

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

IMPRESSO

abril/junho/87 - ano IV - n.º 14

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA:

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

CONSELHEIROS 83 a 88

MEMBROS EFETIVOS

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

SUPLENTES

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

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

* Licenciado

SUMÁRIO

Tribunal Inglês autoriza esterilizar retardada	04
Ética da co-autoria	05
Atestado médico à própria pessoa	08
Hospitais registrados no CRM (continuação)	09
EUA querem patentear forma de vida	10
American College of Physicians Ethics Manual	12
Responsabilidade Pública ou Privada das Instituições Médicas	21
A morte diante da Teologia	23
Acórdão - 019/84	28
Honorários Médicos	29
Novos Especialistas	32
Crêterios para o uso de descartáveis	34
A quem pertence os exames?	36
Código de Conduta para médicos do trabalho	37
Título de Especialista/Legalidade/Concurso de Especialista	41
A Ética e a Pesquisa em seres humanos	43
Restrições ao aborto diminuam	50
Eutanásia - O que pensa o povo?	52
Código de Ética de Adm. Hospitalar	54
Ampliação da atuação dos Conselhos	57
Declaração de Direitos da Pessoa Mentalmente Deficiente	60
Registro de Clínica de Medicina Física e Reabilitação	62

CORPO EDITORIAL

Ehrenfried Wittig
Antonio L. Oliva Filho
Jackson Herrera

IMPRESSÃO

Composição e impressão
Comunicare

Fone (041) 253-4233

Tiragem 9.000 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, às Bibliotecas Universitárias, Conselhos e Associações Médicas do Brasil.

Tribunal inglês autoriza esterilizar retardada

LONDRES — O Supremo Tribunal da Inglaterra decidiu ontem por unanimidade permitir a esterilização de uma moça de 17 anos que tem idade mental de cinco. A decisão, que apoiou o estabelecido anteriormente por tribunais inferiores, foi acompanhada por advertências dos juízes de que isto não deveria ser entendido como jurisprudência para a esterilização de outras retardadas mentais.

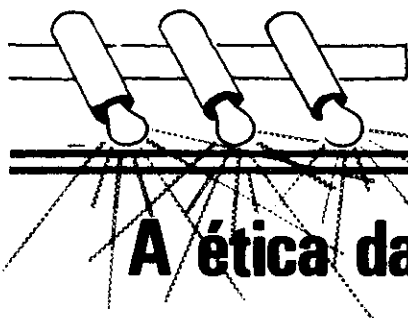
"Não é de maneira nenhuma uma licença para esterilizar meninas com problemas mentais", disse David Vanables, o procurador oficial da República e responsável pelos direitos legais dos menores. A ressalva se fez necessária pelos protestos recebidos por parte de ativistas de direitos humanos e pela organização. Segundo Sir Brian Rix, diretor da Mencap, a moça - que foi identificada apenas por Jeanete - seria "esterilizada como uma cadela".

A licença para esterilização foi pedida pela família de Jeanette, que procurou correr com os procedimentos legais tentando evitar que a pendência judicial se arrastasse até o dia 20 de maio quando a moça faz 18 anos. Depois desta idade, uma esterilização dependeria de seu "consentimento consciente", o que ela, segundo seus médicos, não é capaz de dar.

Na sua decisão, o juiz supremo Lord Chancelor Quintin Hailsham, um dos cinco juristas que estudaram o caso, disse que a moça "tem todo o ímpeto e inclinação sexuais de uma jovem mulher fisicamente madura de 17 anos, o que ela é de fato". Ele acrescentou que ela tem mostrado ser "vulnerável a abordagens sexuais" e que "há um perigo considerável de gravidez resultante de relações sexuais ocasionais". "Ela não compreende e não pode perceber a conexão entre relação sexual e gravidez e entre gravidez e o nascimento de crianças", disse ele. "Ela seria incapaz de dar seu consentimento válido para um casamento, ela não entenderia nem aguentaria facilmente os desconfortos e dores de uma gravidez".

Lord Hailsham considerou ainda que trancar Jeanette ou restringir sua liberdade pessoal "seria grandemente prejudicial para sua qualidade de vida". Foi baseado nestas considerações que ele recomendou a esterilização, já que a única alternativa seria o uso de anticoncepcionais "que teriam que ser tomados diariamente para o resto de sua vida fértil".

(Transcrito da "Gazeta do Povo" de 01.05.87)



A ética da co-autoria

Evaldo A.D'Assumpção*

Com a grande pletera de publicações científicas em todo o mundo, multiplicam-se também os problemas éticos em torno da pesquisa científica. E, dentre estes problemas, um que se acentua é o relacionado com a "co-autoria" de trabalhos científicos. De tal forma ele tem se agigantado que em diversas entidades científicas e universitárias a co-autoria tem deixado de ter o seu valor dentro de um **currículum-vitae**, com evidentes prejuízos para legítimos co-participantes em pesquisas ou em redação de trabalhos.

Visando colaborar na reflexão em torno deste aspecto, tecemos a seguir algumas considerações a respeito da co-autoria. E, para maior didatismo, classificamos e analisamos em seguida as diferentes situações mais comuns de co-participação em pesquisa ou redação científica.

1) Situação em que o autor recorre a uma outra pessoa para ajudá-lo.

a) No planejamento da pesquisa — Geralmente isto ocorre quando o autor, apesar de capacitado dentro de um determinado tema, não tem experiência suficiente para planejar uma pesquisa e, neste caso, recorre a outra pessoa com este tipo de experiência, que pode ser o chefe de seu departamento ou local de trabalho, um assistente com prática de pesquisa ou outra pessoa qualquer, estranha ao seu local de trabalho onde a pesquisa deverá ser realizada. Neste caso, cabe ao orientador ajudá-lo no planejamento, cessando esta ajuda quando toda a pesquisa estiver delineada. Tal ajuda deverá receber um agradecimento específico no texto final, porém não cabe qualquer tipo de co-autoria pela simples ajuda no planejamento do trabalho. Lamentavelmente, quando o orientador é o chefe do serviço, com alguma freqüência este exige sua citação como co-autor; entretanto este procedimento é, sem qualquer dúvida, antiético e ilegítimo.

b) No desenvolvimento da pesquisa — Aqui duas situações podem ocorrer: a ajuda será dada através do fornecimento de elementos para a casuística final ou através de trabalhos específicos para a pesquisa. No primeiro caso, situação em que o autor pede a ajuda de um colega com seus casos pessoais, se houver apenas a cessão destes casos, não cabe qualquer tipo de co-autoria mas apenas citação bem clara de quantos e quais os casos que foram cedidos e por quem

* Cirurgião Plástico; Prof. de Ética da Pontif. Univ. Católica de Minas Gerais, Membro da Academia Mineira de Medicina.

foram cedidos. Já, se a ajuda foi sistemática na execução de trabalhos de pesquisa — e não apenas uma ajuda eventual e não decisiva — a co-autoria está bem caracterizada e cabe ao autor citar nominalmente seu(s) auxiliar(es) na relação de autores do trabalho, este(s) como co-autor(es). É para isto não importa se estes auxiliares faziam ou não parte efetiva do serviço em que a pesquisa foi realizada. Se a ajuda foi eventual, em uma situação específica, não existe qualquer co-autoria caracterizada, bastando um agradecimento específico no texto, em sua introdução ou à parte, no final do trabalho, o que é mais adequado.

c) Na avaliação dos resultados — É de boa norma, sempre que se faz um trabalho ou uma pesquisa, ao seu final, procurar obter uma crítica isenta de uma pessoa experiente no tema tratado. Esta avaliação somente deve ser solicitada de quem se pode ter certeza de obter tanto elogio quanto crítica severa e desde que se esteja disposto a aceitar as ponderações feitas por esta pessoa. Entretanto, apesar da importância da participação deste observador, sua função jamais se caracteriza uma co-autoria, nem mesmo como expressão de gratidão do autor, cabendo tão-somente um agradecimento no texto, em moldes já referidos anteriormente.

d) Na redação do texto final — Esta é uma situação que se desdobra, dependendo de o trabalho ser uma pesquisa e o texto apenas o relatório final ou o texto ser o próprio trabalho, como por exemplo um artigo didático ou mesmo um livro. No primeiro caso, quando a ajuda será dada na redação final do relatório de uma pesquisa, da qual o auxiliar não participou, se seu papel é apenas de revisor do texto por sua maior experiência, principalmente em questões de estilo metodológico e de lingüística, não se caracteriza uma co-autoria, já que a parte principal e fundamental do trabalho foi a pesquisa realizada e não o relatório final em sua forma técnica. Aqui, mais uma vez, caberá apenas um agradecimento específico no final do texto. Já no segundo caso, quando o trabalho é o próprio texto e o autor domina o conteúdo mas é incapaz da redação correta, se esta é totalmente feita ou refeita por outra pessoa, ainda que o conteúdo seja de apenas um autor, é de boa norma colocar este auxiliar como co-autor, já que sua participação foi decisiva para a publicação do trabalho e nele está o estilo e a presença real do co-autor.

e) Na apresentação do trabalho — Esta situação pode ocorrer por duas circunstâncias básicas: ou porque o autor está impossibilitado de comparecer à reunião ou local de apresentação, ou porque o autor é incapaz de fazê-lo, por limitações pessoais. No primeiro caso, quem ajuda fazendo a apresentação é apenas uma espécie de "porta-voz", que se propõe substituir o autor, impedido de comparecer pessoalmente. Não caracteriza portanto nenhum tipo de co-autoria, não cabendo sequer citação em posterior publicação, mesmo sob a forma de agradecimento. Isto se fará apenas a nível pessoal. Já no segundo caso, se o autor é incapaz de fazer a apresentação, uma situação especial de co-autoria se configura, já que o apresentador passa a fazer parte indispensável do trabalho em uma etapa fundamental que é a apresentação. Em outras palavras, sem a participação deste apresentador, que terá a obrigação de estudar e conhecer profundamente o tema, para inclusive participar de debates, o trabalho não seria apresentado, portanto existe nítida condição de co-autoria, a qual deve ser sempre citada. Obviamente isto não ocorreria se o trabalho fosse exclusivamente publicado em texto escrito, a menos que se repetisse a situação descrita no item anterior, quando se falou da redação do texto final.

2) Situação em que o autor é membro de um serviço ou equipe, mas o chefe deste serviço ou equipe não participou do trabalho.

Esta é uma situação constantemente detectada em trabalhos oriundos de certos serviços, em que o chefe é sempre citado como co-autor — e até mesmo como autor — numa impressionante atuação, se se considerar o elevado número de trabalhos publicados no serviço, o que leva freqüentemente a um questionamento de como aquele personagem consegue tempo para realizar ou participar efetivamente da realização de tantas pesquisas. Geralmente é esta a situação em que a ética da pesquisa é totalmente violentada, aproveitando-se alguns de sua situação de poder para freqüentar, imeritoriamente, todas as páginas científicas(?) oriundas de seus serviços. Não há necessidade de maiores comentários a respeito da ética nesta situação. Aqui se aplicam todas as normas referidas nas circunstâncias anteriores, não importando que o auxiliar foi o chefe do serviço. Somente quem participa efetiva e decisivamente da pesquisa, do trabalho científico, pode estar relacionado como autor e co-autor do mesmo. Não cabe a justificativa de homenagem, já que esta pode ser feita através de agradecimentos incluídos no texto do trabalho. Autoria e co-autoria são situações bem específicas, não sendo possível sua utilização ou manipulação com outros objetivos.

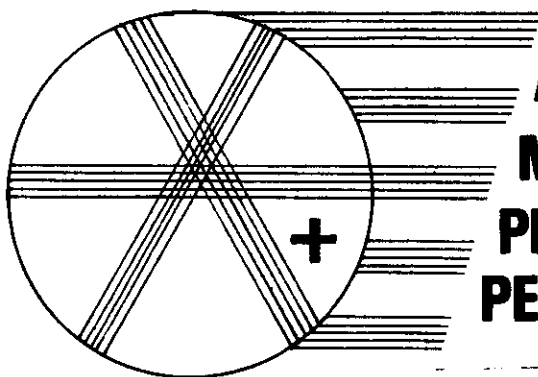
3) Situação em que o autor é o chefe do serviço e seus assistentes não participaram do trabalho ou pesquisa.

Mais uma vez a situação está bem definida, não cabendo a citação dos assistentes como co-autores, fato este também muito comum, objetivando hipervalorização do serviço e servindo também como "jurisprudência" para que o chefe esteja sempre citado na co-autoria dos trabalhos dos assistentes. Somente os efetivos participantes do trabalho ou pesquisa — repetimos — podem ser citados como autores e co-autores.

Conclusão — Muitas outras situações podem surgir, sendo porém estas as mais corriqueiras e que levaram ao descrédito a co-autoria. É preciso que haja maior espírito ético naquelas pessoas envolvidas com trabalhos e pesquisas, respeitando-se as diferentes normas que regem estas atividades para que não ocorra a desmoralização da atividade científica, especialmente da participação efetiva de pessoas que não os autores diretos que também contribuíram para a realização destes trabalhos.

Transcrito da Rev. Ass Med. Bras vol. 32, nº 9/10. 1986

Você é parte do problema ou parte da solução?



ATESTADO MÉDICO À PRÓPRIA PESSOA

Consulta recebida pelo Cremesc a respeito da legitimidade do médico atestar sobre a sua própria doença. O consultor jurídico do Conselho, advogado Murilo Rezende Salgado, ressalta que "realmente, a consulta retrá hipótese inusitada, mas evidentemente proibida."

"O atestado médico é uma espécie de laudo pericial, simplificado sem dúvida, mas que traduz o parecer do médico sobre o estado de saúde do examinando. Ainda que não tenha finalidade judicial, o atestado representa o esclarecimento de uma situação que só o médico pode conhecer, em face de sua habilitação profissional e conhecimentos técnicos.

Portanto, inegavelmente, é uma forma de perícia, embora não judicial.

O Código de Processo Civil no seu artigo 138, III, dispõe que se aplicam ao perito, os casos de impedimento e suspeição que estabelece para o juiz (artigos 134 e 135).

O primeiro caso de impedimento que a lei cria, em virtude do qual o juiz está proibido de funcionar, no processo, é o em que for parte. Daí, o provérbio popular de que "ninguém pode ser juiz em causa própria".

Do mesmo passo, e pelas mesmas óbvias razões, não pode ser perito em causa própria.

Do idêntico modo, e atendendo aos mesmos objetivos de imparcialidade com que o "expert" há de elaborar o laudo, estipula o Código Brasileiro de Deontologia Médica, no princípio no. 54, que é vedado ao médico "ser perito de cliente seu, pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu julgamento".

Ademais, o princípio no. 55, do referido Código, determina que é vedado ao médico "deixar de atuar com absoluta isenção..."

Ora, é de se indagar: que isenção poderá ter um facultativo, por mais probo que seja, ao assinar um atestado médico sobre si próprio? É claro que nenhuma. Há presunção invencível de sua perda.

Ante o exposto, minha opinião é no sentido de que o médico está impedido de emitir atestado médico relativamente ao próprio estado de saúde, não só porque o proíbe a norma de Deontologia Médica, quanto a do Código de Processo Civil, que se aplica subsidiariamente à hipótese em exame."

(Transcrito do Jornal do Cremesc nº 36 - 1985).



HOSPITAIS QUE JÁ SE REGISTRARAM NO CRM-PR PORQUE O SEU AINDA NÃO FOI?

Américo Ribeiro do Nascimento
 Irmandade do Hosp. de Caridade de Irati
 Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia Ltda.
 Hospital Madre Tereza de Calcutá Ltda.
 Hospital São Carlos de Medianeira Ltda.
 Policlínica Dois Vizinhos Ltda.
 Fed. da Agricultura do Estado do Pr.
 Clínica Médico Social Rural de Mandaguari
 Hospital São Vicente de Paula Ltda.
 Hosp. Mat. São Marcos "Sald F. Ferreira"
 Hosp. Santa Casa de Campo Mourão
 Porto Seguro - Clínica e Pensão Protegida S.C. Ltda.
 Hosp. Bom Pastor
 Hosp. Mat. São Francisco-Marcial Escobar Vega Ltda.
 Hosp. Tapejara-Ariel de Barros Menezes
 Hosp. Osvaldo Cruz - Sind. dos Trab. Rurais
 Hosp. do Sind. dos Trab. Rurais de Ubatã
 Centro Médico Auxiliar S/C. Ltda.
 Hosp. Santo Antonio Ltda.
 Clini-Lab. Análises Clínicas S.C. Ltda.
 CEMED - Banco do Brasil
 Centro-Dia Clínica de Recuperação

Pérola
 Irati
 Ponta Grossa
 Palmeira
 Medianeira
 Dols Vizinhos
 Jaguariaíva
 Mandaguari
 Foz do Iguaçu
 Maringá
 Campo Mourão
 Curitiba
 Turvo
 Guaraci
 Tapejara
 Assis Chateaubriand
 Ubatã
 Paranaguá
 Mandaguari
 Paranaguá
 Londrina
 Curitiba

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 6.904, 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 6.904, de 1982 e seu regulamento aprovado pelo Decreto nº 88.147, de 8 de março de 1983 e da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980.

