo não mais de 70 leitos.
- 5.2 UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
É o conjunto de elementos destinados a pacientes portadores de doenças transmissíveis, permitindo condições de isolamento, cujo número não deve ultrapassar de 30 pacientes por unidade.
- 5.3 UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA DOENÇAS MENTAIS AGUDAS
É o conjunto de elementos destinados a pacientes portadores de doenças mentais agudas, cujo número não deve ultrapassar de 30 pacientes por unidade.
- 5.4 UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA TUBERCULOSE, FORMA AGUDA
É o conjunto de elementos destinados a pacientes portadores de tuberculose, de forma aguda, cujo número não deve ultrapassar de 30 pacientes por unidade.
- 5.5 UNIDADE DE BERÇÁRIO
É o conjunto de elementos destinados a alojar para assistência, recém-nascidos saudáveis, prematuros e patológicos.
- 5.6 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO
É o conjunto de elementos destinados a receber pacientes em estado grave, com possibilidades de recuperação, exigindo assistência médica e de enfermagem permanente, além da utilização eventual de equipamento especializado.
- 5.7 UNIDADE DE EMERGÊNCIA
É o conjunto de elementos que servem no atendimento, diagnóstico e tratamento de pacientes acidentados ou acometidos de mal súbito com ou sem risco de vida iminente.
- 5.8 UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO
É o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como a recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.
- 5.9 UNIDADE DE CENTRO OBSTÉTRICO
É o conjunto de elementos onde são realizados o trabalho de parto, o parto, a cirurgia obstétrica e os primeiros cuidados com os recém-nascidos.
- 5.10 UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO-CENTRO OBSTÉTRICO
É o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgico-obstétricas em uma única área, em pequenos hospitais.
- 5.11 UNIDADE DE CENTRO DE MATERIAL
É o conjunto de elementos destinados aos expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades do hospital.
- 5.12 UNIDADE DE LACTÁRIO
É o conjunto de elementos destinados ao preparo de alimentação para as crianças, incluindo basicamente fórmulas lácteas, sucos e regimes dietéticos e prescritos.

6. **UNIDADE DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**
É o conjunto de elementos onde está localizada a maioria dos serviços que complementam o diagnóstico, ou auxiliam na recuperação de saúde, compreendendo basicamente:
laboratório de patologia clínica, radiologia clínica, transfusão de sangue, laboratório de anatomia patológica, eletrocardiografia, eletroencefalografia e fisioterapia, radiocisótopos, medicina nuclear e outros.
7. **UNIDADE DE SERVIÇOS GERAIS**
É o conjunto de elementos onde se realizam os serviços que suprem roupa, alimentação, transportes, energia elétrica, vapor e todo material necessário para o funcionamento do hospital.
Compreende os seguintes serviços: alimentação, lavanderia, material, limpeza, oficina de manutenção, conservação e reparos, central de vapor, vestiários, garagem, necrotério e outros.
8. **UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO**
É o conjunto de elementos onde estão localizados a maioria dos serviços destinados às atividades administrativas do hospital, compreendendo basicamente pessoal, contabilidade, transportes, matrícula e registro do pacientes.
9. **UNIDADE DE AMBULATÓRIO OU UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS**
É o conjunto de elementos que possibilita o atendimento de pacientes para diagnóstico e tratamento quando constatada a não necessidade de internação.

III. TERMINOLOGIA ADMINISTRATIVA

1. DO PESSOAL

1.1 QUADRO/TABELA

É o conjunto de cargos ou empregos de uma mesma organização podendo compreender carreiras, posições isoladas e funções gratificadas.

1.2 CARREIRA OU SÉRIE DE CLASSES

É o agrupamento das classes de uma mesma profissão ou atividade, escalonados segundo a hierarquia da organização, para acesso privativo dos titulares dos cargos que as integram.

1.3 CARGO/EMPREGO

É a posição instituída na organização, com denominação própria, atribuições específica e estipêndio correspondente, para ser provido e exercido por um titular.

1.4 FUNÇÃO

É a atribuição ou conjunto de atribuições conferidas a cada categoria profissional, ou cometidas individualmente a determinados servidores e/ou empregados para execução de determinadas atividades.

1.5 CLASSE

É o agrupamento de cargos da mesma profissão e com idênticas atribuições, responsabilidades e vencimentos. As classes constituem os degraus de acesso na carreira.

1.6 LOTAÇÃO

É o número de servidores e/ou empregados que devem ter exercício em cada organização, órgão ou setor.

2. ATOS ADMINISTRATIVOS

2.1: ESTATUTO

É o conjunto de normas básicas que regem a instituição definindo seus objetivos e organização.

- 2.2 **REGULAMENTO**
É o ato normativo destinado a esclarecer e completar o estatuto.
- 2.3 **REGIMENTO**
É o ato normativo que especifica dispositivos regulamentares, interpretando e completando o Regulamento.
- 2.4 **ROTINA**
É o conjunto de elementos que especifica a maneira exata pela qual uma ou mais atividades devem ser realizadas.
- 2.5 **INSTRUÇÃO DE SERVIÇO**
É a ordem escrita e geral, a respeito do modo e forma de execução de determinado serviço, expedida pelo superior hierárquico, com o objetivo de orientar os subalternos no desempenho das atribuições que lhes estão afetas, e assegurar unidade de ação no organismo administrativo.
- 2.6 **ORDEM DE SERVIÇO**
É o documento expedido por autoridade competente, decidindo a execução de providências, de forma explícita.
- 2.7 **PORTARIA**
É o ato administrativo interno pelo qual administração expede determinações gerais ou especiais a seus subordinados ou designa servidores e/ou empregadores para funções e cargos.
- 2.8 **RESOLUÇÃO**
É o ato administrativo normativo expedido por alta autoridade executiva, para disciplinar matéria de sua competência específica.
3. **GRÁFICOS REPRESENTATIVOS**
- 3.1 **CRONOGRAMA**
É a representação gráfica da previsão, execução de um trabalho, na qual se indicam os prazos que deverão ser executadas suas diversas fases.
- 3.2 **FLUXOGRAMA**
É a representação gráfica da sequência de uma ou mais atividades caracterizadas as fases, operações e os agentes executores.
- 3.3 **ORGANOGRAMA**
É o gráfico representativo da estrutura administrativa de uma organização ou serviço, indicando as relações de autoridades e responsabilidade existente.
4. **DA DINÂMICA ADMINISTRATIVA**
- 4.1 **PROCESSO**
É a maneira de execução de uma função, exprimindo os atos ou operações praticadas e os meios mediante os quais a função se realiza ou o objetivo é alcançado.
- 4.2 **MÉTODO**
É a maneira ou modo específico de realizar um processo ou uma operação.
- 4.3 **OPERAÇÃO**
É o desempenho de trabalho específico, realizado em qualquer lugar ou fase de um processo.
- 4.4 **ATIVIDADE**
É o conjunto de operações e movimentos independentes que objetivam atingir um fim determinado.
- 4.5 **ALVARÁ**
É o documento passando a favor de alguém por autoridade administrativa, que contém ordem ou autorização para a prática de determinado ato.