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

Rio de Janeiro, 16 de abril de 1985

GABRIEL WOLF OSELKA
 Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
 Secretária-Geral

Estados Unidos querem patentear forma de vida

Os Estados Unidos serão o primeiro país a conceder patentes a novas formas de vida animal. A regulamentação para o setor de marcas e patentes do Departamento de Comércio deverá ser publicado na próxima terça-feira. Engenheiros genéticos poderão patentear novos animais criados pelo entrelaçamento de genes e outras tecnologias de reprodução — ou, como na definição técnica, "organismos que adquirem forma, característica, propriedade ou combinação de fatores que não estão presentes no artigo original existente na natureza."

A informação, publicada ontem pelo NEW YORK TIMES, já iniciou uma discussão sobre valores éticos, religiosos e comerciais. É que essas patentes poderão valer bilhões de dólares aos inventores e às companhias que comercializarem a tecnologia. Um exemplo é a criação de gado bovino — onde a engenharia genética criou animais maiores, mais resistentes à enfermidades e com maior produção de carne e leite para o consumo humano.

O receio de muitos cientistas, no entanto, é de que a mesma política de patentes se estenda ao ser humano. Especialistas acham inevitável que isso ocorra. E a advertência parte também de um funcionário do próprio setor de patentes, Charles van Horn, diretor de Biotecnologia e Química Orgânica: "A decisão assegura que formas de vida sofisticada serão consideradas. Poderia ser extrapolada para abranger seres humanos".

"É uma decisão assustadora", comenta o dr. J. Robert Nelson, diretor do Instituto de Religião do Centro Médico de Houston, no Texas. "Causa calafrios", lamenta Jeremy Rifkin, presidente da Fundação sobre Tendências Econômicas e crítico das técnicas de manipulação genética. "A partir de agora não haverá nenhuma diferença entre um ser vivo e um produto químico, um automóvel ou uma bolinha de tênis", prevê.

"Nós estamos só brincando de Deus: queremos dominar Deus". A frase é de Michael Fox, veterinário e diretor científico da Sociedade Humana (protetora dos animais), e aumenta o temor daqueles que vêem com desconfiança o trabalho da engenharia genética. Iniciado há cerca de 30 anos, para identificar e compreender os mecanismos da vida orgânica. O receio é de que em breve o governo norte-americano acabe autorizando também a proteção comercial para novos traços humanos.

"Não estamos, por enquanto, considerando solicitações envolvendo a vida humana", tranqüiliza Charles van Horn. Mas um especialista entrevistado pelo NEW YORK TIMES já compara: "De uma só vez, o setor de patentes nos conduziu a um mundo feliz", disse, referindo-se à obra ADMIRÁVEL MUNDO NOVO, de Aldous Huxley, em que a reprodução humana é manipulada para gerar seres perfeitamente adaptados às exigências da sociedade.

Unir genes de espécies animais diferentes reduz o tempo em que um processo seletivo de procriação natural levaria para resultar em animais com novos traços e maior valor comercial. Além disso, a junção de genes abre a possibilidade de

se criar tipos totalmente novos de vida.

A engenharia genética produz vaca que dá mais leite ou porcos com menos gordura. Futuramente, poderá talvez fazer uma mistura de animal, planta, micróbio e genes humanos num embrião destinado a produzir tipos de animais previamente encomendados.

Pesquisadores do Departamento de Agricultura, por exemplo, num centro perto de Washington, já conseguiram inserir um gene hormonal de crescimento humano, num embrião de porco, para que este animal crescesse mais depressa. Em consequência, a nova linha de porcos passou a traços humanos para suas crias.

Os novos porcos são mais magros do que os procriados naturalmente, mas sofrem de várias fraquezas, incluindo estrabismo, artrite nas juntas e maior suscetibilidade a doenças.

Outros pesquisadores na Universidade da Califórnia, em Davis, fundiram um embrião de bode com um embrião de ovelha para produzir uma nova criatura que chamaram de GEEP (fusão de GOAT com SHEEP). Mas o novo animal não é forte e não pode reproduzir.

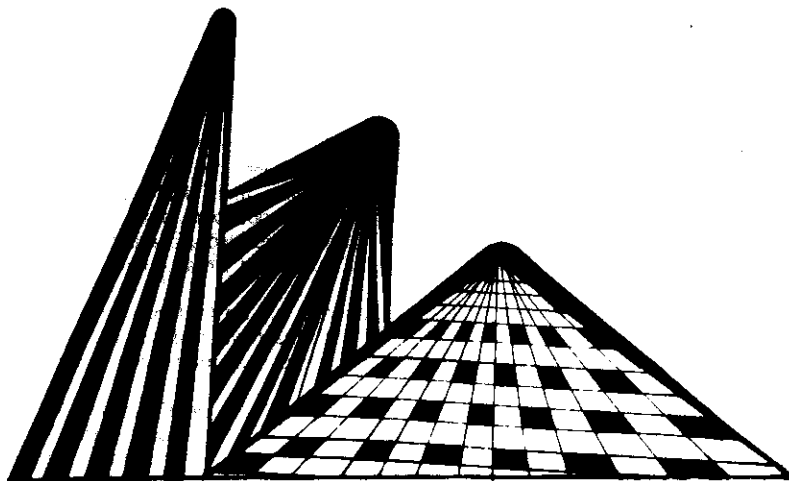
Em várias outras universidades e laboratórios particulares, cientistas estão desenvolvendo métodos para criar réplicas exatamente iguais às de boi, ovelha, porco, cabra e outros animais, através da divisão de seus embriões quando eles têm apenas poucos dias de vida.

Está proibido em Cambridge o uso de cobaias

CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS — A municipalidade de Cambridge, sede da Universidade de Harvard, votou anteontem à noite, unanimemente, pela proibição - a primeira do seu tipo nos Estados Unidos - de testes de laboratório com animais para fins comerciais. Os nove membros do Conselho Municipal votaram a favor da imposição de multas de até 250 dólares por dia aos laboratórios que ignorem a postura municipal.

Além disso, ela estipula que qualquer instituição de pesquisa que cometa violações graves ou repetidas da postura poderá ser fechada pelo diretor da comissão animal da cidade. A proibição afeta a pesquisa ora sendo feita com mais de 50 mil animais, segundo estimativas oficiais. As cobaias usadas para pesquisa em Cambridge incluem cachorros, coelhos, porquinhos da Índia, gatos, ratos, pássaros, camundongos, macacos, furões e hamster, disseram as autoridades.

Os animais são usados para testar cosméticos, derivados de tabaco, substâncias químicas, pesticidas e emanações de motores. A postura municipal proíbe especificamente dois tipos de testes de laboratório, conhecidos como testes LD-50 e draize, realizados com animais para determinar a toxicidade de produtos caseiros e cosméticos.



AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS ETHICS MANUAL

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

Part II: Research, Other Ethical Issues. Recommended Reading

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

PARTE II

PESQUISA

A pesquisa é parte integrante da medicina moderna. Ela proporciona novos conhecimentos necessários para prevenir e tratar as doenças. Sem este novo conhecimento é impossível o progresso da saúde. Assim como os médicos possuem responsabilidades específicas para com os pacientes e para com a sociedade, também os cientistas biomédicos atuam sob restrições que refletem sua liberdade particular.

O princípio básico fundamental de toda a pesquisa é a honestidade. É de responsabilidade dos cientistas fornecer resultados de pesquisas de alta qualidade; coletar fatos meticulosamente; manter impecáveis os registros de trabalhos feitos; interpretar resultados realisticamente, não os forçando a seguir moldes ou modelos preconcebidos; e a relatar novos conhecimentos por meio de canais científicos apropriados, sem

* *The American College of Physicians Ad Hoc Committee on Medical Ethics consisted of Dr. Harriet P. Dustan, Chairman; Drs. Robert M. Kark; John Burnum; Arthur W. Feinberg; C.S. Lewis, Jr.; Richard J. Reitemeier; Jeremiah A. Barondes, Richard W. Vilter; Donald E. Wilson; and Robert H. Moser (ex officio).*
Reference - Annals of Internal Medicine, 1984:101:263-274

orgulho próprio. Co-autores de reportagens científicas devem ser suficientemente bem relacionados com o trabalho uns dos outros no sentido de que eles possam pessoalmente comprovar a validade das descobertas.

Pesquisa relacionada à medicina clínica tem uma base ampla. Tópicos de interesse imediato aos médicos são a investigação clínica, publicações científicas, e publicações das sociedades suscitadas por novas descobertas que tenham potencial óbvio para modificar a biomedicina.

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Os Progressos no diagnóstico e tratamento da moléstia baseiam-se em investigações fundamentais e estudos clínicos bem delineados e realizados dentro da ética. A profissão médica deve responsabilizar-se pela garantia à sociedade de que a experiência vale a pena. As pessoas devem ser instruídas quanto à natureza da pesquisa; o consentimento deve ser obtido gratuitamente; a pesquisa deve ser planejada inteligentemente para que haja alta probabilidade de obter-se resultados significativos; os riscos para o paciente devem ser minimizados; e a relação risco/benefício deve ser suficientemente baixa para justificar o esforço da pesquisa.

Toda a instituição clínica onde a pesquisa é realizada com apoio federal deve ter, de acordo com a lei federal, uma junta revisora para proteção das pessoas. Todas as pesquisas clínicas propostas, não importa quem as mantenha, devem receber aprovação da junta revisora local, que tem a responsabilidade de garantir que os planos de pesquisa são razoáveis e de que os mecanismos, que dão proteção àqueles que se submetem à pesquisa, são adequados.

Embora este sistema formal de revisão se destine à proteção das pessoas, a premissa em que toda pesquisa ética se fundamenta é a confiança e respeito mútuo entre pesquisados e os médicos. Esta premissa exige que os médicos e pesquisadores encarregados de planejar ou executar os planos de pesquisa tenham a preocupação principal com os sujeitos potenciais dessas investigações.

Também, os médicos que recorrem a pacientes para realizar tais estudos devem ter certeza de que os planos de pesquisa fornecem proteção adequada a tais pessoas.

Em geral a pesquisa clínica é de 3 tipos: projetos de pesquisa individuais, estudos clínicos colaborativos e ensaios de novas drogas.

Projetos de pesquisa individuais: estes projetos se referem a investigações da etiologia, diagnóstico ou fisiopatologia da moléstia, ou terapia inovadora realizada por um pesquisador ou grupo de pesquisadores dentro de uma instituição. A pesquisa deve ser terapêutica (orientada no sentido de novo tratamento de uma nova doença) ou não terapêutica (orientada no sentido de compreender uma moléstia ou os processos biológicos normais). Os estudos podem ou não envolver o controle da saúde das pessoas. A responsabilidade de proteção adequada às pessoas está com os planejadores da pesquisa e a junta de revisão institucional local. A profissão médica como um todo está envolvida indiretamente através da promulgação, pelos médicos, de atitudes de apoio à pesquisa ética. Os médicos que recorrem a seus pacientes para participarem devem estar certos de que os planos de pesquisa forneçam à pessoa que consentiu a mesma real garantia de segurança e uma proporção bem baixa do risco/benefício.

Estudos clínicos colaborativos: são de dois tipos, alguns se destinam a acumular dados sobre a história natural de doenças raras e outros para estabelecer o valor de uma, ou mais terapias em grandes grupos de pacientes. Várias instituições

participam do processo. Os ensaios terapêuticos comparam uma nova forma ou esquema de tratamento com uma terapia de padrão corrente ou placebo. Não envolvem grupos controle de pessoas normais. Para ambos os tipos os planos de pesquisa são realizados por um grupo de pesquisadores nacional. A segurança e a proteção do paciente são julgados por outro grupo nacional e estão sujeitos à revisão e à aceitação da junta de revisão de cada instituição participante.

Médicos cujos pacientes são escolhidos para participação devem ser cientificados sobre as diretrizes éticas do estudo, antes de recomendar qualquer participação no estudo. Ainda, em experiências com novas drogas, os médicos devem estar livres para solicitar a seus pacientes que se retirem da experiência para retornar ao tratamento padrão da doença, ou para receber tratamento adicional, se tais ações parecerem indicadas.

Ensaios terapêuticos: Novas drogas ou combinação de drogas que apresentem perspectiva no controle de doenças humanas são avaliadas em 3 fases que estão sob controle da "Food and Drug Administration". A fase I consiste em testes realizados em animais. Mais tarde testes humanos limitados para estabelecer as dosagens seguras. A fase II testa a eficácia, os mecanismos de ação e segurança em pacientes com doença, pelo uso de protocolos padronizados e procedimentos rigorosamente relatados. A fase III é um estudo mais amplo da segurança e eficácia clínica em grupos maiores de pacientes.

As fases II e III podem envolver comparação da droga com tratamento padrão ou com placebo. Os protocolos são desenvolvidos por companhias farmacêuticas ou grupos nacionais de pesquisadores. Estão sujeitos à revisão e aprovação pelas juntas de revisão institucionais locais.

Um médico que não faça parte de um grupo de pesquisadores, e que procure participação de um paciente em um ensaio terapêutico deve estar certo de que, o plano de pesquisa contém explicações adequadas ao paciente, houve a obtenção do consentimento do mesmo, o estudo é adequadamente seguro e a relação risco/benefício é aceitavelmente baixa, se durante o curso de um ensaio terapêutico ou clínico tornar-se evidente de que a modalidade de tratamento que está sendo aplicado é superior ao tratamento padrão, os pesquisadores são obrigados a encerrar o período de tentativa para que todos os pacientes possam se beneficiar do tratamento.

PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA

Os cientistas formulam seus conceitos e teorias em fatos científicos comprovados, descobertos por eles mesmos e por seus antecessores. Os cientistas só podem prosseguir confiantemente se puderem confiar nos fatos previamente relatados sobre os quais seu trabalho se baseia na certeza de que eles são tão precisos quanto possível. Desta forma todos os Cientistas têm responsabilidade profissional para com seus contemporâneos e para com aqueles cujo trabalho prosseguirá para fornecer observações honestamente obtidas, anotadas e publicadas.

O princípio fundamental da ética de autoria é a honestidade: relatar somente observações realmente feitas; deixar claro no papel de quais informações vêm do autor e seu trabalho e quais as que vêm de outros e onde foram publicadas; assegurar aos leitores de que a pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos da comunidade científica; dividir autoria somente com pessoas merecedoras e que aceitem essa autoria. Essa discussão se limitará aos padrões éticos nas exigências da publicação científica.

Autoria: a exigência básica da autoria é que o autor seja capaz de aceitar responsabilidade pública pelo conteúdo da publicação. Um autor deve ser capaz de mostrar por que e como as observações foram realizadas e deve ter capacidade de se defender de críticas sobre a publicação diante da comunidade científica.

Alegações de autoria podem proceder de pessoas que têm pouco ou nada a ver com o conteúdo intelectual da publicação mas que forneceram suporte financeiro, assistência técnica rotineira ou espaço e equipamento de pesquisa. Tais contribuições não podem ser recompensadas com a autoria, mas podem ser reconhecidas no local apropriado da publicação.

O conteúdo da publicação: Os autores têm três responsabilidades éticas principais na apresentação de suas pesquisas em publicações científicas: 1º) uma publicação só deve registrar observações realmente feitas por um ou mais de seus autores e não deve deixar de registrar evidências conflitantes com as conclusões alcançadas. 2º) Os autores devem relacionar seu estudo a trabalhos relevantes previamente publicados e, quando possível, observações não publicadas feitas por outros. 3º) Uma publicação deve indicar como a pesquisa foi conduzida com relação a padrões éticos comuns.

Submissão das publicações a periódicos: Os editores, responsáveis tanto para com os leitores como para com os autores espera que estes se enquadrem nos padrões éticos acima discutidos para a preparação e para o conteúdo dos artigos submetidos aos seus periódicos. A submissão simultânea de um manuscrito a dois ou mais periódicos é profissionalmente inaceitável.

PUBLICAÇÕES DAS SOCIEDADES

Os avanços no conhecimento científico e tecnologia da medicina podem ocorrer rapidamente. Frequentemente é possível que a aplicação clínica de tais conquistas progreda rapidamente até mesmo antes que a comunidade médica tenha oportunidade de estabelecer linhas mestras para sua utilização apropriada e ética. É responsabilidade da profissão médica estabelecer mecanismos pelos quais os "experts" na dita área possam garantir a confirmação e reprodução dos resultados e possam dividir e fornecer padrões da aplicação clínica destas conquistas. Tais mecanismos devem estar abertos à crítica pública.

Outras Considerações Éticas

ANATOMIA DO PACIENTE

Todo paciente tem o direito a ampla explicação e total capacidade de decisão quanto ao seu cuidado médico. John Stuart Mill expressou-se assim: "O indivíduo é soberano quanto a si mesmo, seu corpo e sua mente." O companheiro legal da autonomia do paciente é a auto-determinação. Ambos os princípios negam a legitimidade de paternalismo declarando inequivocamente que em última análise é o paciente que determina o que é bom para ele. Os médicos investem muito na aquisição do conhecimento necessário para concluir quanto às melhores decisões de diagnósticos e terapêutica, tornando muitas vezes difícil para eles aceitar o fato de que a melhor decisão para determinado paciente (na opinião do paciente) não é a decisão correta para o mesmo, do ponto de vista médico.

QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é a satisfação subjetiva expressa ou experimentada por um,

indivíduo quanto à sua situação física, mental ou social. A opinião de um médico quanto à qualidade de vida de um paciente pode influir, em grande parte, na tomada de decisões clínicas. Os médicos devem ter a sabedoria de estar prevenidos de que os valores sociais e subjetivos podem contribuir para tais avaliações. Desta forma a opinião pode variar de acordo com a idade de um médico, a saúde atual, ao histórico da doença de uma pessoa, "background" cultural e o conhecimento a longo prazo do paciente como pessoa. As decisões clínicas que giram sobre a qualidade de vida devem ser tomadas com grande cuidado e com amplo conhecimento da subjetividade da opinião, com ampla participação do paciente ou, se isto não for possível, com a participação e conhecimento de parentes ou guardiões interessados. Em circunstâncias comuns o julgamento de um médico quanto à qualidade de vida de um paciente não deve ser unilateral.

O CUIDADO DAS DOENÇAS FATAIS

O relacionamento entre médico e paciente se baseia na confiança. O médico deve estar vigilante em procurar julgar objetivamente a tomada de decisão sobre todos os assuntos a despeito de todas as considerações externas. As pressões externas podem ter origem em considerações econômicas, exigências sociais (por exemplo: de pessoas da família) ou de outras fontes profissionais ou para-profissionais. Uma Comissão ética institucional, representando profissionais de várias disciplinas (sociologia, ética, psicologia, direito, religião) pode auxiliar aconselhando ao médico quanto a questões éticas difíceis.

O médico tem a responsabilidade de garantir que seu paciente com doença fatal morra com dignidade e com o menor sofrimento possível. A preferência do paciente quanto ao uso de medidas de manutenção da vida deve merecer a maior prioridade. Pode haver circunstâncias em que o médico possa decidir a manter o corpo quando a morte clínica do cérebro já ocorreu mas não existe padrão ético que lhe deva prolongar a viabilidade física em tal paciente por medidas heróicas fora do comum. Como o limiar de vida mais baixo pode ser considerado um estado de perda irreversível das funções humanas cognitivas e comunicativas implica em que a "pessoa" já não mais existe em qualquer sentido significativo do termo e que as preocupações pessoais em relação ao que a cerca já desapareceram e jamais serão recuperadas.

Morte Cerebral: "O indivíduo que apresentou: (1) cessação irreversível das funções circulatória e respiratória, ou (2) a cessação irreversível de todas as funções cerebrais inclusive do tronco cerebral, está morto. A determinação da morte deve ser feita de acordo com padrões médicos aceitos." (1) (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Definição da Morte. Washington, D.C.: Imprensa do Governo Americano; 1981).

Ordens para não Ressuscitar ou Outras Ordens: "A finalidade da ressuscitação cardíaco-pulmonar é para impedir morte súbita não esperada. Tal ressuscitação não é indicada em certas situações como em casos de doença irreversível terminal onde a morte não é surpresa" (2). (Padrões e linhas mestras para ressuscitação cardíaco-pulmonar e cuidado cardíaco emergencial. JAMA. 1980; 244:453-509).

A ressuscitação cardíaco-pulmonar requer o uso de técnicas e aparelhos apropriados para tratar parada cardíaca ou respiratória inesperada por pessoas treinadas nessas técnicas. A decisão de não tentar a ressuscitação é responsabilidade total do médico que assiste ao doente. Tal responsabilidade não pode ser tomada, moral ou legalmente, por comissões institucionais de ética ou por qualquer outra pessoa ou grupo que se apresente para aconselhar o médico.

A decisão de não tentar a ressuscitação e o processo de iniciar e implementar tal ação envolve conhecimento e julgamento clínico e ético; o necessário conhecimento legal; e às vezes considerações sobre crenças religiosas.

A ordem de não ressuscitar exige revisão detalhada do médico sobre o estado do paciente: o doente é portador de doença terminal aguda ou crônica?

Depois de rever os dados sobre o estado clínico do paciente o médico deve julgar se existe qualquer tratamento conhecido que possa devolver ao paciente um estado de razoável conforto e função. Quando o tratamento for julgado inútil a ordem escrita ou verbal de não ressuscitar um paciente é ética.

Observação Adicional: Se um médico decide que o processo da doença ou outra condição médica que o paciente tinha não serão afetados positivamente pelos esforços de ressuscitar — em outras palavras, que os esforços de ressuscitar servirem apenas para prolongar o processo de morte — então a decisão da ordem escrita de não ressuscitar é eticamente correta. **Outra observação:** não é ético dar uma ordem de não ressuscitar um paciente simplesmente porque ele é idoso.

Se um paciente adulto é mentalmente capaz, ele tem o direito legal de aceitar ou recusar qualquer forma de tratamento e suas vontades devem ser acatadas pelo seu médico. Ele pode decidir se deseja ser ressuscitado em face de um acontecimento terminal. O problema não deve ser discutido com a sua família a menos que tal discussão seja autorizada pelo paciente. Se o paciente demonstra sua preferência pela ordem de não ressuscitar esta preferência se torna de capital importância. Se a preferência do paciente contrariar os desejos do seu cônjuge ou de outras pessoas, estes não têm qualquer suporte legal ético ou moral para fazer cumprir seus desejos a menos que um tribunal declare o paciente legalmente incapaz e nomeie alguém para tomar decisões sobre o tratamento em favor do paciente.

O médico deve compreender que tomar decisões sobre ressuscitação não exige legalmente o conselho ou consentimento da família do paciente. A menos que o membro da família seja pai ou mãe de um menor ou que tenha sido nomeado pelo juiz para tomar decisões pela pessoa do paciente. Os médicos não devem violar a natureza confidencial das relações médico-paciente discutindo o tratamento do paciente com pessoas que não estão autorizadas a conhecer o diagnóstico, prognóstico ou tratamento da doença. Naturalmente um paciente capaz pode aconselhar o seu médico sobre com quem seu tratamento deve ser discutido. Com um paciente incapaz a situação é totalmente diferente. (Na ausência de emergência médica caso em que se deduz consentimento do paciente pelo tratamento), o médico deveria aconselhar a família do paciente a nomear alguém que junto ao médico decidirá, como autoridade legal, quanto ao tratamento a ser dado ao paciente. A simples consangüinidade não qualifica um membro da família a autorizar ou ter consentimento sobre o tratamento médico do paciente.

Para indivíduos que são mentalmente deficientes e legalmente declarados incapazes, as ordens de não ressuscitação nunca devem ser escritas somente baseadas nas condições mentais, mas sim pelas mesmas razões aplicadas a pacientes mentalmente capazes. Legalmente, quando um paciente foi declarado mentalmente incapaz, a única pessoa que pode agir a seu favor é o curador nomeado pelo tribunal. Um parente ou amigo não tem o direito legal de agir por um paciente mentalmente incapaz, a não ser quando nomeado por um tribunal.

Um último corolário: o governo Federal, vários Estados e corpos regulamentadores estão recomendando ou exigindo que os hospitais mantenham comissões que criem políticas, aconselhem os médicos ou, mesmo tomem decisões quanto ao tratamento

de pacientes terminais, especialmente recém-nascidos. É cedo demais para se prever os efeitos, a longo termo, de tais regulamentos ou comissões. Mas os médicos são enfaticamente aconselhados a procurar soluções legais sobre a forma correta da lei em uma área tão volátil como esta. O tempo necessário para nomear curador legal varia de um Estado a outro. Durante aquele tempo o médico responsável pode exercer legalmente este julgamento em defesa de seu paciente incapaz. O médico é defensor do paciente e tem uma obrigação para com ele, para com mais ninguém nesse Interim. Discussão ampla com o cônjuge ou outros parentes próximos sobre as indicações da ressuscitação cárdio-pulmonar, a ordem de não ressuscitar, os aspectos legais de tais ordens e o papel do médico como protetor do paciente quase sempre resultarão em uma decisão que será eticamente correta.

Quando uma ordem de não ressuscitar foi escrita, o médico deve garantir todo conforto possível ao paciente. Uma decisão de suspender a terapia supletiva, embora eticamente correta, pode não ser aceitável a certas famílias por questões religiosas ou de outra natureza. Seus desejos devem ser ouvidos, mas não necessariamente atendidos. O médico deve ser o árbitro final em decisões relativas a um paciente, colocando os desejos deste, acima de quaisquer outras considerações.

A vontade em Vida: a chamada "vontade em vida" tem exercido considerável interesse que continuará no futuro, contudo devem estar cientes que menos de vinte Estados promulgaram estatutos tornando tais documentos de força legal e/ou restringindo-os ao médico. Os médicos que praticam a Medicina em Estados que adotaram estatutos de "vontade de viver" devem buscar no conselho local quanto aos direitos e responsabilidades exatos encampados pelo estatuto daquele Estado. Os estatutos diferem notadamente entre os Estados e não se deve presumir que a experiência anterior, dentro dos estatutos de um Estado, sejam corretos quando praticados em outro.

Nos Estados que não adotaram estatutos de "vontade de viver" ou que declararam expressamente que a vontade de viver não é legalmente aceito naquele Estado (muito embora o documento possa ter sido válido no Estado onde ele foi praticado) o médico não está sujeito a impedimentos legais para seguir as instruções ou informações contidas no documento a menos que o médico tenha concordado, especificamente, que o paciente ou curador, estejam sujeitos ao seu conteúdo. Todos os médicos devem estar alertas quanto aos pensamentos e desejos "em vida" do paciente expressos em um documento mas só devem considerar o conteúdo do mesmo como instrutiva e "não" determinante do modo como o médico tratará o paciente.

Naturalmente, se o médico não puder concordar com as restrições impostas ao cuidado do paciente por um documento de "vontade em vida" ou com as declarações do paciente ou curador, o médico pode se retirar do caso contanto que, siga as exigências médicas de notificação ao doente, continuidade de atendimento, e etc, forem satisfeitas.

Eutanásia: A eutanásia ativa voluntária é legalmente proibida. Contudo, a eutanásia é um dilema ético clássico que ocorre quando a responsabilidade ética de um médico para preservar a vida, manter a qualidade desta, ou ambos, conflita com o seu acordo com o paciente que deseja o fim de um sofrimento e dor insuportáveis, ou quando parentes próximos pedem a cessação da vida de pacientes comatosos, incapazes de tomar decisões.

As implicações sociais, religiosas e políticas da eutanásia têm sido discutidas exaustivamente. Elas continuam controversas e não serão aqui discutidas. Ao passo que não há solução do problema no campo ético há proibições legais contra a eutanásia hoje em dia nos Estados Unidos.

ACONSELHAMENTO GENÉTICO

O médico deve informar a seu paciente sobre os efeitos genéticos ou conseqüências de uma moléstia onde isto se aplicar. Quando o médico for pessoalmente incapaz de fornecer esta informação ele deve recomendar consulta com especialistas.

ALOCAÇÃO DE RECURSOS

O médico tem responsabilidade particular quanto a seu paciente em um mundo de recursos financeiros cada vez mais limitados. O princípio fundamental deve ser que o médico deve concentrar sua energia e atenção em fornecer ao paciente o melhor cuidado médico possível, dentro do contexto humanístico, científico e eficiente da medicina. Se surgirem pressões externas resultantes das limitações de recursos da instituição e se este fato impedir o médico de fornecer um atendimento ótimo, cabe a ele decidir se é conveniente informar o paciente da situação. Em última análise, nenhum fator externo deve interferir com a dedicação do médico em fornecer atendimento de primeira qualidade a seu paciente.

TRANSPLANTE

Em procedimentos em que o transplante de órgãos de doadores vivos seja a melhor forma de tratamento, o médico deve incluir em suas discussões e atos sua responsabilidade ética para com o doador. Ele deve alertar os doadores quanto aos perigos imediatos e a longo prazo. Ele precisa ter certeza de que a doação é feita gratuitamente, e que o doador não está agindo por culpa ou coersão mas que chegou a esta decisão após cuidadosa consideração dos seus próprios riscos versus os benefícios potenciais ao paciente.

Ao receptor o médico deve informar detalhadamente quanto às opções, riscos dos transplantes (imunossupressão, infecção, recorrência da doença original no órgão transplantado, possível formação de tumor), e os riscos ao doador em geral.

A MEDICINA E A LEI

Exposição: Em várias áreas deste manual temos discutido a responsabilidade do médico para com o paciente em face de sua responsabilidade para com a sociedade. A premissa maior é que a responsabilidade maior do médico é para com o seu paciente, a não ser naqueles raros casos em que a necessidade social pesa mais do que todas as demais considerações.

Quando a lei especifica que um médico deve informar aos outros quanto a uma doença ou pedido de assistência médica e tais revelações poderiam causar grave abatimento ou constrangimento de um paciente, a situação é ainda mais difícil. Se o problema não puder ser resolvido convencendo o paciente sobre a conveniência de seguir a lei, o médico deve fazer uma escolha difícil. Ele tem que decidir se está disposto a violar a lei por causa do seu acordo com o paciente, ou tomar a decisão de obedecer a lei e perder a confiança do paciente. Qualquer das duas decisões tem conseqüências significativas.

Aborto de Contracepção: Um médico que seja contra o aborto nos campos moral, religioso ou ético não precisa se envolver dando conselhos à sua paciente, ou envolvendo-se em procedimento cirúrgico. Ele tem é o dever de garantir que a paciente tenha a opção de receber aconselhamento médico competente e atendimento de um colega qualificado que não tenha tais objeções morais, religiosas ou éticas. O médico não deve impor suas convicções pessoais ao paciente.

Crenças sociais, políticas e religiosas têm levado os problemas de aborto para além das considerações médicas. O médico tem que estar familiarizado e conhecer a lei relativa a aborto na área onde ele pratica a medicina. Questões como "onde a vida começa" ou quando "a personalidade é estabelecida" estão além do escopo da discussão neste manual.

Se uma paciente menor solicita interrupção de gravidez sem o conhecimento de seus pais, o médico pode ter um conflito entre seu dever ético de confidencialidade e sua responsabilidade para com os pais, tutor ou a lei.

Neste caso, o médico deve buscar conselho local quanto às exigências específicas da lei Estadual e Federal com respeito à prática de abortos. Recomendações semelhantes às discutidas quanto à participação do médico em decisões sobre aborto também se aplicam aos médicos que, por razões morais, religiosas ou éticas não podem aconselhar ou prescrever medidas e dispositivos contraceptivos a adultos ou menores sem consentimento dos pais.

CONCLUSÃO:

O Colégio Americano de Médicos espera que este modesto manual auxilie os médicos a resolver alguns dos desafiantes dilemas éticos que eles encontram diariamente nas suas relações com os pacientes. Como afirmamos no início, este é um manual escrito por médicos e para médicos ao tentar encontrar caminho neste difícil terreno. A intenção maior de qualquer guia ético é melhorar a qualidade do cuidado que dispensamos aos nossos pacientes. Esperamos que, embora modestamente, este manual nos auxilie a atingir este objetivo.

Tradução, Dra. Moema de Araujo Cardoso.

A parte I deste manual está publicada em Arquivos nº 10 - 1986.

DOCENTES

"Deixa um de teus estudantes incumbidos de cumprir tuas instruções e de administrar o tratamento prescrito, porém não rigidamente. Selecciona, do grupo de estudantes, aqueles já iniciados na arte para poderem executar o que for necessário ou fazer o tratamento com segurança. Desta maneira nada escapará de teu conhecimento durante os intervalos de tuas visitas. Não permitas que leigos tomem decisões, uma vez que serás responsável pelos erros cometidos. Não permitas confusão no decorrer do tratamento e, assim o fazendo, não serás envolvido na queixa e teus atos serão reconhecidos. Declara pois tudo isso, antecipadamente, para benefício das informações dadas".

(Deorum da conduta honesta - Hipócrates)

A RESPONSABILIDADE PÚBLICA OU PRIVADA DAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS

RESOLUÇÃO CFM Nº 911/79

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, assim como atendendo ao que ficou decidido em sessão plenária; e

CONSIDERANDO que pelo Art. 107 da Constituição Federal as peçoas jurídicas de direito público respondem pelos danos que seus funcionários, nessa qualidade, causam a terceiros;

CONSIDERANDO que tal preceito constitucional (parágrafo único) condiciona a ação regressiva contra o funcionário ao elemento subjetivo, pressupondo inequívoca existência de culpa ou dolo na produção do dano;

CONSIDERANDO que o conceito do Direito Civil de falta pessoal (Art. 15 do Código Civil) tem cedido lugar à noção jurisprudencial da culpa administrativa;

CONSIDERANDO que os profissionais da medicina, efetivamente, não raras vezes, são levados diretamente a responder por tais danos, resultantes na maioria dos casos de motivos independentes de sua vontade e não de incompetência e responsabilidade pessoais;

CONSIDERANDO que tal situação ocorre, de igual modo, nas empresas privadas que mantêm serviços médicos;

CONSIDERANDO a necessidade presente de situar e definir nos exatos e devidos termos a responsabilidade civil dos médicos.