- 4.6 ATA**
É o registro escrito e formal que se faz de reuniões, decisões ou ocorrências livro próprio ou folhas avulsas autenticadas.
- 4.7 ATESTADO**
É a declaração escrita e assinada sobre a verdade de um fato, para servir de documento a outra pessoa.
- 4.8 BOLETIM**
É a publicação periódica que, em geral, constitui órgão de divulgação.
- 4.9 CIRCULAR**
É o texto relativo a determinado assunto que se faz veicular para conhecimento de várias pessoas.
- 4.10 NORMA, PADRÃO OU MODELO**
É o que se estabelece como base ou medida para a realização ou avaliação de alguma coisa.
- 4.11 CONTRATO**
É o acordo entre duas ou mais partes que transferem entre si algum direito e/ou sujeitam-se a alguma obrigação.
- 4.12 CONVÊNIO**
É o ajuste ou pacto firmado entre instituições ou partes, para a realização de cortes e determinados atos. Pode ser feito entre entidades coletivas, sociedades ou instituições agrupadas para formarem um bloco de defesa comum.
- 4.13 DESPACHO**
É o ato pelo qual uma autoridade administrativa determina, soluciona ou dá andamento a assuntos de sua competência.
- 4.14 COMISSÃO PERMANENTE**
É aquela que tem uma duração prevista em nivelamento ou regimento por tempo indeterminado para um fim específico.
- 4.15 COMISSÃO TEMPORÁRIA**
É aquela que tem sua duração por tempo determinado e constituída para um objetivo específico, por autoridade competente.
- 4.16 ARQUIVO**
É o lugar onde se identificam e guardam, ordenadamente, documentos gráficos, manuscritos fotográficos e outros, segundo a necessidade da organização.
- 4.17 BIBLIOTECA**
É a coleção de livros e documentos organizado para estudo, leitura e consulta.
- 4.18 MESA ADMINISTRATIVA (Conselho de Administração, Diretoria, Conselho Diretor)**
É o órgão superior da administração, que estabelece a política assistencial, de ensino e de pesquisa, fixa seus objetivos, prevê recursos financeiros, humanos e materiais e administra os fundos de sua manutenção.

IV. TERMINOLOGIA MÉDICO-HOSPITALAR

1. MATRÍCULA OU REGISTRO

É a inscrição de um paciente na unidade médico-hospitalar, que o habilita ao atendimento.

2. CONSULTA MÉDICA

É o atendimento de um paciente por médico, para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.

3. **CONSULTA DE PRIMEIRA VEZ OU PRIMEIRA CONSULTA**
É o primeiro atendimento médico a um paciente.
4. **CONSULTA SUBSEQUENTE**
São as que se sucedem à primeira consulta na mesma clínica ou com o mesmo médico.
5. **INTERNAÇÃO**
É a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar.
6. **LEITO HOSPITALAR**
É a cama destinada a internação de um paciente no hospital
Não se deve considerar leito hospitalar:
 - 6.1 cama destinada a acompanhante;
 - 6.2 cama transitória utilizada nos serviços complementares de diagnóstico e tratamento;
 - 6.3 cama de pré-parto e recuperação pós-anestésica ou pós-operatória;
 - 6.4 camas de Unidade de Tratamento intensivo;
 - 6.5 berços destinados a recém-nascidos saudáveis;
 - 6.6 camas instaladas nos alojamentos dos médicos e pessoal do hospital.
7. **BERÇO DE MATERNIDADE**
É a cama destinada ao recém-nascido saudável, nascido no hospital.
Nota: O berço destinado a recém-nascidos enfermos, prematuros, recém-nascidos admitidos para tratamento e para crianças enfermas, é considerado leito infantil e como tal será computado na lotação.
8. **CAPACIDADE HOSPITALAR DE PLANEJAMENTO**
É o número máximo de leitos que poderão ser colocados em quartos e enfermarias, respeitada a legislação em vigor.
9. **CAPACIDADE HOSPITALAR NORMAL OU DE OPERAÇÃO**
É o número de leitos efetivamente existentes no hospital respeitada a legislação em vigor.
10. **CAPACIDADE HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA**
É o número de leitos que efetivamente poderão ser colocados no hospital, em circunstâncias anormais ou de calamidade pública, com aproveitamento de áreas consideradas utilizáveis, respeitada a legislação em vigor.
11. **DIA HOSPITALAR**
É o período de trabalho, compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.
12. **CENSO HOSPITALAR DIÁRIO**
É a contagem, cada 24 horas, do número de leitos ocupados.
13. **LEITO DIA**
É a unidade representada pela cama a disposição de um paciente no hospital.
14. **PACIENTE DIA OU LEITO DIA**
É a unidade de mensuração da assistência prestada em um dia hospitalar, a um paciente internado, devendo o dia de alta somente ser computado quando este ocorrer no dia da internação.
15. **CUSTO DO PACIENTE DIA**
É a unidade de gasto hospitalar, representando a média dos dispêndios diretos e indiretos por serviço prestado a um paciente num dia hospitalar.
16. **PACIENTE NOVO**
É aquele que, após ser registrado e assistido pela primeira vez em serviço médico-hospitalar.
17. **PACIENTE ANTIGO**
É aquele que, já registrado e assistido anteriormente, no serviço médico-hospitalar,

volta para novamente receber assistência.

18. **PACIENTE DE RETORNO**
É aquele que, após a primeira consulta ou após alta hospitalar volta para receber tratamento de continuação.
19. **PACIENTE INTERNADO**
É aquele que, admitido no hospital, passa a ocupar um leito.
20. **PACIENTE DE AMBULATÓRIO OU EXTERNO**
É aquele que, após ser registrado ou matriculado num serviço médico-hospitalar, é assistido em regime de não internação.
21. **PACIENTE NÃO CONTRIBUINTE**
É aquele que, não retribui com qualquer pagamento pela assistência médico-hospitalar recebida.
22. **PACIENTE CONTRIBUINTE OU PAGANTE**
É aquele que retribui com pagamento total ou parcial, direta ou indiretamente a assistência médico-hospitalar recebida.
23. **PACIENTE DE CONVÊNIO, DE CONTRATO OU SEGURADO**
É o paciente contribuinte, que paga indiretamente, de forma total ou parcial, a assistência médico-hospitalar recebida.
24. **ÓBITO HOSPITALAR**
É o que se verifica no hospital após o registro do paciente.
25. **ÓBITO HOSPITALAR ESPECÍFICO OU INSTITUCIONAL**
É o que se verifica após 48 horas de internação de um paciente.
26. **ÓBITO FETAL**
É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão, ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito, o fato de depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimento efetivos dos músculos de contração voluntária.
27. **ÓBITO NEO-NATAL**
É aquele ocorrido em crianças menores de 28 dias do nascimento.
28. **ÓBITO NATAL TARDIO**
É aquele ocorrido em crianças de mais de 28 dias e de menos de 1 ano de idade.
29. **ÓBITO INFANTIL**
É aquele ocorrido em crianças menores de 1 ano.
30. **ÓBITO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE**
É aquele ocorrido em paciente até 14 anos.
31. **ÓBITO DE ADULTO**
É o ocorrido em paciente de mais de 14 anos.
32. **ÓBITO MATERNO**
É o ocorrido em consequência de complicações da gravidez, do parto ou do puerpério.
33. **ÓBITO OPERATÓRIO**
É o ocorrido durante o ato cirúrgico ou em consequência desta.
34. **ÓBITO TRANSOPERATÓRIO**
É o ocorrido durante o ato operatório, como consequência do mesmo.
35. **ÓBITO POR ANESTESIA**
É o causado por agentes anestésicos.
36. **ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO**
É o ocorrido dentro dos dez primeiros dias da operação e em consequência desta.

37. ALTA

É o ato médico que configura a cessação de assistência prestada ao paciente.

Compreende:

- a) alta de ambulatório
- b) alta hospitalar
- c) alta domiciliar.

38. PRONTUÁRIO MÉDICO

É o conjunto de documentos padronizados, destinados ao registro de assistência prestada ao paciente, desde a sua matrícula à sua alta.

V. ESTATÍSTICA HOSPITALAR – MEDIDAS E INDICADORES

1. TMGH - TAXA DE MORTALIDADE GERAL HOSPITALAR

É a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos com pacientes internados durante um determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos), no mesmo período.