RESOLVE:

Recomendar especial atenção dos profissionais para a responsabilidade direta de suas instituições, quer públicas quer privadas, invocando sempre em Juízo, quando a ele forem chamados, essa responsabilidade, devendo, ainda, os Conselhos Regionais de Medicina, nos processos ético-profissionais instaurados contra médicos em decorrência de situações pertinentes, observarem o máximo cuidado na apreciação e julgamento das espécies.

Rio de Janeiro, 19 de março de 1979

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 27/03/79 – Seção I – Parte II)

N. : os grifos são da redação

COLECIONE





A morte diante da Teologia.

Manoel Escribano⁴

Hoje, graças aos progressos da Medicina, a morte está de moda. Tanto assim que interessa mais aos vivos que aqueles que se preparam a deixar esta vida.

A ciência médica, se bem por outros caminhos, mas sempre convergentes leva os homens a pensar e meditar sobre a morte, como um recurso para a vida. O homem quer ganhar a batalha da morte, mas com sentido de vida. Onde está, oh morte a tua vitória?

Ser médico não consiste somente em desenvolver a profissão como "a arte de curar". Isto poderia nos levar à frustração, quando as nossas possibilidades técnicas e recursos chegam ao fim, por "não ter nada mais a fazer". Diferente é o caso quando um profissional da medicina considera que a sua vocação primeira é "a arte de cuidar dos enfermos". Ele continuará cuidando do seu paciente ainda que este não tenha mais tratamento e vá morrer.

Na presença da morte certa e irreversível nós podemos ser úteis a outras pessoas. Meta sumamente ambiciosa, mas que está dentro da teologia, do evangelho e dos direitos humanos.

A morte significa a parada dos processos fisiológicos dos sistemas orgânicos.

Esta definição, aparentemente simplista, não é tão simples. Nela estão envolvidos elementos religiosos, filosóficos, culturais e científicos.

⁴ Médico e Padre Católico. Prof. de Teologia da Univ. Católica do Pr.

Pode-se dizer que, ao longo dos séculos, coexistiam duas noções de morte: uma, filosófica ou religiosa, geralmente não constatáveis; outra, observável, durante muito tempo identificada com a cessação da respiração e das batidas cardíacas. Ainda hoje são válidas, mas não suficientemente científicas e exactas para as importantes consequências que a morte implica nos diversos campos da vida social e no progresso específico dos transplantados.

A teologia linear, aberta, não fechada sobre si mesma, com consciência que ela, como a medicina, está ao serviço da humanidade, sabe que já é insuficiente e insustentável a morte baseada simplesmente no "stop" das batidas cardíacas.

A evolução da ciência médica e da técnica tem sua influência na hora de definir a morte. A teologia é pacífica neste sentido.

Por outra parte a teologia é consciente que na profissão médica, generalizou-se bastante — e ainda haverá maiores progressos — a identificação da morte com a cessação irreversível da atividade cerebral. Esta convicção clínica deverá ir entrando na sociedade e, embora lentamente, deverá ser acolhida pelas legislações, caso não optem em chegar retrassadas em direitos humanos.

A parada cardíaca provocada na cirurgia a coração aberto e a frequente reanimação depois de uma parada cardíaca espontânea, bem como o pulmão artificial, tiraram a validade dos critérios clássicos, que se centravam nessas duas funções.

Um esclarecimento que achamos importante seja para as legislações, seja para uma avaliação teológica. O fato de identificar a morte da pessoa com a morte irreversível do cérebro, em um nível científico observável, não significa que seja necessário uma observação específica do cérebro com instrumental adequado para se declarar uma pessoa morta.

Na maior parte dos casos a morte é um processo; a morte só é um fato instantâneo o quasi instantâneo excepcionalmente. Assim, na maior parte das vezes chega-se à morte cerebral irreversível em consequência de sucessivas falhas orgânicas.

Isto demonstra que, na maior parte dos casos, não é necessária uma constatação ou identificação específica da morte cerebral antes de se declarar um indivíduo como morto.

O CÓRTEX CÉREBRAL E A HOMINIZAÇÃO

Os enfoques e os critérios mais recentes a respeito da "morte cerebral" considerada como término da história de uma vida humana, são tão dignos de consideração e estima, que dão origem a novas teorias sobre a origem da pessoa ou o início do princípio imortal da vida humana. É, porventura, o desenvolvimento do córtex cerebral tipicamente humano o fenômeno decisivo na ontogênese humana?

A estrutura básica do córtex cerebral humano fica delineada entre o décimo quinto e o vigésimo quinto dia ou, pelo menos, a partir do décimo quarto em um desenvolvimento normal. Verifica-se quase imediatamente o desenvolvimento da célula que possui em si a potencialidade de se desenvolver para se transformar em córtex cerebral. Durante oito semanas depois da fertilização, a atividade cerebral elétrica é detectável. Por volta da décima segunda semana a estrutura cerebral já está mais ou menos completa.

Mesmo que estejamos absolutamente conscientes da grande diferença entre filogênese e a ontogênese permanece verdadeiro o fato de que a consciência humana — que distingue a humanidade da animalidade — possui uma base indispensável no córtex cerebral. Sem ela torna-se inconcebível qualquer manifestação de atributos pessoais humanos.

Acreditamos firmemente que é neste princípio de vida, que achamos o parâmetro justo para definir o princípio de morte.

Ainda nos temos que debater morte cortical versus parada cardíaca.

O fato é que, depois da cessação completa e irreversível da parte mais elevada do cérebro (córtex), o cérebro primitivo ou bulbo cerebral podem continuar possibilitando a respiração. Isto significa que, depois da morte cortical, a respiração ainda é possível. O que não é possível é a reversibilidade da consciência, princípio e fundamento da responsabilidade humana, da pessoa.

O COMA IRREVERSÍVEL

Com o progresso dos meios de diagnósticos, os médicos podem muitas vezes identificar, com certeza absoluta ou moral, o coma irreversível que prediz a morte sem retorno ao estado de consciência, mas que não indica quando terminará o processo da morte. A pessoa em coma irreversível deve ainda ser tratada como estando viva. E aqui surge a máxima dificuldade: pode-se ou não retirar dela órgãos para transplante enquanto o fato da morte não estiver definitivamente confirmado? A ciência médica tem a última palavra. O nosso critério pessoal e particular, que defendemos, fica assim: Se a manutenção artificial da vida tem possibilidade de êxito por largo tempo, mas não adianta nada para a recuperação do paciente, esta espécie de prolongamento do processo da morte não serve para ninguém. E a medicina não pode ser caritativa e salvar vidas com órgãos necrosados.

Somos conscientes de achar-nos frente a um desafio que envolve educação, religiosidade popular e afetividade familiar. Estamos diante a um câmbio de mentalidade muito profunda, mais do que simples câmbio de estruturas. São as idéias; é a mentalidade que está em jogo, diante do conceito de vida e de morte.

DECLARAÇÃO ADAPTADA PELOS CIENTISTAS

A convite da Pontifícia Academia das Ciências, um Grupo de trabalho reuniu-se nos dias 10, 19 e 21 de Outubro de 1985 para estudar o "prolongamento artificial da vida e a determinação exacta da morte".

Depois de ter constatado os recentes progressos das técnicas de reanimação e dos efeitos imediatos e a longo prazo dos danos cerebrais, o Grupo de Trabalho debateu os critérios objetivos da morte e das regras de conduta diante de um estado persistente de morte aparente. De um lado, as experiências efetuadas revelam que a resistência do cérebro à ausência de circulação cerebral pode permitir recuperações de igual modo consideradas impossíveis.

Doutro lado, verificou-se que, quando a totalidade do cérebro sofreu um dano irreversível (morte cerebral), toda a possibilidade de vida sensitiva e cognitiva é definitivamente anulada, enquanto uma breve sobrevivência vegetativa pode ser mantida pelo prolongamento artificial da respiração e da circulação.

1) Definição da morte:

Uma pessoa está morta quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e de coordenar as funções físicas e mentais do corpo.

A morte ocorre quando:

- A) As funções espontâneas cardíacas e respiratórias cessaram definitivamente ou
- B) Se verificou uma cessação irreversível de toda a função cerebral.

Do debate emergiu que a morte cerebral é o verdadeiro critério da morte, dado que a parada definitiva das funções cardio-respiratórias conduz rapidamente à morte cerebral.

O Grupo analisou em seguida os diversos métodos clínicos e instrumentais que permitem constatar esta parada irreversível das funções cerebrais. Para estar certo — mediante eletroencefalograma — que o cérebro tornou chato, isto é, que não apresenta mais atividade elétrica, é necessário que o exame seja efetuado ao menos duas vezes no espaço de seis horas.

2) Regras de comportamento médico:

Por tratamento o Grupo entende todas aquelas intervenções médicas disponíveis e apropriadas ao caso específico, qualquer que seja a complexidade das técnicas.

Se o paciente está em coma permanente, irreversível, por mais que se possa prevê-lo, não se exige um tratamento, mas devem ser-lhe ministrados os cuidados, incluindo-se a alimentação.

Se clinicamente ficou estabelecido que existe uma possibilidade de recuperação, requer-se o tratamento.

Se o tratamento não pode trazer benefício algum ao paciente, ele pode ser interrompido, continuando os cuidados.

Por cuidados, o Grupo entende a ajuda ordinária devida aos pacientes enfermos, bem como a compaixão e o apoio afetivo e espiritual devidos a todo o ser humano em perigo.

3) Prolongamento artificial das funções vegetativas:

Em caso de morte cerebral, a respiração artificial pode prolongar a função cardíaca por um tempo limitado. Esta sobrevivência induzida dos órgãos é indicada quando se prevê um prolongamento em vista de um transplante.

Esta eventualidade é possível só em caso de lesão cerebral total e irreversível ocorrida numa pessoa jovem, essencialmente depois de um trauma brutal.

Tomando em consideração os importantes progressos das técnicas cirúrgicas e dos meios para aumentar a tolerância aos enxertos, o Grupo considera que os transplantes de órgãos merecem o apoio da profissão médica, das legislações e da população em geral.

A doação de órgãos deve, em todas as circunstâncias, respeitar as últimas vontades do doador, ou o consenso da família, onde quer que ela se encontre.

DETERMINAÇÃO DA MORTE CLÍNICA

A **irreversibilidade** (morte cerebral) é o que caracteriza fundamentalmente a morte.

A confirmação da morte é um dado, uma tarefa que pertence à ciência. É competência do médico, e não da teologia, dar uma determinação clara e precisa da "morte" é do "momento da morte".

Até pouco tempo se considerava como o final da vida a última batida do coração: considerava-se que havia morte quando o coração cessava de pulsar.

A falha do coração perdeu o valor significativo da irreversibilidade que é a própria morte.

O sentido da possibilidade de reanimação cardíaca encontra-se fundamentalmente no fato de que a falha do coração perdeu seu caráter definitivo (de irreversibilidade) e, por conseguinte, sua importância como critério para julgar a aparição da morte.

Todos sabemos que em condições favoráveis o coração sobrevive à interrupção da irrigação sanguínea uma hora ou uma hora e meia; os rins, duas horas e meia; o fígado, de vinte a trinta minutos; os pulmões, de trinta a sessenta minutos; o cérebro, no máximo de oito a dez minutos.

Partindo desses dados, procura-se o momento da morte tomando como parâmetro não o coração, mas sim o cérebro.

Uma pessoa é considerada morta clinicamente quando nela se produziu uma degeneração irreversível na massa cerebral; quando tiver acontecido isso, o sujeito está totalmente irrecuperável para a vida.

Ao prevalecer como critério a perda da função do cérebro em lugar da do coração, existe atualmente unanimidade em determinar o momento da morte quando há lugar a morte orgânica do cérebro. A esse respeito, considera-se decisiva a comprovação indubitável da perda irreversível de todas as funções cerebrais antes que se possa certificar o falecimento no caso de morte cerebral.

Aceita, como teologicamente válida, a definição da morte do homem como a morte do cérebro, a mesma teologia propõe alguns critérios necessários a serem considerados. Estes critérios, que seguidamente enumeramos, foram apresentados em Londres, no ano de 1966, por um grupo de cirurgiões, juristas e teólogos. São os seguintes:

- 1) A dilatação completa da pupila sem nenhuma resposta reflexa à luz.
- 2) A ausência total da respiração espontânea depois que o respirador mecânico cessou cinco minutos.
- 3) A queda contínua da pressão sanguínea apesar das doses maciças de drogas vasopressoras.
- 4) Um traço EEG plano durante vários minutos.

A cessação total das pulsações do coração não foi considerada como evidência da morte.

Estas e outras formas de determinação do momento da morte manifestam a importância do cérebro como critério decisivo.

A teologia afirma: acontecida a morte irreversível do cérebro, o homem é considerado clinicamente morto.. Se se produziu a destruição ou a degeneração dos centros superiores, a reanimação não poderá conseguir devolver ao sujeito a vida cerebral.

Mediante ações reanimadoras podem ser reativadas certas funções do organismo, por meio do restabelecimento da circulação e da respiração. Pode-se então falar de uma vida "biológica" de um sujeito clinicamente morto.

Enquanto houver circulação e respiração forçada, o sujeito poderá parecer vivo biologicamente, mas de fato, não terá mais possibilidade de tornar a ser "homem" no pleno sentido. Será vida somente aparente e mecânica, que chegará a ser morte total apenas se interrompa o contato com os aparelhos de reanimação,

CONCLUSÃO

Ao defrontar um problema tão fundamental é necessário, primeiro, manter firme um ponto: todo homem tem direito a uma morte humana. A morte é o último acontecimento importante da vida, e ninguém pode-se privar dele.

A teologia concorda perfeitamente com a morte cerebral, porque na definição clínica desta está baseada a salvação de muitas outras vidas.

Não privar o moribundo de morrer enquanto "ação pessoal".

Libertar a morte do "ocultamento" a que está submetida na sociedade atual: a morte está encerrada atualmente na clandestinidade. Incentivando a possibilidade de fazer verdadeira caridade com a possível doação de órgãos.

E achamos seja aqui onde a teologia pode favorecer a vivência do mistério humano-religioso da morte; a assistência religiosa ganha em tais circunstâncias um relevo especial, em relação à fraternidade e solidariedade humana.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL - Artigo 153 - § 2

"Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da Lei."



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL Nº 019/84

DENUNCIANTE: CRM/PR
DENUNCIADO: Dr. N.M.
RELATOR: DR. CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA BOER
REVISOR: DR. JOSÉ FRANCISCO SCHIAVON
ACÓRDÃO: 004/87

VEICULAÇÃO DE PUBLICIDADE - PUBLICAÇÃO EM JORNAL - TERMOS INACEITÁVEIS - RETRATAÇÃO POSTERIOR - INSUFICIENTE PARA ELIDIR A RESPONSABILIDADE PERANTE O CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA.

EMENTA — A alegação de desconhecimento das normas que regem a publicidade médica, não é suficiente para isentar o médico que redige, e sob sua responsabilidade, pública matéria em desacordo com tais normas.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de processo ético profissional sob nº 019/84, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. N.M.,

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, na forma de votos dos Senhores Relator e Revisor, em acolher a imputação que foi feita ao denunciado, de infração aos artigos 8º, 33, 68 e 71 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, lhe aplicando a pena de "**Advertência Confidencial em Aviso Reservado**", prevista na alínea "a", do artigo 22 da Lei 3268/57, conforme ata nº 320 de 23 de março de 1987.

Curitiba, 23 de março de 1987

CONS. CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA BOER
Relator

CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
POLICLÍNICA PATO BRANCO

**ESTABELECIMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS
RELAÇÃO ENTRE HONORÁRIOS DE
CIRURGIÕES E ANESTESIOLOGISTAS
TABELA DA AMB**

PARECER I

O estabelecimento de honorários médicos vincula-se, particularmente à relação médico-paciente, desde que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente aquele que o presta e a quem é prestado. As variações cabíveis no estabelecimento dos honorários na clínica privada devem presumir:

- a) a importância do serviço prestado;
- b) a qualificação profissional do prestador e a sua diferenciação entre os seus pares;
- c) a qualificação sócio-econômica do assistido; e
- d) definições locais da classe médica quanto ao assunto.

Embora ausentes do atual Código de Deontologia, estas premissas já constituem definição desde o antigo código de Ética Médica que era pautado em preceitos internacionalmente estabelecidos.

Historicamente, a instituição da assistência médica cooperativa ou assistencial fez com que fossem impingidos à classe médica valores de remuneração pelos atos médicos pautados exclusivamente e de forma fictícia à importância do serviço prestado, nivelando todos os demais parâmetros. A A.M.B., no intuito de corrigir tais distorções, elaborou a sua própria tabela, para efeito de CONVÊNIO MÉDICOS, parametrizando-a em função da importância dos serviços, e fixando a categoria sócio-econômica em termos de pacientes optantes por acomodações coletivas, ressaltando, porém, variáveis em seus preâmbulos (págs. 17 e 18) como serviços noturnos, tipos de acomodações optadas pelo paciente e as características de regionalização.

A acomodação optada, desde que espontaneamente, caracteriza por si a qualificação sócio-econômica do paciente desde que o optante por acomodações hospitalares exclusivas caracteriza-se como social e economicamente diferenciado.

Ora, ao excluir, espontaneamente, a acomodação parametrizada pela tabela da A.M.B., o paciente se exclui também dos valores ali estipulados como base. Diante disso, volta a se estabelecer a relação médico-paciente direta, sem intermediações ou interferências. A moral social e a forma de relação fazem por entender que esta constitui um contrato formal de trabalho. Para evitar quaisquer formas de dissabores ou desentendimentos, deve o médico formalizar o contrato, previamente a prestação do serviço, deixando clara e inofismável a importância a ser paga pelos serviços prestados, na forma de um **termo de ajuste prévio**. Este será

o documento que dirimirá quaisquer dúvidas. Na sua falta, ambas as partes da relação de trabalho estabelecidas usarão de argumentos que dispuserem para defender seus interesses, tornando uma pugna desnecessária e deselegante. Na sua falta, o conselho nacional em termos de honorários médicos é a tabela da A.M.B. com todos os seus limites, ressalvado o conteúdo de seus preâmbulos.

Isto posto, aponta-se também como ilícito, em havendo o interesse de uma coletividade médica (dentro de uma unidade hospitalar em uma cidade ou na base territorial de um estado), que sejam definidos parâmetros regionalizados para o estabelecimento dos honorários daquela coletividade. Nada impede que o elemento base seja a própria tabela da A.M.B. e que múltiplos destas sejam estabelecidos para levar em conta as variações de qualificação sócio-econômica do paciente, qualificação dos profissionais, honorários especiais, etc. A bem da harmonia desta coletividade médica, a Comissão de Ética da Instituição em questão (ou a Assembléia do Corpo Clínico ou a Assembléia Regional de Médicos) pode definir os níveis de honorários dentro de uma conotação setorial.

Fora disso, a licitude estará pautada exclusivamente no bom senso do médico em seu relacionamento **direto** com o paciente, sem interferências.

Assim, em resposta específica aos quesitos de membros da Comissão de Ética da Policlínica Pato Branco, afirmamos:

a) O arbitramento de honorários é definido entre o médico e o seu paciente, independente da especialidade daquele, sem intermediações ou interferências, exceto quando houver deliberações da comissão de ética ou do Corpo Clínico, aceita pela coletividade ao qual o médico pertence, que estabeleça os critérios de honorários de maneira clara e indiscutível. Neste caso, o médico deve seguir o senso de sua coletividade.

b) - Se as normas internas do Corpo Clínico ou da Assembléia Regional dos médicos estabeleceu princípios para nortear cobrança de honorários, estes devem ser respeitados, caso contrário o arbitramento de honorários será de âmbito interno da relação médico-paciente, pautados na importância do serviço, na qualificação do profissional, na categoria sócio-econômica, etc.

c) - Já respondido.

Insisto, finalmente, que independentemente de relações diretas ou normatizações de honorários, o médico deve se precaver de discussões que envolvam argumentos de qualquer espécie, denegrindo a, já agredida categoria. A melhor precaução é o estabelecimento formal, através do termo de ajuste prévio, com o paciente ou seu responsável, o que será base, em qualquer nível de discussão, para o julgamento de direitos e deveres.

É o meu parecer.

Cons. Lauro Del Valle Pizarro

Novembro/86

PARECER II

O estabelecimento de honorários médicos vincula-se, particularmente à relação médico-paciente, desde que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente aquele que o presta e a quem é prestado. As variações cabíveis no estabelecimento dos honorários na clínica privada devem presumir:

a) a importância do serviço prestado;

b) a qualificação profissional do prestador e a sua diferenciação entre os seus pares;

c) a qualificação sócio-econômica do assistido; e

d) definições locais da classe médica quanto ao assunto.

Embora ausentes do atual Código de Deontologia, estas premissas já constituem definição desde o antigo código de Ética Médica que era pautado em preceitos internacionalmente estabelecidos.

Historicamente, a instituição da assistência médica cooperativa ou assistencial fez com que fossem impingidos à classe médica valores de remuneração pelos

atos médicos pautados exclusivamente e de forma fictícia à importância do serviço prestado, nivelando todos os demais parâmetros. A A.M.B., no intuito de corrigir tais distorções, elaborou a sua própria tabela, para efeito de CONVÊNIO MÉDICOS, parametrizando-a em função da importância dos serviços, e fixando a categoria sócio-econômica em termos de pacientes optantes por acomodações coletivas, ressalvando, porém, variáveis em seus preâmbulos (págs. 17 e 18) como serviços noturnos, tipos de acomodações optadas pelo paciente e as características de regionalização.

A acomodação optada, desde que espontaneamente, caracteriza por si a qualificação sócio-econômica do paciente desde que o optante por acomodações hospitalares exclusivas caracteriza-se como social e economicamente diferenciado.

Ora, ao excluir, espontaneamente, a acomodação parametrizada pela tabela da A.M.B., o paciente se exclui também dos valores ali estipulados como base. Diante disso, volta a se estabelecer a relação médico-paciente direta, sem intermediações ou interferências. A moral social e a forma de relação fazem por entender que esta constitui um contrato formal de trabalho. Para evitar quaisquer formas de dissabores ou desentendimentos, deve o médico formalizar o contrato, previamente a prestação do serviço, deixando clara e inofismável a importância a ser paga pelos serviços prestados, na forma de um **termo de ajuste prévio**. Este será o documento que dirimirá quaisquer dúvidas. Na sua falta, ambas as partes da relação de trabalho estabelecidas usarão de argumentos que dispuserem para defender seus interesses, tornando uma pugna desnecessária e deselegante. Na sua falta, o conselho nacional em termos de honorários médicos é a tabela da A.M.B. com todos os seus limites, ressalvado o conteúdo de seus preâmbulos.

Isto posto, aponta-se também como lícito, em havendo o interesse de uma coletividade médica (dentro de uma unidade hospitalar em uma cidade ou na base territorial de um estado), que sejam definidos parâmetros regionalizados para o estabelecimento dos honorários daquela coletividade. Nada impede que o elemento base seja a própria tabela da A.M.B. e que múltiplos destas sejam estabelecidos para levar em conta as variações de qualificação sócio-econômica do paciente, qualificação dos profissionais, honorários especiais, etc. A bem da harmonia desta coletividade médica, a Comissão de Ética da Instituição em questão (ou a Assembléia do Corpo Clínico ou a Assembléia Regional de Médicos) pode definir os níveis de honorários dentro de uma conotação setorial.

Fora disso, a licitude estará pautada exclusivamente no bom senso do médico em seu relacionamento **direto** com o paciente, sem interferências.

Assim, em resposta específica aos quesitos de membros da Comissão de Ética da Policlínica Pato Branco, afirmamos:

a) O arbitramento de honorários é definido entre o médico e o seu paciente, independente da especialidade daquele, sem intermediações ou interferências, exceto quando houver deliberações da comissão de ética ou do Corpo Clínico, aceita pela coletividade ao qual o médico pertence, que estabeleça os critérios de honorários de maneira clara e indiscutível. Neste caso, o médico deve seguir o senso de sua coletividade.

b) - Se as normas internas do Corpo Clínico ou da Assembléia Regional dos médicos estabeleceu princípios para nortear cobrança de honorários, estes devem ser respeitados, caso contrário o arbitramento de honorários será de âmbito interno da relação médico-paciente, pautados na importância do serviço, na qualificação do profissional, na categoria sócio-econômica, etc.

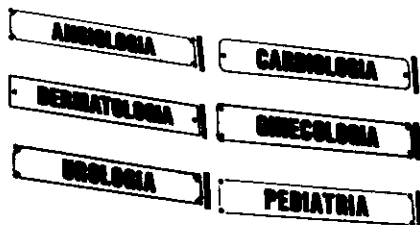
c) - Já respondi.

Insisto, finalmente, que independentemente de relações diretas ou normatizações de honorários, o médico deve se precaver de discussões que envolvam argumentos de qualquer espécie, denegrindo a, já agredida categoria. A melhor precaução é o estabelecimento forma, através do termo de ajuste prévio, com o paciente ou seu responsável, o que será base, em qualquer nível de discussão, para o julgamento de direitos e deveres.

É o meu parecer.

Cons. Antonio Leite Oliva Filho

Novembro/86



**LISTA COMPLEMENTAR
DOS ESPECIALISTAS REGISTRADOS NO CRM**

RESOLUÇÃO CFM Nº 1184/84

LEI Nº 3298/57

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

RESOLUÇÃO CFM Nº 1086/82

Art. 19 - 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. 20 - O requerimento pleando o Registro de Especialista Qualificado deverá ser dirigido ao Conselho Regional de Medicina pelo médico interessado.

CODIGO DE DEONTOLOGIA

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

DECRETO-LEI Nº 4113-82

Anunciar a especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha sido o assunto das sociedades médicas.

**ESPECIALISTA
FAÇA SEU REGISTRO NO CRM.**

Você quer se registrar como especialista ?

NOTICE:

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

DOCUMENTOS:

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

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

RESOLUÇÃO CFM N.º 1088/72

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

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

RESOLUÇÃO CFM N.º 1184/84

Código Brasileiro de Deontologia Médica

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

ANGIOLOGIA

Ayrton Inomoto
2239

ALERGIA E IMUNOLOGIA

Paulo Moreno Bergoc
2233

CARDIOLOGIA

Gastão Pereira da Cunha
2259

Heriberto Cano Arias
2261

Celso Ademis Kleis
2248

Lorena Adelaide
Guilhermina Lara
2193

Luiz Ernani Caffar Góis
2194

Maurício Mota de Aquino
2196

Santo Wilhelm Rocha
2208

Samuel Silva de Silva
2208

CIRURGIA GERAL

Maurício Mota de Aquino
2198

Luiz Alberto Gonçalves
2276

Antonio Katsumi Kay
2303

Mari Sugisama
2307

Antonio Carlos Rosa de
Sena
2170

João Macedo Penna Neto
2187

Wilson da Costa Funfas
2210

Antônio Carlos Ligecki
Campos
2212

Paulo Afonso Rossetti
Lange
2231

Heio José Rauen
2260

Roberto Pereira Durscki
2288

CIRURGIA VASCULAR

Ayrton Inomoto
2238

Fernando Franco Pedro
2295

Domingos de Moraes
Filho
2297

CIRURGIA CÁRDIO-VASCULAR

Maurício Mota de Aquino
2187

Paulo Henrique Melo de
Camargo
2200

CIRURGIA PEDIÁTRICA

Marco Aurélio Bisinelli
2309

DERMATOLOGIA

Lorivaldo Minelli
2296

Heio Celestino de Silva
2181

Roberto Schnitzler
2204

ENDOCRINOLOGIA

Sandra Hajak
2205

Francisco José Marquês
2257

FISIATRIA

Roberto de Oliveira Santos
2203

Antonio Alberto dos Santo
2308

GASTROENTEROLOGIA

Paulo Afonso Del Claro
2230

Eloá Marussi Moroletto
2253

Jorge Wilson Souza Albini
2314

Nádia Angelica Kairiyama
Namizaki
2315

GINECOLOGIA

Andre Lichacovski Filho
2240

Cibele Terezinha Barbosa
2244

Claudio José Busnardo
2246

Eulina de Oliveira Grotti
2254

Lenira Gaede
2272

Lidia Fabricio de Melo
2274

Marcelo Palma de Oliveira
2279

Vardicau Genaro
2291

Eduardo Ernesto Obrzut Filho
2300

Renato Cesar da Costa Negrão
2305

Carlos Alberto Weber Schiller
2312

Aiko Moriya Nishizima
2168

Karan Abou Saab
2188

Luiz Antonio Thereza
2190

Edison Ribas Cassou
2216

João Petry
2222

José Maud Guérios
2224

MEDICINA INTERNA

Aará Gonçalves Cordeiro
Junior
2243

Heriberto Cano Arias
2262

Johnny de Deus
2265

José Accioli Jobin Fossari
2267

José Claudio Carrete e Silva
2268

José Luiz de Andrade Neto
2269

João Carlos Folador
2304

Helio Afonso Ghizoni Teive
2180

José Fernando Carvalho Martins
2185

Carlos Alberto Beltrami
2214

Manoel Simão de Andrade
2227

Maurício Tissot do Amaral Camargo
2229

Itamar Carlos Gobbato
2183

Marília Barreto GameiroSilva
2299

MEDICINA DO TRABALHO

Antonio Carlos Monteiro Ribas
2242

Elizabeth Afonso Monastier
2252

Marlene Mylla
2282

Vardicau Genaro
2290

Carlos Magno Guimarães
2172

Edson Morel
2176

Helena Martins Alves
2179

Max Nelson Podleskis
2229

OBSTETRÍCIA

Renato Cesar da Costa Negrão
2306

Carlos Alberto Weber Schiller
2311

MEDICINA SANITÁRIA

Edimara Fair Seegmuller
2251

Carlos Cazar Ferreira
2215

Iara Rodrigues VieiraTuleski
2221

NEUROCIRURGIA

Arnaldo Dias dos Reis
2213

NEUROLOGIA

Délcio Caran Bertucci Filho
2175

Monica Konche Fiuzza Pardini
2199

OBSTETRÍCIA

André Lichavoski Filho
2241

Cibele Terezinha Barbosa
2245

Claudio José Busnardo
2247

Eulina de Oliveira Grotti
2259

Lenira Gaede
2273

Lidia Fabricio de Melo
2275

Marcelo Palma de Oliveira
2280

Nilson Pereira
2287

Vardicau Genaro
2292

Eduardo Ernesto Obrzut Filho
2301

Luiz Antonio Thereza
2191

Karan Abou Saab
2192

Edson Ribas Cassou
2217

João Petry
2223

José Maud Guérios
2225

Aiko Moriya Nishizima
2169

OFTALMOLOGIA

Neuza Yatiyo Honda
2285

Nilson Didoni
2226

Antonio Lúcio Duarte
2171

Klaus da Silva Lopes
2189

Samir Carlos Teixeira de Faria
2207

Renato Monteiro de Barros Formiga
2234

William Procópio dos Santos
2236

OTORRINOLARINGOLOGIA

Jorge Issamu Nogari
2266

Leão Mocelin
2271

Luiz Fernando Amarante
2277

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nelson Antonio Barufatti Filho
2284

Antonio Alberto dos Santos
2298

Emerson Grecca
2310

Celso Rodrigues Ribeiro
2174

Luiz Eduardo Munhoz da
Rocha
2226

PEDIATRIA

José Leon Zindeluk
2186

Adelson Heliodoro Cavassin
2237

Dalva Elide Carretero
2249

Sandra Lange Laponi Melek
2235

Edimara Fait Seegmuller
2250

Eva Maria Viktoria Kaiser

Fabiano Siqueira Cunha
2256

Gabriele Søder Fuchs
2258

Hilton Edson Vidotti
2263

João Roberto Forchetaso
2264

Kalhia Maria de Gouveira Ribas
2270

Vanderlei Antonio Galafassi
2209

Luiz Henrique Garbers
2278

Yoshiro Maeda
2211

Marlene Mylla
2283

Fernando Barreto
2219

Sebastião Brusamolim
2293

David Eduardo Assad
2294

Paulo Cesar Torre Faria
2232

Carlos Alberto Mindin
2316

Fernando Luiz Seugling
Rapineldo
2220

Carlos Sari
2173

Joaquim Faria de Macedo
2184

Marius Ronchi
2195

Renato Soares
2201

Renato Soares
2201

PSIQUIATRIA

Gilson Denis Volpe
2178

Helridio de Castro Velloso
Netto
2182

Elio Luiz Mauer
2218

REUMATOLOGIA

Marília Barreto G. Silva
2302

UROLOGIA

Thadeu Brenny Filho
2289

Mercio Antonio Gubert
2281

Sergio Luiz Posselt
2313

Edson Morel
2177

Renato Sonda
2202



NÃO TENHA DÚVIDAS. CONHEÇA O CAMINHO CERTO

Artigo 2º do Código Brasileiro de Deontologia Médica - "Desrespeitar a legislação vigente".

CRITÉRIOS PARA USO DE
DESCARTÁVEIS

PORTARIA Nº 04, de 07 de Fevereiro de 1986.