A fórmula para cálculo é:

$$\frac{\text{nº de óbitos em determinado período} \times 100}{\text{nº de saídas no mesmo período}}$$

2. TMI - TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

É a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital, após 48 horas da admissão, durante determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos), no mesmo período.

A fórmula para cálculo é:

$$\frac{\text{nº de óbitos após 48 horas em determinado período} \times 100}{\text{nº de saídas no mesmo período}}$$

3. TMA_n - TAXA DE MORTALIDADE POR ANESTESIA

É a relação percentual entre o número de óbitos por anestesia, ocorridos durante determinado período, no hospital, e o total de anestésias ministradas, no mesmo período.

A fórmula para cálculo é:

$$\frac{\text{nº de óbitos por anestesia, durante determinado período} \times 100}{\text{nº de anestésias no mesmo período}}$$

4. TMT_o - TAXA DE MORTALIDADE TRANSOPERATÓRIA

É a relação percentual entre o número de óbitos transoperatórios, ocorridos durante determinado período de tempo, e o total de pacientes operados, no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de óbitos transoperatórios em determinado período} \times 100}{\text{nº de pacientes operados no mesmo período}}$$

5. TMO - TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA

É a relação percentual entre óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico e/ou a ele atribuídos e o total de atos cirúrgicos.

Fórmula:

$$\frac{\text{óbitos durante o ato cirúrgico} \times 100}{\text{total de atos cirúrgicos}}$$

6. TMP_o - TAXA DE MORTALIDADE PÓS OPERATÓRIA

É a relação percentual entre o número de óbitos pós-operatórios, ocorridos durante determinado período de tempo e o total de pacientes operados no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de óbitos pós-operatórios em determinado período} \times 100}{\text{nº de pacientes operados no mesmo período}}$$

7. TMM_a - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

É a relação entre o número de óbitos maternos por complicação de gravidez, parto

e puerpério, ocorridos durante um determinado período, no hospital, e o número de pacientes de obstetrícia saídos (altas e óbitos).

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de obstetrícia durante determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes de obstetrícia saídos no mesmo período}}$$

8. **TMFc - TAXA DE MORTALIDADE FETAL**

É a relação percentual entre o número de óbitos fetais ocorridos durante determinado período, no hospital e o número de nascimentos vivos no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos fetais, durante determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de nascimentos no mesmo período}}$$

9. **TMNn - TAXA DE MORTALIDADE NEO NATAL**

É a relação percentual entre o número de óbitos em menores de 28 dias ocorridos durante determinado período, no hospital, e o número de nascidos vivos no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de menores de 28 dias durante determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos no mesmo período}}$$

10. **TMNt - TAXA DE MORTALIDADE NATAL TARDIA**

É a relação percentual entre o número de óbitos em crianças de 28 dias e menos de 1 ano, nascidas no hospital durante determinado período, e o número de nascidos vivos no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de 28 dias e menos de 1 ano} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos no mesmo período}}$$

11. **TMI - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL**

É a relação percentual entre o número de óbitos em menores de 1 ano nascidos no hospital, durante determinado período, e o número de nascidos vivos no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos infantis durante determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos no mesmo período}}$$

12. **TCe - TAXA DE CESÁRIAS**

É a relação percentual entre o número de cesárias, ocorridas durante determinado período, no hospital e o número de partos no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de cesárias em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de partos no mesmo período}}$$

13. **TBI n - TAXA BRUTA DE INFECÇÕES**

É a relação percentual entre o número de infecções ocorridas durante determinado período e o total de altas e óbitos no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de infecções ocorridas em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período}}$$

14. **TIHp - TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

É a relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente, durante sua permanência no hospital, por determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de infecções atribuíveis ao hospital em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de saídas (altas e óbitos) no mesmo período}}$$

15. **TRTn - TAXA DE REMOÇÃO DE TECIDOS NORMAIS**

É a relação percentual por exames histopatológicos, entre o número de tecidos nor-

mais, removidos em atos cirúrgicos, durante determinado período e o total de remoções de tecidos, realizado nestas intervenções no mesmo período.

Nota: Sob certos aspectos, os casos de remoção do tecido normal caem no âmbito da cirurgia desnecessária. Não obstante, casos existem em que a remoção de tecido normal é aceitável, casos de prolapso e outros deslocamentos de útero em mulheres que já ultrapassaram a idade da procriação; retirada de tecidos normais em hernioplastias, etc.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de remoções do tecido normal durante determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de remoções de tecidos no mesmo período}}$$

16. TCD - TAXA DE CIRURGIA DESNECESSÁRIA

É a relação percentual entre o total de intervenções cirúrgicas sem comprovada indicação e o total de intervenções em determinado período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de intervenções cirúrgicas não fundamentadas em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de intervenções cirúrgicas no mesmo período}}$$

17. TNe - TAXA DE NECRÓPSIAS

É a relação percentual entre o número de necrópsias de pacientes falecidos no hospital, durante determinado período e o número de óbitos ocorridos no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de necrópsias em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de óbitos no mesmo período}}$$

18. TENe - TAXA ESPECÍFICA EM NECRÓPSIAS

É a relação percentual entre o número de necrópsias de pacientes falecidos no hospital, menos os casos médico-legais, em determinado período, e o número de óbitos ocorridos, no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de necrópsias} - \text{necrópsias médico-legais em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de óbitos no mesmo período}}$$

19. TP - TAXA DE PARECERES

É a relação percentual entre o número de pareceres emitidos durante determinado período - e o número de altas e óbitos no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pareceres durante determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de saídas (altas e óbitos) no mesmo período}}$$

20. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

a) relação percentual entre o número de pacientes - dia e o número de leitos dia num determinado período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de leitos-dia, no mesmo período}}$$

b) relação percentual entre a média dos censos diários e a lotação do hospital.

Fórmula:

$$\frac{\text{média dos censos diários em determinado período} \times 100}{\text{lotação do hospital no mesmo período}}$$

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de necrópsias em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de óbitos no mesmo período}}$$

21. TCo - TAXA DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS

É a relação percentual entre o número de complicações ou intercorrências ocorridas durante determinado período e o número de altas e óbitos, no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de complicações durante determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de saídas neste mesmo período}}$$

022. MPDi - MÉDIA DE PACIENTES-DIA

É a relação entre o número de pacientes-dia, durante determinado período e o número de dias no mesmo período.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de pacientes-dia em determinado período}}{\text{nº de dias do mesmo período}}$$

23. MPe - MÉDIA DE PERMANÊNCIA

É a relação numérica entre o total de doentes-dia num determinado período e o total de doentes saídos (altas e óbitos).

Nota: Corresponde ao número médio de pacientes-dia serviços prestados individualmente, durante determinado período de tempo.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de pacientes-dia, durante determinado período}}{\text{nº de pacientes saídos no mesmo período}}$$

24. IIS - ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO

Assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro.

Essa medida relaciona a de ocupação com a média de permanência.

Fórmula:

$$\frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{média de permanência}}{\% \text{ de ocupação}} = \text{dias}$$

Exemplo:

Hospital com 50 leitos com média de permanência de 12 dias e % de ocupação de 80 (portanto, a % de desocupação é de 80). Aplicando-se a fórmula anterior obtém-se:

$$\frac{20 \times 12}{80} = 3 \text{ dias}$$

25. TRI/IR2 - ÍNDICE DE RENOVAÇÃO OU DE GIRO DE ROTATIVIDADE

a) é a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos pacientes, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de saídas em determinado período} - \text{paciente-ano}}{\text{nº de leitos no mesmo período}}$$

b) indica o número de pacientes que podem ocupar um leito durante um determinado período.

Fórmula:

$$\frac{\text{período determinado}}{\text{média de permanência mais intervalo de substituição}}$$

Exemplo: $\frac{365 \text{ dias}}{12 \text{ mais } 3} = 24,3 \text{ pacientes.}$

VI. EPIDEMIOLOGIA E IMUNOLOGIA - CONCEITOS

1. AFECÇÃO

Processo mórbido considerado em suas manifestações atuais, com abstração de sua causa primordial.