A Diretoria da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos — DIMEP, no uso de suas atribuições legais, considerando:

— que a reutilização de produtos médico-hospitalares descartáveis tem sido uma prática largamente encontrada nos serviços de saúde do país e do exterior, com implicações tanto de ordem técnica quanto de ordem ética, legal e econômica; que os procedimentos utilizados para reprocessamento de descartáveis não estão normalizados nem adequadamente avaliados quanto à sua segurança e, a par disso, apresentam riscos ocupacionais sérios; que em várias cidades do país, começam a ser criadas empresas independentes e setores hospitalares com o objetivo específico de vender ou prover serviços de reprocessamento de descartáveis, sem que os órgãos fiscalizadores contem com padrões técnicos e legais para balizarem sua ação; o relatório de conclusões e recomendações da reunião de peritos para normalização do uso e reutilização de materiais médico-hospitalares descartáveis no país especialmente convocada pelo Ministério da Saúde, e realizada em Brasília no período de 23 a 25 de outubro de 1985 (Ministério da Saúde. Reunião de peritos para normalização do uso e reutilização de materiais médico-hospitalares descartáveis no país. Centro de Documentação, 1985. 19p. (Série D: Reunião de Conferência, 4).

I — Para efeitos desta Portaria, são adotadas as seguintes definições: a) **Artigo médico-hospitalar de uso único** é o correlato que, após o uso, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais ou potenciais à saúde do usuário, não pode ser reutilizado. b) **Reprocessamento** é o processo a ser aplicado a artigos médico-hospitalares para permitir sua reutilização, que inclui limpeza, desinfecção, esterilização, preparo, embalagem, rotulagem e controle de qualidade. O conceito é também aplicável a artigos semi-críticos, prescindindo-se, nestes casos, de esterilização. c) **Reesterilização** é o processo de esterilização de artigos já esterilizados mas não utilizados, em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual não haja segurança quanto ao processo ou resultados da esterilização inicial. Entende-se por **riscos reais ou potenciais à saúde** do usuário aqueles que decorrem de: a) transmissão de agentes infecciosos; b) toxicidade decorrente de resíduos de produto ou substância empregados nos usos antecedentes ou no reprocessamento, e de alterações físico-químicas do material com que é fabricado o correlato, em decorrência ou dos usos prévios, ou do reprocessamento; c) alterações das características físicas, químicas e biológicas originais do produto, ou de sua funcionalidade em decorrência da fadiga, dos usos prévios ou de reprocessamento, com implicações para o uso seguro e satisfatório para o qual o produto foi fabricado.

RESOLVE:

II - Enquadrar na definição de artigo médico-hospitalar de uso único os seguintes correlatos: agulhas com componentes plásticos (inclusive cânulas para fístula); escalpes; bisturis descartáveis e lâminas; cateteres para punção venosa; equipos para administração de soluções endovenosas, sangue, plasma e nutrição parental; bolsas de sangue; seringas plásticas; sondas uretrais simples, de aspiração e gástricas; coletores de urina de drenagem aberta; dreno de Penrose e de Kehr; cateteres de diálise peritoneal.

III - Proibir que os artigos médico-hospitalares de uso único, relacionados no ítem anterior, sejam reprocessados em todo o território Nacional, em qualquer circunstâncias e em qualquer tipo de serviço de saúde, público ou privado.

IV - É obrigatório o registro na DIMED de todos os artigos médico-hospitalares de uso único.

V - Todo artigo médico-hospitalar de uso único deve conter em rótulo, além do disposto no Decreto n.º 79.094/77, em destaque, a expressão "ARTIGO MÉDICO-HOSPITALAR DE USO ÚNICO".

VI - Conceder prazo de 90 dias para que os fabricantes de produtos abrangidos por esta Portaria comprovem seu ajustamento e de seus produtos às exigências aqui expressas.

VII - A inobservância ao disposto nesta Portaria constitui infração à legislação sanitária federal tal como configurado no artigo 10, incisos I e IV, da Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977.

SUELY ROZENFELD

D.O.U. N.º 28 Seção I - pág. 2327 - 12/12/86

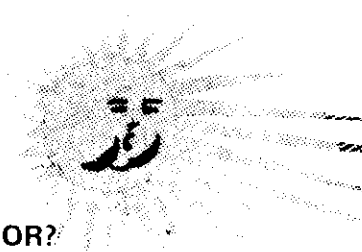
PESQUISA SOBRE O "CHIPANZHOMEM" GERA POLÊMICA

O "chimpanzhomem", a criatura que estaria sendo gerada em laboratórios, com a inseminação de sêmen humano numa chipanzé, é a manchete da seção de ciência. A revista informa que a maioria dos países europeus está criando comissões para estudar os limites éticos da pesquisa científica. Além da viabilidade ou não deste ser híbrido, começa-se a discutir se o "chimpanzhomem" teria alma.

Folha SP 7/6/87



CONSULTA FORMULADA PELA SOCIEDADE DE RADIOLOGIA DO PARANÁ



- * A QUEM PERTENCE OS EXAMES COMPLEMENTARES?
- * QUEM E QUANDO SE PODE DELES DISPOR?
- * QUAL O PAPEL DO HOSPITAL OU SERVIÇO QUE ATENDEU?

PARECER CRMPR-Nº 014/85

O Conselho Regional de Medicina do Paraná, apreciando consulta formulada através do ofício 08/85 de 16.01.85, elaborou Parecer em Sessão Plenária de 04.02.85, com o seguinte teor:

1) Todo e qualquer exame complementar pertence ao paciente e somente a ele;

2) Sempre que o paciente não levar consigo, estes documentos ficarão sob a guarda e responsabilidade do médico, hospital ou serviço médico que o atendeu, em colecionador adequado;

3) Estes poderão ser usados para fins científicos ou de ensino, bem como para verificação pelos administradores das instituições que administrem recursos de segurados ou hospitalares, dentro das normas do Código Brasileiro de Deontologia Médica;

4) No caso em foco, face à consulta específica da Sociedade de Radiologia do Paraná, tais documentos não devem ser entregues à destruição, nem a leigos, nem a terceiros, sem a autorização expressa dos reais proprietários, os pacientes, que por ele pagaram.

Parecer aprovado em
Sessão Plenária

CONS. RICARDO AKEL
1º Secretário

CONS. LUIZ RICARDO SOBANIA
Pres. em Exercício

Código Brasileiro de Deontologia Médica

Artigo 26 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa e seu bem-estar.



CÓDIGO DE CONDUTA PARA MÉDICOS DO TRABALHO

Aprovado no 3º Congresso de Associação Nacional de Medicina do Trabalho, realizado em Porto Alegre, em 1983.

São deveres do Médico do Trabalho:

1. Atuar visando, essencialmente, a promoção da saúde dos trabalhadores.
2. Buscar, com os meios de que dispõe, a melhor adaptação do trabalho ao homem e a eliminação ou controle dos riscos existentes no trabalho.
3. Exercer suas atividades com total independência profissional e moral, com relação ao empregador e ao empregado.
4. Conhecer os ambientes e as condições de trabalho, dos trabalhadores sob seus cuidados, para o adequado desempenho de suas funções nos exames ocupacionais e demais atribuições profissionais.
5. No exame pré-admissional, compatibilizar a aptidão do candidato, do ponto de vista médico, ao posto de trabalho.
6. Não marginalizar, nos exames pré-admissionais, portadores de afecções ou deficiências físicas, desde que as mesmas não sejam agravadas pela atividade laborativa e não exponham o trabalhador ou a comunidade a riscos.
7. Não considerar a gestação como fator de inaptidão ao trabalho, desde que não haja risco para a gestante e para o feto na atividade a ser desempenhada.
8. Ao constatar inaptidão por motivos médicos para determinado posto de trabalho, informar o interessado dos motivos.
9. Ao constatar enfermidade ou deficiência que incapacitem o empregado para funções que vinha exercendo, informá-lo e orientá-lo para mudança de função.

10. Informar empregados e empregadores sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como as medidas necessárias para o seu controle.
11. Não permitir que seus serviços sejam utilizados no sentido de propiciar direta ou indiretamente o desligamento do empregado.
12. Orientar o empregador e o empregado, no tocante à assistência médica, visando o melhor atendimento à população sob seus cuidados.
13. Manter sigilo das informações confidenciais da empresa, técnicas e administrativas, de que tiver conhecimento no exercício de suas funções, exceto nos casos em que este sigilo cause dano à saúde do trabalhador ou da comunidade.
14. Orientar e assessorar a empresa em que trabalha, no sentido de evitar prejuízos ao meio ambiente e à saúde da comunidade.

Este Código de Conduta, criado pelos princípios gerais estabelecidos pelo Código de Ética Médica, objetiva orientar a atuação dos Médicos do Trabalho dentro da especialidade do seu campo de ação profissional.

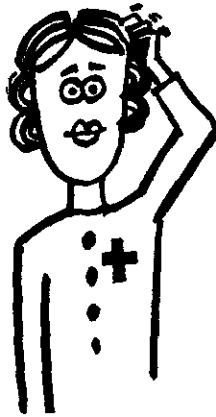
DIVULGAÇÃO DE NOTÍCIAS

Antes de fazer publicidade ou declarações à órgãos de divulgação, reveja as normas públicas nos "ARQUIVOS".

Artigo 68 - Fazer publicidade em desacordo com a legislação vigente e com as normas do Conselho Federal de Medicina.

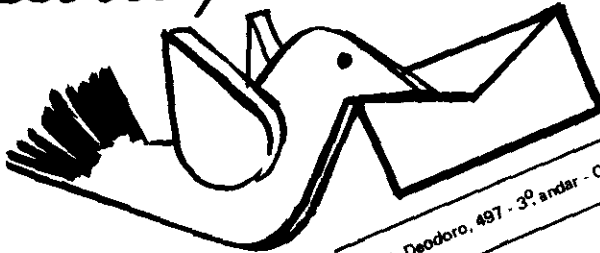


Flagrantes do Auditório em Paranaguá, que dentro do projeto de interiorização do CRM, conseguiu reunir a maioria dos médicos da região litorânea. Foi uma reunião excelente com grande presença e receptividade, onde inúmeras questões foram discutidas.



Tel.: (041) 223-1414

Correspondências



R. Mal. Deodoro, 497 - 3º andar - Cx. Postal 2208 - 80020 - Curitiba

ASSESSORIA JURÍDICA

Reiteramos a comunicação aos sr. médicos que o Conselho mantém, diariamente, das 17,00 às 19,00 hs., em sua sede, o seu Consultor Jurídico, Bel. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque para assessorá-los nos assuntos éticos. Estas orientações também podem versar assuntos relativos a Direito Civil, Penal, Trabalhista, etc...



Para sua facilidade
O Conselho não
fecha no almoço.



Consulta

Qual a legalidade da exigência de título de especialista em edital de concurso de especialidade?

PARECER DO CFM

A Administração Pública, ao estabelecer o seu quadro funcional, organizá-lo-á e estruturá-lo-á da melhor forma possível, sempre atendendo aos princípios gerais que regem o Direito Administrativo.

Organizado o quadro de funcionário, a Administração, na forma do estabelecido no artigo 97 da Constituição Federal, a fim de dar provimento aos cargos, promoverá concurso público com a publicação do edital estipulando os requisitos e condições gerais, bem como, a convocação dos interessados.

No referido edital, temos que é inteiramente possível que se faça constar requisitos e exigências, tais como, a apresentação de títulos relativos à natureza da atividade do cargo, segundo pondera o mestre Oswaldo Aranha Bandeira de Mello "in" Princípios Gerais do Direito Administrativo (Ed. Forense, Rio de Janeiro, 1969, vol. II, pág. 400).

Outrossim, convém ressaltar que com a exigência de apresentação do título de especialista pelo candidato ao cargo, não estará a Administração Pública ferindo o consignado no Decreto no. 72.493/73, posto que pode, segundo seus critérios de conve-

niência e visando atender melhor às suas necessidades e ao interesse público, formular outras exigências em carácter complementar, para ingresso no serviço público, exigindo dos candidatos conhecimentos específicos acerca de determinada matéria e, assim, qualificando-os subjetivamente.

Pelo exposto, nos casos em que se promova concurso público para provimento de cargos na área médica, é perfeitamente legal exigir-se a apresentação de título de especialista do candidato ao cargo.

Há que se ressaltar o seguinte aspecto: a comprovação da especialidade é dada pelo registro do título no Registro de Especialistas do Conselho Regional de Medicina, entidade competente para legalizar o mencionado título de especialista, na forma do disposto na Resolução CFM no. 1.086/82.

Portanto, sendo de competência exclusiva do Conselho Regional de Medicina, a legalização ou jurídicização do título de especialista, não pode o órgão ou entidade que pretende realizar o concurso público impor qualquer outra formalidade para a comprovação da especialidade, ou seja, de qualificação subjetiva do candidato.

É o nosso parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 27 de julho de 1985

Cecília S.Marcelino
Assessora Jurídica

Antonio Carlos Mendes
Assessor Jurídico

Observação da redação: Pareceres contrários tem sido dados por juizes.

Código Brasileiro de Deontologia Médica

Artigo 69 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidades nas quais não esteja inscrito no Registro de Qualificação de Especialista do Conselho Federal de Medicina.

SEMINÁRIO

A ÉTICA E A PESQUISA EM SERES HUMANOS

Considerando a importância de se estabelecer normas que venham a nortear, no Brasil, as pesquisas envolvendo seres humanos, a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde realizou o Seminário em epígrafe, cujas recomendações a Secretaria de Ciência e Tecnologia pretende implementar.

Atenciosamente
Secretaria de Ciência e Tecnologia

RESOLUÇÕES DO SEMINÁRIO

1. Promover e estimular a discussão dos aspectos éticos da pesquisa Biomédica em diferentes formas da Sociedade para os quais deverá ser remetido material que subsidie o debate.

2. Rever a Portaria da DIMED que regulamenta a experimentação clínica de medicamentos, particularmente no que diz respeito ao "consentimento com conhecimento de causa" a ser dado pelos que vão ser submetidos aos ensaios terapêuticos.

3. Estabelecer estreita colaboração MS/CFM com vistas ao reforço da proposta de criação de Comitês de Ética, nas unidades federadas, bem como a divulgação de denúncias e propostas através dos meios de divulgação do CFM.

4. Criação de Comitê Nacional de Ética, na Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde com participação de outros Ministérios e com representação da Sociedade Civil, com atribuições de:

- definir e acompanhar a implementação da Política a ser seguida no país no campo da Pesquisa envolvendo seres humanos.
- estratégias e instrumentos para efetiva viabilização dessa Política.

5. Manifestar estranheza à chamada da CMS a documentos de natureza pseudo-científica produzidos por Comitê de Peritos da Organização, como é o caso do referente ao implante subcutâneo de contraceptivo à base de hormônios de absorção lenta (norplant), tal como publicado no boletim da CMS 63(3): 485-494 (1985).

6. Promover a discussão e divulgação dos efeitos adversos de medicamentos que estão sendo utilizados em seres humanos sem a devida experimentação, como ficou evidente, no presente "Seminário", durante a apresentação de trabalhos sobre contraceptivos hormonais.

CONCLUSÃO

Para o efetivo cumprimento das resoluções do Seminário foi escolhido o Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Ciência e da Tecnologia para exercer papel de coordenação e articulação inter-institucional.

Desencadeado o processo de descrição do tema, e ressalvados e reforçados os contactos inter-institucionais necessários, oportunamente a Secretaria de Ciência e Tecnologia convocará reunião com vistas à operacionalizar as resoluções deste "Seminário" e os desdobramentos que a ele se seguirem.

05 de fevereiro de 1986

INSTRUÇÕES PARA PREPARAR O SUMÁRIO DO PROTOCOLO

Um sumário de cada um dos itens seguintes deve ser anexado a cada proposta de investigação antes que esta seja avaliada pelo Comitê de Voluntários Humanos. O sumário deve conter um máximo de três páginas. Se um determinado item não for relevante à pesquisa, descreva as razões pelas quais voce cre que o item não se aplica.

1. Faça um breve resumo dos propósitos do estudo, incluindo os métodos e materiais a serem empregados.

2. Descreva a população de referência do estudo e o que será requerido dos participantes. (Quando a população consistir de grupos especiais, tais como prisioneiros, crianças e pacientes psiquiátricos ou outros grupos cuja capacidade de fornecer informação voluntária com conhecimento de causa é questionável, faz-se necessário fornecer uma justificativa para o emprego desse tipo de população).

3. Informar se a investigação exige o uso de documentos/papeletas (incluindo papeletas hospitalares, atestado de óbito ou nascimento, etc.), órgãos, tecidos (histologia ou outros), líquidos orgânicos (sangue ou soro, por exemplo), feto ou aborto.

Se a informação identificando os pacientes for obtida de documentação (tal como os prontuários) indique o tipo de informação a ser obtida, o propósito para o qual os dados serão usados, durante quanto tempo a informação será conservada e como a informação será eliminada no futuro.

4. Descreva e avalie riscos potenciais - físicos, psicológicos, sociais e outros.

— e avalie a probabilidade e a seriedade de tais riscos.

a) Descreva os procedimentos para proteger indivíduos contra tais riscos (ou como os riscos serão minimizados) e avalie a eficácia de tais procedimentos.

b) Se os métodos a serem utilizados na investigação proposta criam riscos em potência, descreva outros métodos (se existentes) que forem considerados durante o desenho do protocolo e porque estes não serão usados.