2. AGENTE ETIOLÓGICO

Fator vivo ou inanimado cuja presença ou ausência é indispensável ao início ou manutenção de um processo mórbido.

3. AGENTE INFECCIOSO

Organismo, sobretudo microorganismo, mas inclusive helmintos, capaz de produzir

infecção ou doença infecciosa.

4. **ALERGIA**
Hipersensibilidade a determinadas substâncias e agentes físicos, à qual se atribuem muitas doenças, como asma, enxaqueca, urticária, etc.
5. **ANTIBIÓTICO**
Substância produzida por seres vivos ou através de síntese, mantendo semelhanças estruturais às primeiras, capazes de destruir ou impedir a multiplicação de microorganismos.
6. **ANTISSEPSIA**
Conjunto de meios empregados para impedir a proliferação microbiana.
7. **ASSEPSIA**
Processo pelo qual se consegue afastar os germes patogênicos em determinado local ou objeto.
8. **B.C.C.**
9. **COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA**
É razão entre o número de casos de determinada doença diagnosticadas ou notificadas no decurso de um período de tempo (numerador) e a unidade de população em que ocorrem (denominador). Expressa-se, geralmente, em termos do número de casos por 1.000 ou 1.000.000 habitantes por ano. Este coeficiente pode ser específico para idade, sexo ou outro atributo ou subdivisão da população (Ver Coeficiente de Morbidade).
10. **COEFICIENTE DE LETALIDADE**
É a razão, geralmente expressa sob a forma de percentagem, entre o número de pessoas nas quais se diagnosticou a doença, e as que morreram em consequência dela. O termo se emprega, com referência a um surto epidêmico específico de doença aguda em que todos os casos foram acompanhados durante um período de tempo apropriado, de modo a incluir todos os óbitos atribuídos à doença em apreço. O coeficiente de letalidade é distinto do coeficiente de mortalidade.
11. **COEFICIENTE DE MORBIDADE**
É o coeficiente de incidência que expressa o número de pessoas da população considerada que adoeceram durante o período de tempo especificado.
12. **COEFICIENTE DE MORTALIDADE**
Coeficiente calculado da mesma maneira que o coeficiente de incidência, tendo como numerador o número de óbitos ocorridos na população durante o período indicado; geralmente 1 ano. O coeficiente geral ou bruto de mortalidade inclui as mortes por todas as causas e é expresso como número de óbitos por 1.000 habitantes ao passo que o coeficiente específico de mortalidade inclui apenas os óbitos devidos a uma doença e é geralmente referido na base de 100.000 habitantes.
13. **COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA**
É a razão que tem como numerador o número de pessoas doentes ou portadoras de certa condição numa população indicada, em determinado momento, sem tomar em consideração quando essa doença ou condição teve início, e como denominador o total da população em que elas ocorreram. Por exemplo, o coeficiente de prevalência da tinea no pé numa classe de meninos em determinado dia poderia ser de 25 a 100; ou coeficiente de prevalência de uma reação sorológica positiva no inquérito levado a efeito numa população da qual foram tomadas amostra de sangue poderia ser de 10 por 1.000 positivos.
14. **COMPLICAÇÃO**
Manifestações patológicas sobrevindas no curso ou no decurso de um estado mórbido e em relação causal direta com ele.
15. **COMUNICANTE OU CONTACTO**
Qualquer pessoa ou animal que esteve em contacto com pessoa ou animal infecta-

- do, ou com ambiente contaminado, de modo a ter tido oportunidade de contrair a infecção.
16. **CONTÁGIO**
Transmissão da doença dum indivíduo a outro contato imediato, ou mediato.
 17. **CONTAMINAÇÃO**
Presença de agente infeccioso na superfície do corpo, no vestuário e nas roupas de cama, em brinquedos, instrumentos ou pensos cirúrgicos, em outros objetos inanimados e em substâncias como água, leite e alimentos.
 18. **DESINFECÇÃO**
Destruição de agentes infecciosos situados fora do organismo, mediante a aplicação direta de meios físicos ou químicos.
 19. **DESINFECÇÃO CONCORRENTE**
Desinfecção concorrente é a que se faz imediatamente após a expulsão de matérias infecciosas do corpo, do indivíduo infectado ou logo depois de se terem com elas contaminado, objetos de uso, antes que qualquer pessoa entre em contacto com tais matérias ou objetos.
 20. **DESINFECÇÃO TERMINAL**
É a que se faz após o paciente ter sido removido por morte ou hospitalização, ter cessado de constituir fonte de infecção ou ter sido suspenso o isolamento.
 21. **DESINFESTAÇÃO**
Qualquer processo físico ou químico por meio do qual são eliminados da superfície corporal ou das suas roupas ou do seu meio ambiente, metazoários, especialmente artrópodes e roedores.
 22. **DOENÇA**
Alteração ou desvio do estado fisiológico em uma ou várias partes do corpo, Distúrbio da saúde física ou mental.
 23. **DOENÇA CONTAGIOSA**
Doença transmitida, do indivíduo a indivíduo sem intermediação.
 24. **DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA**
É preferível substituir, esta expressão por "doença transmissível".
 25. **DOENÇA INFECCIOSA**
Doença do homem ou dos animais resultante de uma infecção.
 26. **DOENÇA TRANSMISSÍVEL**
Doença causada por um agente infeccioso ou suas toxinas e contraída através da transmissão desse agente ou seus produtos, do reservatório ao hospedeiro suscetível, diretamente de uma pessoa ou animal infectado ou, indiretamente, por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inanimado.
 27. **ECOLOGIA**
Ciências que estuda as relações entre os seres vivos e o meio ambiente em que vivem.
 28. **ENDEMICIA**
É a ocorrência habitual de uma doença ou de um agente infeccioso em determinada área geográfica; pode significar também a prevalência usual de determinada doença nessa área.
 29. **EPIDEMIA**
É a ocorrência, numa coletividade ou região, de casos da mesma doença (ou surto epidêmico) em número que ultrapassa nitidamente a incidência normalmente esperada e derivados de uma fonte comum ou que se propagou. O número de casos que caracteriza a presença de uma epidemia varia segundo o agente infeccioso, o tamanho e o tipo da população exposta, sua experiência prévia com a doença ou a ausência de casos anteriores e o tempo e o lugar da ocorrência.