5. Avalie os benefícios em potencial a serem obtidos pelo indivíduo participantes da pesquisa, assim como os benefícios a serem obtidos pela sociedade em geral, como resultado da pesquisa proposta. Indique porque você acredita que os benefícios serão maiores do que os riscos.

6. Descreva os procedimentos de "consentimento" a serem usados, indicando como e onde o "consentimento informado" (consentimento com conhecimento de causa) será obtido. Quando há riscos em potencial para o indivíduo ou quando a sua privacidade pode ser lesada, o investigador deverá obter um consentimento informado **assinado** pelo participante. No caso de crianças ou pacientes psiquiátricos, o consentimento informado assinado pode ser obtido do pai/mãe ou guardião legal do indivíduo. As informações sobre o estudo deverão ser claramente transmitidas às crianças participantes, a fim de que estas forneçam seu consentimento. **Anexe uma cópia da descrição do estudo a ser lida aos participantes e/ou do consentimento com conhecimento de causa.**

a) Se o consentimento com conhecimento de causa não for obtido, explique porque este requisito deve ser omitido e forneça uma descrição e justificativa para o procedimento a ser seguido.

b) Se a informação básica não for transmitida aos participantes, explique este tipo de ação.

c) Participantes deverão obter informação dos investigadores sobre a disponibilidade (ou não disponibilidade) de tratamento ou compensação monetária a ser fornecida como resultado de enfermidades ou lesões decorrentes da sua participação no estudo.

7. Descreva os instrumentos pelos quais será assegurado o carácter confidencial e/ou medidas para proteger o anonimato dos participantes. (Informe ao Comitê onde os dados serão mantidos e quais são os planos para destruir os dados identificando indivíduos, após o término do estudo).

8. Se o estudo incluir entrevistas, descreva onde e em que contexto a entrevista será realizada. (A duração aproximada da entrevista deverá ser mencionada no "consentimento informado" a ser lido pelo participante).

9. Se o questionário final não for anexado a esta, as seguintes informações deverão ser incluídas no Sumário da investigação:

a) Uma descrição das áreas a serem cobertas pelo questionário e que possam ser consideradas "delicadas" ou que venham a constituir uma invasão da privacidade do participante.

b) Exemplos de perguntas a serem endereçadas relacionados com os tópicos referidos.

c) Data em que o questionário será apresentado ao Comitê para avaliação.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Geral
Secretaria de Ciência e Tecnologia

Seminário: A ÉTICA E A PESQUISA BIOMÉDICA EM SERES HUMANOS

Proposta de Formulário Para o
Comitê de Pesquisa em Voluntários Humanos

Investigador principal: _____
Co-investigador: _____
Departamento: _____
Universidade e/ou instituição responsável: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Título do estudo: _____

O protocolo está sendo:
Avaliado pela primeira vez _____
Reavaliado _____

1. Natureza da população em estudo:

- a) Pacientes (enfermos)
Sim _____ Não _____
- b) Indivíduos saudáveis
Sim _____ Não _____
- c) Crianças
Sim _____ Não _____
- d) Estudantes
Sim _____ Não _____
- e) Prisioneiros
Sim _____ Não _____
- f) Doentes mentais (incluindo reatados mentais)
Sim _____ Não _____

2. Estudo incluirá os seguintes aspectos:

- a) Uso de papéletas médicas, certificados de óbito, certificados de nascimento, etc.
Sim _____ Não _____
- b) Uso de material radioativo
Sim _____ Não _____
- c) Uso de agentes infecciosos
Sim _____ Não _____
- d) Uso de tecido fetal ou aborto
Sim _____ Não _____
- e) Uso de órgãos ou fluidos corpóreos (soro, sangue, etc.)
Sim _____ Não _____

3. O estudo poderá levar às conseqüências assinaladas a seguir:

- a) Riscos físicos
Sim _____ Não _____
- b) Riscos sociais
Sim _____ Não _____
- c) Riscos psicológicos
Sim _____ Não _____
- d) Desconforto nos indivíduos estudados
Sim _____ Não _____
- e) Invasão da privacidade do indivíduo
Sim _____ Não _____
- f) Liberação de informações potencialmente nociva ao indivíduo ou a terceiros
Sim _____ Não _____

4. Os indivíduos incluídos na investigação serão claramente informados a respeito de
- Objetivos e natureza do estudo
Sim _____ Não _____
 - Métodos a serem usados, incluindo alternativas
Sim _____ Não _____
 - Riscos e reações colaterais
Sim _____ Não _____
 - Questões de natureza privada
Sim _____ Não _____
 - Possíveis benefícios
Sim _____ Não _____
 - Direito de recusar a participação no estudo ou interrompê-la a qualquer momento depois do estudo ter sido iniciado
Sim _____ Não _____
 - Tratamento confidencial dos dados
Sim _____ Não _____
 - Possível reembolso de despesas que os indivíduos possam vir a fazer, ligadas ao estudo (incluindo as despesas médicas e outras advindas de reações colaterais e/ou efeitos nocivos decorrentes do estudo).
Sim _____ Não _____
5. Haverá um "consentimento informado" oral ou escrito?
Especifique : Com assinatura _____ Oral _____
Se Sim,
- Dos indivíduos:
Sim _____ Não _____
 - Dos pais ou responsáveis legais (Se os indivíduos são crianças ou doentes mentais)
Sim _____ Não _____
6. Uma cópia do formulário para obter o consentimento será dado ao indivíduo ou ao seu responsável legal
Sim _____ Não _____
7. Serão tomadas precauções para proteger o caráter confidencial dos dados o anonimato dos participantes.
Sim _____ Não _____
8. O presente protocolo se inclui na categoria de isento de revisão ética.
Sim _____ Não _____
Se "sim" responda aos seguintes itens a fim de evidenciar as razões pelas quais o estudo proposto estaria "isento" de revisão ética:
- _____ A pesquisa envolve apenas entrevistas ou procedimentos com base em questionários e os fatores seguintes não estarão todos presentes:
_____ Os indivíduos só poderão ser identificados direta ou indiretamente através de códigos conectados com o indivíduo;
_____ O indivíduo estará correndo algum risco;
_____ A pesquisa lida com aspectos delicados ligados ao comportamento do indivíduo;
 - _____ A pesquisa inclui somente revisão de dados existentes (papeletas ou outros documentos ou espécimens patológicos ou diagnósticos); adicionalmente, as fontes de informação são disponíveis ao público em geral (ex: atestados de óbito) ou a informação está arquivada de tal maneira que é impossível identificar o indivíduo direta ou indiretamente.

- c) _____ A pesquisa inclui somente observação de comportamento público e os seguintes fatores não estarão todos presentes:
_____ Os indivíduos não podem ser identificados direta ou indiretamente através de códigos conectados com o indivíduo;
_____ O indivíduo estará correndo algum risco;
_____ A pesquisa lida com aspectos delicados ligados ao comportamento do indivíduo.
9. Verificar a existência dos seguintes documentos que devem ter sido anotados para avaliação crítica do Comitê de Voluntários Humanos:
_____ Sumário do protocolo.
_____ Descrição do protocolo a ser lida ou dada ao indivíduo participante de estudo.
_____ Formulário para "consentimento informado" a ser assinado pelo indivíduo.
_____ Formulário para que o pai/mãe ou tutor consinta que a criança participe do estudo.
_____ Descrição dos procedimentos a serem adotados para manter o caráter confidencial.
_____ Aprovação do estudo pela instituição (instituições) financiadora da pesquisa.

Nós assumimos responsabilidade pelas respostas aos itens acima e concordamos em tentar obter a aprovação do Comitê de Voluntários Humanos antes de fazer quaisquer modificações no protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos.

Coordenador do Projeto

Chefe do Departamento

Data

**COMISSÃO ESPECIAL PARA O ESTUDO E REGULAMENTAÇÃO DA
PESQUISA BIOMÉDICA EM SERES HUMANOS NO BRASIL**

SUGESTÕES E MEDIDAS DE IMPLEMENTAÇÃO

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

1. Divulgação ampla da Declaração de Helsinque para médicos e estudantes de medicina, em particular os do último ano.
2. Estimular a realização de Seminários sobre a **Ética da experimentação em seres humanos** em instituições onde se realize a pesquisa biomédica. Para isso, sugere-se a interação dos Ministérios da Saúde, da Previdência e da Educação, e do Conselho Federal de Medicina.
3. Determinar ou sugerir a criação de Comissão Institucional de Revisão de trabalhos de pesquisa (Comissão de Ética Médica ou de Avaliação Ético-Científica), em instituições onde se realize pesquisa biomédica para exercerem as seguintes funções:
 - a) assegurar que estão sendo respeitados e postos em prática, os princípios da ética médica;

b) certificar-se que as intervenções propostas, e/ou a ministração de drogas em experimentação, sejam suficientemente seguras para a aplicação em seres humanos.

A composição destas Comissões pode ser variável de local a local, mas deve incluir pessoas que possuam competência técnica, para melhor avaliar implicações éticas, e as consequências físicas e psicológicas da investigação, bem como, ter a participação de leigos, que representam a opinião da comunidade.

4. Além destas comissões descentralizadas, o Ministério da Saúde deve sugerir a instalação de uma Comissão de Revisão na Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, para a apreciação de projetos envolvendo medicamentos não registrados no país. Nestes casos, os projetos devem, obrigatoriamente, ser inscritos previamente e ficarão sujeitos à apreciação e acompanhamento por este órgão governamental.
5. Solicitar ao CNPq, FINEP e outras agências financiadoras de projetos de experimentação biomédica envolvendo seres humanos, para que só considerem pedidos de ajuda que tenham sido, nos seus locais de origem, apreciados por Comissão Institucional de Revisão de Pesquisa.
6. Comunicar-se com os Responsáveis por Revistas Científicas na área biomédica para que incluam, como exigência para publicação, ter sido feita revisão de aspectos éticos do trabalho proposto na Comissão de Revisão da instituição de origem, antes de sua realização. Este fato deve ser registrado no trabalho.
7. Deve haver plena interação do Ministério da Saúde com o Conselho Federal de Medicina, e das Secretarias de Saúde com os Conselhos Regionais de Medicina, para consulta e orientação nos casos de dúvida quanto a aspectos éticos de projetos de investigação.
8. Finalmente, sugere-se que o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação, procure estimular uma revisão curricular ampla e imediata no que tange ao ensino da Ética Médica (5). Este ensino deverá ser mais integrado ao currículo de medicina, desde a fase pré-clínica à fase clínica do ensino graduado, e estender-se ao período pós-graduado.

NOTA: Para informações complementares do assunto vide "Arquivos nº 8, nº 9, nº 10, nº 11 e nº 13.

DOCENTES

"Quando docentes, em vez de levarem seus estudantes com mão segura ao caminho certo, se sentem atemorizados diante deles e se admiram com o desprezo que os alunos lhes devotam; quando os inexperientes ousam nivelar-se aos mais velhos e experientes, enfrentando-os com palavras e ações, enquanto os velhos se misturam à juventude no intuito de obter agrado fácil, ignorando ou mesmo participando dos seus delitos na intenção de assim parecerem nem caducos e nem autoritários; quando a juventude, desviada da rota apropriada, se sente reprimida, revoltando-se contra as obrigações mais mezinhas, já que ninguém lhe ensinou obedecer àqueles ditames sem os quais não há convivência social, impõe-se o máximo cuidado: a tirania bate às portas."

(Politéia, Platão, cerca de 400 anos a.C.)

RESTRICÇÕES AO ABORTO DIMINUEM

NOVA IORQUE — Em todo o mundo são realizados anualmente 33 milhões de abortos legais, estimando-se que esse total chegue a praticamente o dobro, se forem considerados os que não são realizados legalmente, segundo Stanley Henshaw, subdiretor de informações do Instituto Allan Gutmacher, uma entidade com sede em Nova Iorque e dedicada a estudos sobre problemas demográficos.

Em estudo intitulado "perspectiva mundial do aborto induzido", a instituição ressalta que para os pesquisadores preocupados com a saúde da mulher a informação correta sobre os abortos é indispensável em seus esforços para desenvolver medidas para tratar as consequências dos abortos ilegais e, também ajudar a reduzir sua incidência. Um dos objetivos do estudo é fornecer a governantes e legisladores informações que permitam o desenvolvimento de políticas sanitárias e demográficas adequadas.

Segundo o estudo, 76 por cento da população mundial vive em lugares onde o aborto induzido é legal. O aborto foi legalizado em quase todos os países desenvolvidos e em vários países em vias de desenvolvimento, como a China, Cuba, Índia, Singapura, Tunísia e Vietnã.

Embora os países em desenvolvimento, em sua maior parte, proibam o aborto, 67 por cento de seus habitantes vivem em nações onde essa prática é autorizada por razões de saúde. Os restantes 33 por cento, que representam mais de um bilhão de pessoas, vive na África, América Latina e Nações Islâmicas mais ortodoxas onde o aborto é ilegal. Segundo ainda o estudo, há uma tendência mundial a modificar as leis sobre o aborto e a legislação restritiva já foi mudada nos últimos quatro anos em pelo menos cinco países: Espanha, Portugal, Grécia, Turquia e Formosa. Além disso, vários países atenuaram as restrições em suas leis sobre o aborto, como ocorreu em Barbados, Belice, Bermuda e Montserrat. O instituto comentou que há muitos países que mantêm leis que proibem o aborto, mas as autoridades não as aplicam com rigor, sendo este por exemplo, o caso da Bélgica, onde existe uma rede de clínicas que realizam o aborto abertamente, apesar da proibição legal.

(Transcrito da "Gazeta do Povo" de 03.05.87)

MUDOU DE ENDEREÇO?



PARA USO DO CORREIO:

Mudou-se
Desconhecido
Recusado
Falecido
Ausente
Não Procurado
Endereço Insuficiente
Informação inscrita pelo
porteiro ou síndico

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: <input type="checkbox"/>	Residência: <input type="checkbox"/>
	Rua: _____	
	Nº: _____ Andar/Sala/Apto. _____	
	Bairro: _____ Fone: _____	
	CIDADE: _____	
	CEP: _____ ESTADO: _____	

Formado na Universidade de _____ Ano _____

Especialidade que pratica _____

Tem Título de Especialista? _____

Qual Sociedade? _____

O Título já foi registrado no Conselho? _____

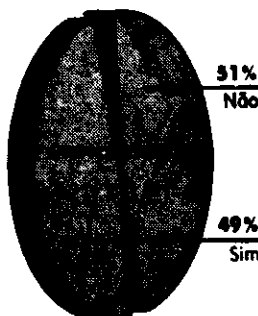
NOVO!

Data: _____

EUTANÁSIA

O que pensa o povo?

TOTAL

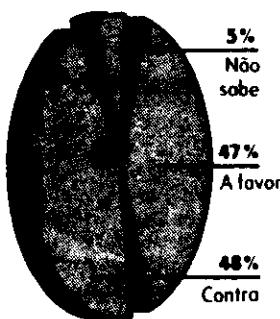


O (A) sr.(a) sabe o que é eutanásia?

	Sexo		Idade			Escolaridade		
	M	F	De 18 a 24 anos	De 25 a 39 anos	De 40 anos ou +	Até 1º grau	Até 2º grau	Superior
Sim %	47	51	34	49	56	33	57	86
Não %	53	49	66	51	44	67	43	14
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100
Nº de entrevistas	(507)	(493)	(200)	(401)	(399)	(555)	(272)	(165)

A eutanásia é um ato médico que antecipa a morte iminente e inevitável de uma pessoa para abreviar seu sofrimento.

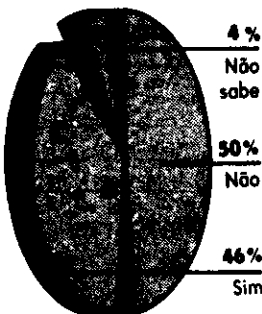
TOTAL



O (a) sr.(a) é a favor ou contra a prática da eutanásia?

	Sexo		Religião				
	M	F	Católica	Espírita/ Umbanda	Protestante	Outras	Não tem religião
A favor %	50	43	46	47	47	33	58
Contra %	45	52	49	49	49	67	34
Não sabe %	5	5	5	4	4		8
Total %	100	100	100	100	100	100	100
Nº Entrevistas	(507)	(493)	(781)	(49)	(51)	(30)	(89)

TOTAL



O (A) sr.(a) permitiria que se praticasse a eutanásia com um parente próximo seu?