30. **EPIDEMIOLOGIA**
Ciência que estuda a distribuição das doenças nas comunidades, relacionando-as a múltiplos fatores, concernentes ao agente epidemiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente, indicando também as medidas para sua profilaxia.
31. **ESTERILIZAÇÃO**
É a destruição ou eliminação total de todos os microorganismos na forma vegetativa ou esporulada.
32. **FONTE DE INFECÇÃO**
É a pessoa, animal, objeto ou substância da qual um agente infeccioso passa diretamente a um hospedeiro.
33. **FUMIGAÇÃO**
Qualquer processo que, mediante o uso de substâncias gasosas, permita a destruição de animais especialmente artrópodes e roedores.
34. **HOSPEDEIRO**
É o homem ou outro animal vivo inclusive aves e artrópodes que ofereça, em condições naturais, substâncias ou alojamento a um agente infeccioso.
35. **IMUNIDADE**
É a resistência específica de um hospedeiro contra determinado agente etiológico, ligada principalmente a fatores humorais e teciduais. Atualmente, a imunidade compreende também os mecanismos pelos quais o organismo não reconhece como próprios não só microorganismos, como outros agentes ou substâncias, inativando-as ou rejeitando-as.
36. **IMUNIZAÇÃO**
Ato de se tornar imune. Divide-se em ativa e passiva. Na imunização ativa, o próprio hospedeiro adquire o estado imunitário pela formação de anticorpos; ela pode ser natural (caso de infecção, acompanhada ou não de sintomas) ou artificial (vacinas). Em geral ela é de duração mais longa que a imunização passiva. A imunização ainda pode ser latente, adquirida por meio de uma infecção não acompanhada de sintomas diagnosticáveis clinicamente, como ocorre habitualmente na poliomielite. Na imunização passiva, o indivíduo adquire imunidade pela administração de anticorpos específicos formados no organismo de outro animal ou pessoa. Pode também ser natural (imunização congênita, por exemplo) ou artificial (seres hiperimunes, soro de convalescentes, gamaglobulina).
37. **INCIDÊNCIA**
Número de casos novos que vão aparecendo em uma comunidade, durante um certo intervalo de tempo, dando uma idéia dinâmica do desenvolvimento do fenômeno.
38. **ÍNDICE**
Relação entre dois fenômenos. Em sentido mais estrito, "Índice" é o quociente entre o número de vezes que um fenômeno ocorreu e o número de vezes que outro fenômeno ocorreu.
39. **INFECÇÃO**
Penetração e desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso no organismo do homem ou do outro animal.
40. **INFECÇÃO INAPARENTE**
Presença de infecção num hospedeiro sem o aparecimento de sinais ou sintomas clínicos. As infecções inaparentes só são identificadas por métodos de laboratório. Sinônimo: Infecção subclínica.
41. **INFESTAÇÃO**
Por infestação de pessoas e animais entende-se o alojamento, desenvolvimento e reprodução do artrópodo na superfície do corpo ou nas vestes. Objetos e locais infestados são os que albergam ou abrigam formas animais, especialmente artrópodes ou roedores.

42. **INFLAMAÇÃO**
Reação local do organismo a um agente físico, químico ou biológico, tendendo a destruí-lo, limitar sua difusão e a seguir reparar e substituir os tecidos atingidos.
43. **INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO**
Levantamento epidemiológico feito por meio de coleta ocasional de dados, quase sempre por amostragem, que forneça dados sobre a prevalência de casos clínicos ou portadores, em uma determinada comunidade.
44. **INSETICIDA**
Qualquer substância química empregada na destruição, de artrópodes, sob a forma de pó, líquido, borrifo, neblina ou aerosol. As substâncias utilizadas têm geralmente ação residual. Emprega-se, em geral, o termo laricida para designar os inseticidas que se destinam especificamente à destruição de formas imaturas de artrópodes; e improcida ou adulticida para os que visam à destruição de artrópodes adultos.
45. **LIMPEZA**
Remoção, à força de esfregar e lavar com água quente, sabão ou detergente adequado, de agentes infecciosos e matéria orgânica de superfície que ofereça condições favoráveis à sua sobrevivência e multiplicação.
46. **MOLUSCOCIDA**
Substância química utilizada na destruição de caramujos.
47. **PANDEMIA**
Epidemia de grandes proporções, atingindo grande número de pessoas em uma vasta área geográfica (um ou mais continentes).
48. **PASTEURIZAÇÃO**
Desinfecção do leite feita pelo aquecimento a 63 - 65°C, durante 30 minutos (ou a 73-75°C, durante 15 minutos), sendo a temperatura baixada imediatamente depois a 2-5°C.
49. **PANTOGENICIDADE**
É a capacidade que um agente infeccioso tem de produzir doença num hospedeiro suscetível.
50. **NOTIFICAÇÃO DE UMA DOENÇA**
É a comunicação oficial, à autoridade competente, da ocorrência de determinada doença, transmissível ou de outra natureza, no homem ou nos animais. A notificação é feita às autoridades sanitárias locais quando se trata de doenças do homem; às autoridades de defesa sanitária animal ou agrícola, no caso de enfermidade dos animais; e aqueles e a estas nos casos de doença comum ao homem e aos animais. Cada jurisdição estabelece a lista de doenças cuja notificação é do seu interesse.
Devem ser igualmente notificados os casos suspeitos de doenças de particular importância para a saúde pública, geralmente que requerem investigação epidemiológica ou a aplicação de medidas de profilaxia especiais.
Quando um indivíduo se infecta na zona de uma jurisdição sanitária e a notificação provém de outra, a autoridade sanitária que a recebe deve transmiti-la à autoridade da jurisdição de onde procede o caso, sobretudo quando se trata de doença que exige o exame dos contatos na pesquisa da fonte de infecção ou a inspeção dos abastecimentos de água e dos alimentos na procura de veículos.
Além da notificação sistemática de determinadas doenças, exige-se a notificação especial de quase todas as epidemias ou surtos de doenças, inclusive das que não se acham incluídas na lista das doenças de notificação compulsória.
51. **PERÍODO DE INCUBAÇÃO**
É o intervalo de tempo que decorre entre a exposição a um agente infeccioso e o aparecimento de sinais ou sintomas da doença respectiva.
52. **INDIVÍDUO IMUNE**
É a pessoa (ou animal) que possui anticorpos protetores específicos ou imunidade

celular, em consequência de uma infecção ou imunização anterior, ou cujo organismo se acha predisposto, graças a qualquer dessas circunstâncias, a reagir eficazmente mediante a produção de anticorpos suficientes para prevenir a doença, quando em contacto com o seu agente infeccioso. A imunidade é relativa, podendo uma protecção normalmente considerada eficaz ser superada por uma dose excessiva do agente infeccioso ou por sua penetração por uma portada da entrada inusitada.

53. PESSOA INFECTADA

Pessoa que alberga um agente infeccioso e tem uma doença manifesta, ou uma infecção inoperante.

54. PESSOA INFECTANTE

Pessoa infectante é aquela da qual o agente infeccioso pode ser contraído em condições naturais.

55. PORTADOR

Pessoa (ou animal) infectada que alberga agente infeccioso específico de uma doença sem apresentar sintomas da mesma e que pode constituir fonte de infecção para o homem. O estado de portador pode ocorrer no indivíduo que tem uma infecção inaparente (geralmente denominado portador são) ou que se acha no período de incubação, na fase de convalescença, chamados portador em incubação e portador convalescente, respectivamente. Em qualquer dos casos, o estado do portador pode ser de curta ou longa duração (portador temporário ou crônico).

56. PROFILAXIA

Conjunto de medidas propostas para prevenir ou atenuar as doenças bem como suas complicações e consequências. Aplica-se às doenças transmissíveis e aos agravos à saúde, em geral.

57. QUARENTENA

Situação ou estado de restrição de liberdade de movimentos e atitudes das pessoas ou animais domésticos que tenham sido expostos a contacto com doença transmissível, por prazo determinado por autoridade competente, com o fito de evitar e/ou restringir o contágio a outrem. Pode ser completa ou modificada.

58. QUARENTENA COMPLETA

É o cerceamento da liberdade de movimento de pessoas ou animais domésticos são que se tenham exposto ao contágio de uma doença transmissível, por prazo que não deve ultrapassar o período máximo de incubação habitual da doença, de maneira a evitar seu contacto com indivíduos que não se expuseram a tal contágio.

59. QUARENTENA MODIFICADA

É a restrição seletiva e parcial da liberdade de movimentos de pessoas ou animais domésticos, geralmente na base de diferenças conhecidas ou presumidas, de suscetibilidade, instituída também quando há perigo de transmissão da doença. Pode ser aplicada para enfrentar situações especiais. Como por exemplo, cite-se o afastamento de crianças da escola ou a isenção, para pessoas imunes, das restrições que se impõe a indivíduos suscetíveis, tais como proibir os contactos de manipular alimentos e confinar militares nos seus acampamentos ou quartéis.

60. QUIMIOPROFILAXIA

É a administração de uma substância química, inclusive antibiótico para prevenir uma infecção ou sua evolução para a forma ativa e manifesta da doença.

61. QUIMIOTERAPIA

É o emprego de substância química para curar uma doença infecciosa clinicamente manifesta ou limitar sua evolução.

62. RECAÍDA

Reaparecimento ou recrudescimento dos sintomas de uma doença, antes de curado inteiramente o doente. No caso da malária, recaída significa aparição de sintomas do ataque primário.

63. **RECIDIVA**
Reaparecimento do processo mórbido após cura aparente. Reaparecimento da doença, em regra, de infecção, depois de ter o paciente dela convalecido. No caso da malária, recidiva significa recaída na infecção malárica entre a 8a e 24a semanas posteriormente ataque primário.
64. **REPELENTE**
Substância química que se aplica à pele ou à roupa do indivíduo ou a outros lugares para afugentar artrópodes e evitar seu ataque ou impedir que outros agentes, tais como larvas de helmintos, penetrem na pele.
65. **RESERVATÓRIO DE AGENTES INFECCIOSOS**
Ser humano ou animal, artrópodes, planta, solo ou matéria inanimada em que um agente infeccioso vive em condições de dependência primordial e se reproduz de modo a poder ser transmitido a um hospedeiro suscetível.
66. **RESISTÊNCIA**
É o sistema de defesa que o organismo interpele à progressão ou multiplicação de agentes infecciosos que o invadiram ou aos efeitos nocivos de seus tóxicos.
67. **VIRULÊNCIA**
Capacidade de um agente etiológico animado de produzir doenças de maior ou menor gravidade. Os agentes de alta virulência produzem doenças graves de alta letalidade, os de baixa virulência, doenças benignas.
68. **ZOONOSES**
Infecção ou doenças infecciosas transmissíveis em condições naturais, entre os animais vertebrados e o homem.
69. **TUBERCULINA**
Produto obtido de culturas de *Mycobacterium tuberculosis* desenvolvidas em caldo glicerinado a 5%. O método preferido é o de Mantoux (1910). Uma secção positiva, 48 horas após a injeção do antígeno... (0,1 ml, por via intradérmica) é caracterizada por pápula eritematosa medindo geralmente mais de 5 ml no seu maior diâmetro. Reação negativa efetuada em tuberculina diluída a 1/100 a 1/10 praticamente exclui a existência de "tuberculose - infecção".



Não banque o
inocente. Leia os
Arquivos para se
inteirar do que
deve interessar
quanto aos teus
direitos e deveres.

Transplantes Doação de Órgãos Aspectos Éticos e Morais

TRANSPLANTES – DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (Aspectos éticos e morais)

Manuel Escribano *

- 1) GENERALIDADES
- 2) PRECISÕES TÉCNICAS
 - a) Noção
 - b) Tipologia
 - c) Possibilidades
- 3) AVALIAÇÃO ÉTICO-MORAL DOS TRANSPLANTES.

1. GENERALIDADES

Por incrível que pareça, o problema humano dos transplantes de órgãos é preferentemente um problema técnico.

A valoração moral do mesmo perdeu o interesse polêmico que teve há alguns anos.

As exigências éticas não se situam tanto na intervenção cirúrgica em si mesma quanto nos aspectos pessoais e sociais que acompanham a ação do transplante (determinação do momento da morte e suas possíveis manipulações, comercialização subjacente, etc.)

O mundo dos transplantes converteu-se em uma atividade bastante comum em certos setores. Encontra-se diante de desafios muito difíceis. O futuro da medicina está muito ligado aos progressos observados nesse campo.

Faceta importante dos transplantes é o aspecto legal. Embora de modo desigual e superando diversas resistências, as legislações começam a favorecer o exercício da solidariedade humana nesse terreno.

Por outro lado, há um aspecto sócio-cultural que não pode ser ignorado: os transplantes, seja entre vivos, seja de um cadáver, evocam um mundo simbólico, emocional, de crenças e relações.

Limitamos nossa consideração ao aspecto moral dos transplantes em si mesmos considerados, não com relação aos aspectos concomitantes que acabamos de insinuar.

Diante dessa perspectiva, temos de dizer que o problema ético-moral tem um INTERESSE PREFERENTEMENTE METODOLÓGICO.

No estudo deste tema prova-se a validade dos chamados "princípios morais" que servem de base à moral da corporalidade (por exemplo o princípio da totalidade).

Constata-se também como a colocação de um problema novo dentro de um esque-

* Médico e Padre Teólogo Católico, Prof. de Teologia da Univ. Católica do Pr.
Trabalho apresentado no Simpósio sobre transplante renal realizado em 1985 em Curitiba.

ma velho vicia a solução moral (no caso: colocar o tema dos transplantes como mais uma mutilação).

É por isso que vale a pena determo-nos um pouco no estudo da valoração moral-ética dos transplantes dos órgãos.

Acrescentamos: vamos nos restringir sobretudo à dimensão moral dos transplantes a partir de uma tradição eclesial, que não seja clerical.

A partir desse ângulo, a moral cristã não apresenta dificuldades para muitas intervenções desse tipo.

A atitude receosa ou negativa adotada pelos moralistas quando os transplantes se iniciaram deveu-se fundamentalmente ao fato de se ter uma concepção muito estreita acerca do domínio do homem sobre o próprio corpo.

O primeiro passo não é uma lei, mas a formação de uma opinião pública e uma consciência sadias.

2. PRECISÕES TÉCNICAS

Delimitando os campos trataremos:

a) Noção; b) Tipologia; c) Possibilidades.

a) NOÇÃO:

Em moral entendemos por transplante "a operação cirúrgica pela qual se enxerta no organismo receptor um tecido ou órgão obtido do doador".

Trata-se da passagem (cirúrgica) de um órgão (ou parte do corpo) de um organismo para outro a fim de que cumpra as funções que possuía.

Referimo-nos aqui aos transplantes de tecidos e órgãos em relação ao homem (quando o homem é sempre o receptor e quase sempre também o doador).

Um dos problemas do transplante de um órgão vivo de uma pessoa morta reside em saber de que modo determinar a morte que autorize a remoção do órgão antes que haja qualquer perigo de decomposição. Em princípio, não existe problema ético se, depois que a morte fica provada, continuar a circulação do sangue (perfusão) a fim de preservar o órgão que está destinado ao transplante. De fato, trata-se apenas de uma questão de remoção de órgãos de um cadáver não sepultado.

Entretanto, existe um problema em torno da morte cortical em casos de síndrome apálica. Ulrich sustenta contra Pompey e outros, que a remoção de um órgão não é absolutamente permitida em casos de síndrome comatoso, mas somente depois da morte total do cérebro.

O aspecto técnico dos transplantes é o aspecto fundamental, na medida em que condiciona os outros.

À medida que se descobrirem técnicas que inclinem claramente a balança para o lado das vantagens, haverá menos resistências legais e menos problemas ético-morais.

Não queremos dizer com isso que o aspecto técnico seja o único que se deve considerar; no entanto, embora não seja o único, ele é determinante. A evolução constante da técnica modifica substancialmente as situações; graças a ela, procedimentos arriscados tornam-se rotineiros.

Essa mobilidade da realidade contribui para variar as avaliações ético-morais de um modo razoável.

b) TIPOLOGIA

Os diferentes tipos de transplantes orgânicos podem ser agrupados no seguinte quadro:

- **Transplantes autoplásticos** (auto-enxerto): transladação de tecidos de um lugar para outro do mesmo organismo. Nessa categoria, pouca importância tem a destinação entre ortópico e heterotópico, conforme a colocação do enxerto no mesmo lugar ou em lugar diferente do mesmo organismo.

- **Transplantes heteroplásticos**: transladação de órgãos de um organismo para outro organismo.

Dentro da relação doador-receptor, uma circunstância muito importante é introduzida pela distinção dos transplantes de um cadáver a um organismo vivo.

Às vezes, determinadas situações pessoais colocam problemas específicos, como, por exemplo, o de saber se o doador é capaz de um juízo pessoal responsável, como no caso das crianças ou de adultos deficientes mentais.

Quanto aos órgãos transplantados e quanto às consequências para o doador, é necessário distinguir entre órgãos vitais e não vitais, duplos e simples.

Dentro dos transplantes heteroplásticos nós podemos ainda fazer algumas outras considerações, que, julgamos, deverão ser tidas em conta.

Transplantes "heteroplásticos-aloplásticos" (ou heterólogos): quando o transplante é feito de um indivíduo de uma espécie para outro indivíduo de espécie diferente. São chamados também "transplantes xenógrafos".

- Transplantes "heteroplásticos-homoplásticos" (ou homólogos): quando o transplante é feito entre indivíduos da mesma espécie. Também chamados de "alógrafos".

Na ordem ético-moral há interesse introduzir dentro dos transplantes homoplásticos as seguintes distinções:

- podem ser: de VIVO PARA VIVO ou de MORTO PARA VIVO.

- podem ser: de ÓRGÃOS SIMPLES (vitais ou não vitais)
ou de ÓRGÃOS DUPLOS (vitais ou não vitais).

c) POSSIBILIDADES:

Os êxitos obtidos nas operações de transplantes humanos abrem vastas perspectivas para um maior emprego no futuro.

Os transplantes AUTOPLÁSTICOS têm uma maior possibilidade de êxito, já que é idêntico o organismo doador e receptor; são utilizados sobretudo na cirurgia plástica ou estética.

Entre os transplantes HOMOPLÁSTICOS realizam-se com relativos êxitos os transplantes de glândulas endócrinas, vasos sanguíneos (veias), tecidos ósseos, transplantes de córnea.

Quanto ao transplante de rins, "já vem sendo realizado há uns vinte anos com êxitos cada vez mais positivos. Hoje, embora ainda continue sendo uma cirurgia delicada, é uma intervenção bastante segura e com alta possibilidade de sobrevivência.

O ideal seria que o rim viesse de um doador consanguíneo por causa da maior afinidade biológica mas é extraído também de um estranho e até de um cadáver.

As técnicas imunológicas também vão sendo aperfeiçoadas cada vez mais. A provisão de rins para transplantes é obtida de seres vivos, de operados, de traumatizados, de enfermos sob reanimação já em coma irreversível.

O transplante de rins, quando realizado em institutos especializados, dá atualmente resultados satisfatórios: seja porque já há tempo vem sendo feita a experiência, seja porque em caso de uma possível crise pode-se recorrer à diálise extracorpórea (rim artificial).

O transplante de coração tem seu maior problema no controle da rejeição imunitária; a técnica operatória, embora requeira muita competência, não é superior a outras técnicas operatórias. O esforço que a ciência está realizando neste momento para tornar a operação mais segura é conter e eliminar, se for possível, a ação defensiva imunitária do organismo receptor.

Em relação com outros órgão existe uma perspectiva promissora para o transplante de pulmões e de fígado com o uso de órgãos de pessoas mortas.

Tecnicamente considerado, o problema dos transplantes comporta outros aspectos de grande interesse, como são: a aceitação, a "incompatibilidade", a "rejeição", a "conservação dos órgãos", a "regeneração".

Contudo, para uma avaliação ético-moral, que é a aqui mais nos compete, bastam as precisões que vamos expor.

3. AVALIAÇÃO ÉTICO-MORAL DOS TRANSPLANTES

a) OS TRANSPLANTES AUTOPLÁSTICOS

Não apresentam nenhum problema ético-moral. Todas as partes de um organismo referem-se ao todo. É a totalidade da pessoa que impõe suas leis. Para salvá-la pode-se admitir a perda de algum membro; com maior razão, é ilícito o transplante no mesmo orga-

nismo humano; embora a finalidade procurada seja tão somente um razoável e proporcionado embelezamento, conforme as diversas circunstâncias pessoais, através da cirurgia estética". Basta que exista uma compensação entre os riscos e vantagens. É clara a subordinação da parte ao todo. A intervenção não deve ser arbitrária, mas possui um sentido humano. Nem se necessita de motivos muito graves. Razões estéticas são suficientes.

b) OS TRANSPLANTES ALOPLÁSTICOS

São aqueles realizados de um organismo animal ao organismo humano. Por incrível que pareça ou surpreendente, são totalmente lícitos contanto que não produzam uma alteração da personalidade. Em vista desse último aspecto o Papa Pio XII, em 14 de maio de 1956, referiu-se a um caso certamente hipotético: o transplante de glândulas sexuais do animal para o homem; sem alegar qualquer razão, rejeitou tal prática como antiética porém, imoral. Hoje, esta posição do Papa Pio XII, só poderia ser mantida no caso preciso da alteração consistente e certa da personalidade. Se isso não se verificasse, o transplante é moralmente lícito.

c) OS TRANSPLANTES HOMOPLÁSTICOS DE VIVO PARA VIVO

(de um organismo humano vivo a outro organismo humano vivo)

Não oferecem problemas quando se trata de uma parte do próprio corpo, que não deixa, na funcionalidade do próprio ser e da própria operatividade, consequências substanciais, ou que possam ser, com o tempo reintegradas ou facilmente reparadas. Tais são as transfusões de sangue, uma quantidade limitada de fragmentos de pele pequenos fragmentos de ossos, segmentos de nervos, fragmentos de cartilagem, pequenas seções de glândulas ou de vasos sanguíneos.

Com respeito ao transplante de órgãos integrais, tais como o rim, os moralistas têm estado divididos. O motivo de tal divisão é constituído fundamentalmente pela aplicação dos princípios da "técnica moral" como o da totalidade, do duplo efeito, etc. Para aqueles que quase mecânico estes princípios, os transplantes eram vistos como uma mutilação direta e portanto imoral. Mas, outros moralistas apelaram, para o princípio da caridade, ao princípio da totalidade, para o princípio da solidariedade humana e cristã, etc. Deste modo aceitaram a liceidade do transplante de rim.

Esta discussão de "princípios", serviu para fazer progredir não somente o problema concreto dos transplantes, mas também a metodologia em geral.

A razão principal para a condenação desses transplantes entre vivos era a maldade intrínseca da mutilação direta.

Extirpar um órgão doente visando a saúde do próprio organismo era aceito normalmente como lícito, em virtude da subordinação da parte ao todo. No entanto, a extirpação de um órgão sadio visando o bem de um organismo alheio era tido como uma mutilação direta, moralmente digna de rejeição.

Para apoiar esta posição, utilizava-se um texto do Papa Pio XI: "A doutrina cristã estabelece e a luz da razão humana deixa claro que indivíduos particulares não têm mais poder sobre os membros de seu corpo do que o correspondente à sua finalidade natural; eles não são livres para destruir ou mutilar seus membros ou de qualquer outro modo torná-los inservíveis para suas funções naturais, exceto quando não se pode e outro modo visar o bem de todo o corpo" (Pio XI, in AAS, nº 22, 1930, pág. 565).

Devemos ter presente este princípio foi formulado para excluir a possibilidade da esterilização eugenésica, e foi ampliado por alguns autores para rejeitar os transplantes entre pessoas vias.

Aplicando-se esse raciocínio de Pio XI, chegou-se a conclusões tomadas com seriedade em sua época, mas que só nos parecem aceitáveis como saídas de humor.

Tal modo de falar, respeitável e compreensível em seu contexto histórico, hoje parece uma degradação da moral cristã.

Uma concepção estreita da natureza serviu para fechar por algum tempo o caminho para um personalismo do melhor cunho cristão. Para isso também contribuíram a tese do homem como usufruário e não proprietário de seus membros e uma interpretação bem peculiar do princípio da totalidade.

Alguns moralistas desde o início expressaram sua oposição a uma moral tão "egoísta". Partindo de diversas formulações, expuseram ou intuíram a licitude moral da

doação de órgãos em favor de outro ser vivo. Alguns apoiaram-se na concepção da humanidade como uma unidade jurídica, moral ou mística; outros apelaram para a caridade cristã, foram suavizadas algumas teses tradicionais, como, por exemplo, a ilicitude absoluta da mutilação direta ou o caráter estreitamente administrador do homem em relação a seus membros e órgãos. Partindo da licitude do sacrifício da vida em favor de outros, alguns concluíram "a fortiori" ser legítima a doação de órgãos.

Hoje em dia, o fato de se extirpar um órgão sadio de uma pessoa viva para transplantá-lo para outra pessoa não constitui um problema ético-moral, se atentarmos para a simples circunstância de que se trata de duas pessoas diferentes: essa dificuldade, que tanto atormentou os moralistas durante várias décadas, já está praticamente vencida.

A licitude desses transplantes dependerá fundamentalmente dos seguintes aspectos:

- da parte do doador, um consentimento com conhecimento de causa, respeitando a sua autonomia e excluindo imposições alheias ou decisões pessoais irresponsáveis; exame dos eventuais prejuízos derivados da extirpação de um órgão.

- por parte do receptor, é preciso avaliar os riscos e as vantagens, tanto no caso de não realizar-se o transplante como no caso de se fazê-lo.

De nossa parte, aceitamos a liceidade dos transplantes homoplásticos por causa dos valores da solidariedade que traz consigo e porque não supõe, em vista do progresso da medicina, graves riscos para o doador, nem para o receptor.

Supõe-se, naturalmente, que a doação se realize com plena capacidade e que a intervenção tenha suficiente probabilidade de êxito.

d) OS TRANSPLANTES HOMOPLÁSTICOS DE MORTO PARA VIVO

São, em si mesmos, inteiramente lícitos. O problema tornou-se agudo nos transplantes do coração, mas a valoração ética e moral é extensiva a outros transplantes.

A prática desses tipos de transplantes nós a julgamos moralmente lícita contando que o doador esteja realmente morto dadas as convenientes garantias médico-juristas, uma vez que o único princípio substancial moralmente aplicável aqui é a proibição do homicídio, com a consequência exposta sobre a distanásia e a obrigação de usar meios ordinários ou extraordinários para conservar a vida.

Além disso, devem ser respeitados os privilégios de que gozam os parentes com respeito a disponibilidade do corpo na falta da vontade explícita do defunto.

Tais privilégios, no âmbito do nosso problema, não devem chegar a ser um obstáculo para a consecução de um fim muito mais amplo e precioso, como seja o bem das pessoas vivas.

Seria dado um impulso notável com relação a estas doações "post mortem" se a opinião pública fosse devidamente educada, a respeito do aspecto de alto serviço social de tais gestos de doação, no interesse dos que têm ainda deveres que cumprir entre os vivos.

Acrescentamos: Uma vez constatada a morte de uma pessoa, não há obstáculos éticos e morais para a utilização de seus órgãos para eventuais transplantes.

As maiores resistências poderiam vir do campo religioso ou de concepções sócio-culturais.

Quanto aos meios cristãos, tanto no passado como ainda hoje, muitos consideram a mutilação do cadáver inaceitável. As razões de tal atitude são frequentemente muito difusas e difíceis de precisar: às vezes, há uma referência explícita à fé na ressurreição, como se uma mutilação atual tivesse consequências sobre o homem ressuscitado.

Hoje, os médicos podem proceder com toda tranquilidade. A teologia já demonstrou e mostrou a falta de base de todos esses temores. Entretanto a sensibilidade do povo cristão nem sempre anda nessa linha. É tarefa de educadores, de teólogos e de pastoralistas esclarecer bem a situação e não criar problemas éticos ou morais donde não existem.

No que se refere à consideração devida ao cadáver, Pio XII alertou contra duas concepções: Primeira: a equiparação do cadáver do homem ao de um animal. Segunda: respeito incondicional e absoluto que ele mereça.

Em geral, todas as culturas anteriores e todas as religiões sempre mantiveram uma atitude de respeito aos cadáveres, razão pela qual em todas elas, inicialmente, predominaram as reticências em relação aos transplantes a partir de um cadáver. No entanto, hoje, predomina a consciência de que essa posição receosa ou negativa não é razoável.

Contudo, ainda está por ser feito um grande trabalho de sensibilização cristã e humana, a fim de fazer com que desapareçam os obstáculos não racionais, que ainda estão prevalecendo sobre as exigências da caridade, os autênticos sentimentos de humanidade e o progresso científico-humano das ciências médicas.

Do ponto de vista moral, não se exige em absoluto o consentimento do interessado ou da família para proceder à utilização dos órgãos para transplante. No entanto, na ausência de disposições legais a respeito, será necessário prever as possíveis consequências de se proceder à extirpação sem se preocupar em obter o que se situe na linha da solidariedade humana e da caridade cristã, procurando eliminar tudo o que represente obstáculo a isso. É de estranhar que os cristãos - que também nesse aspecto devemos encarnar o mandamento do amor - talvez nos encontremos, muitas vezes, entre os mais arredios à soliciedade nos transplantes.

No momento de julgar a conveniência ético-moral de um transplante a partir de um cadáver, o aspecto fundamental para o qual se deve atentar deveria ser a influência desse transplante sobre o bem estar do doente, comparando-se a situação atual com as previsões, no caso de se realizar ou não o transplante.

CONCLUSÃO

Chegados ao final da nossa dissertação, na sua generalidade, nas suas precisões técnicas (noção-tipologia e possibilidades), assim como na sua avaliação ético-moral, sobre transplantes, fica claro: a teologia e a moral católica não apresentam dificuldades ou obstáculos de caráter ético-moral.

Ainda mais uma vez: medicina e teologia, teologia e medicina estão ao serviço do homem e da humanidade.

Está faltando, nesta longa caminhada, uma verdadeira, humana, social e científica conscientização da sociedade à todos os níveis.

A escola, a família, a fé, a pastoral e os meios de comunicação social devem-se empenhar nesta digníssima tarefa, que envolve o aspecto antropológico humano e evangélico, no seu nível mais alto: a vida do homem.

Poderíamos salvar muitas vidas com transplantes de coração, de rins extraídos seja de cadáveres, seja de pessoas vivas.

A possibilidade disto não depende de problemas éticos-morais. Depende da generosidade das pessoas e das disposições legais sobre a determinação da morte e sobre a remoção de órgãos.

Todos, por conseguinte, reconhecemos a necessidade de uma regulamentação legal que favoreça os transplantes capazes de salvar uma vida.

As possibilidades são fundamentalmente duas:

1ª) A extração habitual dos órgãos necessários, desde que não haja alguma objeção.

2ª) A doação de órgãos feita por indivíduos "ante mortem", que nós defendemos porque esta favorece mais a formação de uma comunidade consensual e é expressão de liberdade, de caridade evangélica e de generosidade.

Honramos as pessoas ao pressupormos que, de um modo geral, se tivessem sido devidamente informadas, haveriam percebido o alto valor moral contido na decisão de permitir aos médicos que extraíssem um órgão de seu próprio corpo antes e depois da morte, para com ele salvar uma outra vida.

O fato de dar a todo cidadão e à sua família a possibilidade de registrar as objeções garantiria de maneira suficiente a liberdade.

O nosso desejo: que este encontro e simpósio, de homens de ciência e fé, a nível intelectual digno, porque digno a nível humano, sirva ao progresso antropológico do Paraná, do Brasil e do povo brasileiro, que tanto luta pela sobrevivência da própria vida.

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