	Sexo		Religião				
	M	F	Católica	Espírita/ Umbanda	Protestante	Outras	Não tem religião
Sim %	50	43	45	49	43	30	63
Não %	47	54	51	49	57	67	34
Não sabe %	3	3	4	2	—	3	3
Total %	100	100	100	100	100	100	100
Nº de entrevistas	(507)	(493)	(781)	(49)	(51)	(30)	(89)

QUESTÃO DIVIDE A OPINIÃO DOS PAULISTANOS

A questão divide a opinião dos paulistanos. Pesquisa realizada pelo DataFolha no último dia 3 entre mil paulistanos maiores de 18 anos, estratificados por zonas geográficas, nível sócio-econômico da região, sexo e idade, constatou que 48% deles são contrários à eutanásia e 47% a favor (5% não souberam se posicionar). A prática da eutanásia não encontrou apoio da maior parte dos 781 católicos entrevistados (49% deles são contra), mas a taxa de católicos favoráveis é bastante expressiva (46%). Apenas entre os que se declararam sem religião é que a taxa a favor é majoritária (58% contra 34%).

A pesquisa mostra ainda que, quando se coloca a prática da eutanásia em um parente próximo, a posição dos entrevistados altera-se pouco: 46% são a favor e 50% contra. As opiniões dos 51 protestantes ouvidos foram, entre as religiões, as que mais se modificaram com esse dado novo. Enquanto a diferença entre os favoráveis (47%) e contrários (49%) à eutanásia de um modo geral é pequena, em relação à sua prática em familiares a taxa dos contrários sobe para 57%.

A primeira pergunta da pesquisa atual era se o entrevistado sabia o que é eutanásia. A maior parte das pessoas ouvidas (51%) respondeu que não. Dos 49% que afirmaram saber o significado da eutanásia, as taxas mais elevadas ficaram entre as mulheres (51%), os mais velhos (56%) e os de escolaridade superior (86%).

EM 1984, FAVORÁVEIS ERAM A MAIOR PARTE

No dia 24 de setembro de 1984, a Folha publicava pesquisa semelhante, onde a maioria dos também mil entrevistados era favorável à eutanásia (52% contra 38,7%). No entanto, não se pode dizer que a população paulistana tenha se tornado mais conservadora em relação ao assunto, pois a faixa etária pesquisada na época (maiores de 14 anos) difere da ouvida agora (maiores de 18 anos). E os jovens, de 14 a 19 anos, foram os que mais se manifestaram a favor da eutanásia (56,9%). Quando se colocou a aprovação da eutanásia para um parente, a proporção dos favoráveis caiu para 47,1% e a dos contrários subiu para 42,9%.

A pesquisa é uma realização da DataFolha, sob direção do sociólogo Antonio Manuel Teixeira Mendes. A formulação dos temas e a interpretação dos resultados são de responsabilidade da Redação. (Folha de 5/4/87).

Quem faz cria problemas para quem nada faz *e voce?*

Código de ética de administração hospitalar

Colégio Brasileiro de Administradores de Saúde

1970

1

A pessoa que pretende administrar um hospital deverá ter plena consciência de estar perante uma empresa complexa, coordenando atividades multiprofissionais, em função da pessoa humana enferma.

2

O Administrador Hospitalar deverá estar ciente de que o bom desempenho de sua função requer formação especializada e aprimorada.

3

O Administrador Hospitalar deverá ter formação cultural e humanística que lhe permita acompanhar o progresso da administração hospitalar, a tempo, ciência, técnica e arte, devendo tomar parte ativa em estudos, organizações e promoções específicas.

4

O Administrador Hospitalar deverá ter personalidade capaz de conduzir a empresa hospitalar com serenidade e segurança nas circunstâncias mais delicadas que possam surgir.

5

O Administrador Hospitalar não se deixará guiar por sentimentos ou vantagens pessoais ao tomar decisões.

6

O Administrador Hospitalar considerará o cargo que ocupa primordialmente como um compromisso de serviço ao paciente, aos funcionários e à comunidade.

7

O Administrador Hospitalar terá sempre presente que uma boa administração poderá salvar vidas e prolongar existências.

8

O Administrador Hospitalar proverá o hospital de todos os recursos materiais e humanos, para que o mesmo atinja seus objetivos de prevenir a doença e promover a saúde.

9

O Administrador Hospitalar exigirá uma documentação completa e ordenada de todas as atividades desenvolvidas, possibilitando o estudo, a defesa do hospital, do paciente e de quantos nele trabalham.

10

O Administrador Hospitalar zelará pela preservação do sigilo profissional em todas as circunstâncias.

11

O Administrador Hospitalar pautará sua administração pelo princípio de que a pessoa humana é o fundamento, o sujeito e o fim de toda instituição social, e, quando enferma, o centro e a razão de ser de toda atividade sanitária e hospitalar.

12

O Administrador Hospitalar possibilitará ao paciente usufruir de todos os direitos fundamentais da pessoa humana, sejam materiais, sociais ou espirituais.

13

O Administrador Hospitalar não permitirá a transgressão dos princípios legais, éticos ou morais, exigindo de cada profissional o cumprimento do código de ética da sua profissão.

14

O Administrador Hospitalar promoverá o bom relacionamento entre os empregados de todas as especialidades e categorias, destacando a importância das respectivas atividades.

15

O Administrador Hospitalar estimulará o aprimoramento humano, cultural técnico dos que trabalham no hospital.

16

O Administrador Hospitalar promoverá o ensino e a pesquisa em todas as áreas da atividade hospitalar, através da educação em serviço, palestras, cursos e demais formas de aprendizagem.

17

O Administrador Hospitalar manterá todos os serviços organizados de forma a podermos receber estagiários.

18

O Administrador Hospitalar providenciará um corpo clínico organizado, concedendo-lhe recursos necessários ao desempenho eficiente de suas funções.

19

O Administrador Hospitalar empenhará esforços para tornar o hospital um verdadeiro centro de saúde da comunidade, integrando-o aos demais recursos existentes.

20

O Administrador Hospitalar manterá a comunidade bem informada sobre os recursos e limitações do hospital, a fim de promover o bom nome do mesmo perante o público.

Nós informamos - o resto... é com você.

AMPLIAÇÃO DA ATUAÇÃO DOS CONSELHOS - ÉTICA, FISCALIZADORA, CIENTIFICO-CULTURAL E POLÍTICO-SOCIAL

Crescencio Antunes da Silveira Neto *

O Papel Político-Social dos Conselhos de Profissionais de Saúde

A Conceituação do papel político-social dos Conselhos de Profissionais de Saúde e, conseqüentemente, as suas ações sob este ponto de vista nos parecem a problemática mais relevante a ser analisada, visto que, da sua perfeita compreensão e do seu equacionamento, advirá o entendimento necessário para as questões da fiscalização, da Ética e da questão científico-cultural, propostas como subtemas do assunto tratado aqui.

Ao nosso ver, os Conselhos de Profissionais de Saúde devem ser entidades da sociedade civil, dotadas de autonomia administrativa e financeira, eleitos democraticamente e, ao contrário do que tem sido até então, desvinculados da tutela do poder público, a exemplo do que ocorre com a Ordem dos Advogados do Brasil que, por isso mesmo, constitui-se em respeitável fórum de resistência democrática — ao lado de outras instituições investidas da mesma independência — em todos esses anos de autoritarismo que castraram a inteligência e o progresso da nação brasileira.

Esses Conselhos devem ter o objetivo primordial de zelar pela qualidade dos serviços de saúde que são prestados à população.

Dentro dessa visão, os Conselhos de Profissionais de Saúde, devem ser, essencialmente, instrumentos de defesa dos interesses da sociedade, em prevalência ao papel que eventualmente desempenhem na defesa dos interesses corporativos das profissões que representam.

A saúde precisa ser definitivamente encarada com a seriedade que não tem recebido ao longo desses vinte anos de regime autoritário.

O sistema de saúde no Brasil, caudatário do poder político centralizador, sofreu graves distorções. As mediações e intermediações no tráfico da Medicina alijaram os Profissionais de Saúde das determinações da sua prática profissional, desfigurando-os como pessoas ligadas às ciências de caráter eminentemente humanístico, com sérios prejuízos ao exercício ético profissional de suas tarefas. Resgatar a compreensão de que devemos realizar essas tarefas com plena consciência das nossas responsabilidades para com os pacientes e a sociedade constitui desafio — que urgentemente necessitamos enfrentar — às legítimas intenções de construção de uma sociedade justa.

A saúde em si não é um problema médico. Depende essencialmente das condições de vida que se oferece aos cidadãos.

Trabalho apresentado no II Encontro Nacional dos Conselhos de Profissionais de Saúde em Fortaleza, em 31/05/85

* Presidente do CREMERJ

Está intimamente ligada à alimentação, ao saneamento, a educação as condições de habitação, enfim, às condições sócio-econômicas vigentes em uma nação. São essas condições que determinam, primordialmente, o estado de saúde da população.

Os desvios de saúde, a doença existente em qualquer sociedade, mesmo as mais desenvolvidas do nosso planeta, são reais e constituem relevantes problemas que afligem os cidadãos e dificultam o desenvolvimento dos povos. Cabe portanto ao Estado — caso este esteja realmente comprometido com o progresso do seu povo oferecer os serviços essenciais de prevenção e assistência-médica que a população necessita.

Não há nação desenvolvida no mundo que não tenha priorizado a questão da saúde como condição fundamental para o seu próprio desenvolvimento.

Resulta do que acabamos de expor a nossa convicção da necessidade de independência que os Conselhos de Profissionais de Saúde devem ter em relação ao poder público, pois a ele cabe promover os meios necessários para que se possa oferecer à população o acesso universal aos serviços de saúde. Aos Conselhos caberá fiscalizar a qualidade dos serviços prestados e cobrar das autoridades constituídas a melhoria desses serviços, sempre que verificada a deterioração da sua qualidade.

Em função dessas premissas, não podem os Conselhos estar sujeitos a pressões ou intervenções do poder público estatal pois, sempre que este se afastar dos seus deveres básicos para com a sociedade, esta precisará dispor de instrumentos outros de defesa dos seus legítimos interesses.

Reforça esse ponto de vista a necessária organização interinstitucional dos Conselhos de Profissionais de Saúde.

As ações de Saúde hoje se dão, fundamentalmente, pela atuação integrada das diversas categorias profissionais que trabalham no setor.

Estamos aqui, em Fortaleza, realizando o II Encontro Nacional dos Conselhos de Profissionais de Saúde, o que não se dá por acaso. Ele decorre de uma necessidade sentida, em razão do que acabamos de dizer. Portanto, elaborar as bases para a constituição de uma "Ordem dos Conselhos de Profissionais de Saúde" deve ser tarefa que esse encontro precisa considerar como proposição de seu desdobramento.

Impõe-se, neste momento, aprofundar o debate em torno dessas duas questões fundamentais à ampliação da nossa atuação no sentido político-social: conquistar a independência da tutela estatal e estabelecer a organização interinstitucional dos Conselhos de Profissionais de Saúde.

Vivemos um momento político extremamente oportuno à consecução desses objetivos. A sociedade brasileira mobiliza-se em torno da Assembléia Nacional Constituinte, livre, soberana e democrática. Cabe-nos, pois, mobilizar os nossos esforços para incluir no novo texto constitucional essas nossas legítimas aspirações.

Contudo, é necessário ressaltar que a visão aqui por nós definida insere-se no contexto político que ora vivemos, ou seja: a transição para a democracia. Mas, desde logo, é preciso considerar a aspiração da sociedade brasileira de construir neste país uma verdadeira democracia participativa. Nesse sentido, e na medida em que a população avance no caminho da sua organização, haveremos de repensar a estrutura organizacional dos Conselhos de Profissionais de Saúde, abrindo espaço para a representação popular que, por legítima, acabará sendo exigida pela própria população organizada.

Será um lamentável equívoco interpretar essas considerações como propostas demasiadamente avançadas. Há uma semana realizou-se aqui, em Fortaleza, um outro encontro de Profissionais de Saúde, aberto à participação popular. O depoimento que ouvimos do Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Medicina do Estado do Ceará, Dr. Ivan de Araújo Moura Fê, deu-nos conta do relatório dramático feito por um humilde cidadão, representante das comunidades carentes, que usando linguagem simples de homem

inculto, conhecia melhor do que nós as verdadeiras necessidades de saúde da sua gente.

A FISCALIZAÇÃO E A ÉTICA

A Lei no. 3.268/57 e o Decreto-Lei que a regulamenta conferiram aos Conselhos de Medicina a tarefa de zelar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da profissão e pelo bom conceito dos que a exercem com dignidade.

Do mesmo modo, criou critérios de representação proporcional, estabelecendo a representação máxima de vinte e um Conselheiros nos Estados que possuíssem mais de 300 médicos em atividade.

Nascida no governo democrático de Juscelino Kubtschek, a Lei nos atribui a dignificante missão de fiscalizar o exercício profissional no sentido de zelar pelos compromissos da Medicina mas, rapidamente, desatualizou-se pelas profundas transformações e pelo vertiginoso crescimento e universificação da prática médica.

Hoje no Rio de Janeiro, existem cerca de 35 mil médicos em atividade, milhares de estabelecimentos de saúde, e nos deparamos com o complexo problema da mercantilização da Medicina, mediada pelos poderosos atravessadores da saúde, os chamados Seguro-Saúde Privado e a Medicina de Grupo.

Foi a partir da percepção dessa realidade que o CREMERJ, como órgão supervisor do exercício ético-profissional, fez a opção pelas Comissões de Ética nas instituições onde se exerça a Medicina. Acreditamos que a mesma experiência deva ser percorrida pelos Conselhos dos demais Profissionais de Saúde. Para nós, é a partir da relação médico/paciente, e das condições em que se realiza o ato médico, que poderemos, todos juntos, melhorar a qualidade da atenção que prestamos à comunidade, restaurar a soberania dos nossos atos, libertar o Profissional de Saúde da alienação em que se encontra e assumir o compromisso da saúde com a sociedade.

A vivência da dinâmica da instituição propiciará que cada profissional de saúde, em particular, e a comunidade de saúde local, articulados como um todo às suas respectivas Comissões de Ética, tenham voz não apenas através de seus Conselheiros, mas se expressem em coral uníssono.

A unidade dos profissionais de saúde é uma necessidade, não obstante as diferenças e as posições que cada um possa ocupar no sistema de saúde.

É essa unidade que, sem radicalismos ou discriminações, irá combater a deterioração das condições do exercício das nossas profissões.

A supervisão do exercício ético tem que partir da base, isto é, de onde se realiza o ato profissional.

Se não atingirmos esse objetivo, assistiremos atônitos o desmoronar da nossa função institucional.

Resta-nos algumas palavras sobre a questão científico-cultural. Não sendo um problema específico dos Conselhos, mas de toda a comunidade preocupada com a qualidade da formação científica e com a elevação do nível cultural dos profissionais de Saúde, haveremos de nos inserir nesse contexto, pelo estreitamento das nossas relações com as instituições de ensino e de aprimoramento cultural a nível de graduação e pós-graduação.



(Assembléia das Nações Unidas,
20 de dezembro de 1971)

A Declaração de Direitos da Pessoa Mentalmente Deficiente, proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 20 de dezembro de 1971, foi um grande passo para os deficientes mentais do mundo inteiro. Um dos documentos mais importantes em que a Declaração se baseou foi a Declaração de Direitos Gerais e Especiais dos Deficientes Mentais, redigida e aprovada pela Liga Internacional de Associações Pró-Deficientes Mentais, hoje Liga Internacional de Associações em prol de pessoas portadoras de deficiência mental. Trata-se de organização não-governamental com sede em Bruxelas, fundada em 1960 com o fim de zelar pelos interesses dessas pessoas. Seus membros pertencem a mais de 60 países. Uma pesquisa feita em 1974-5 em colaboração com a Liga, concluiu que até então nenhum país havia posto em prática a totalidade dos direitos estabelecidos na Declaração da ONU. A Liga criou então um grupo para preparar os materiais que ajudariam as associações filiadas a empreenderem em seus países as atividades necessárias ao cumprimento desses direitos, sendo a primeira a realização de um estudo minucioso do grau de aplicação prática dos direitos.

(O Correio da Unesco ano 9, nº 8, 1981)

ARTIGO**1**

* A pessoa mentalmente deficiente deve gozar, no máximo grau possível, os mesmos direitos dos demais seres humanos.

ARTIGO**2**

* A pessoa mentalmente deficiente tem direito à atenção médica e ao tratamento físico exigidos pelo seu caso, como também à educação, à capacidade profissional, à reabilitação e à orientação que lhes permitam desenvolver ao máximo suas aptidões e possibilidades.

ARTIGO**3**

* A pessoa mentalmente deficiente tem direito à segurança econômica e a um nível de vida condigno. Tem direito, na medida de suas possibilidades, a exercer uma atividade produtiva ou alguma outra ocupação útil.

ARTIGO**4**

* Sempre que possível a pessoa mentalmente deficiente deve residir com sua família, ou em um lar que substitua o seu, e participar das diferentes formas de vida da sociedade. O lar em que vive deve receber assistência. Se for necessário interná-lo em estabelecimento especializado, o ambiente e as condições de vida nesse estabelecimento devem se assemelhar ao máximo aos da vida normal.

ARTIGO**5**

* A pessoa mentalmente deficiente deve poder contar com a atenção de um tutor qualificado quando isso se torne indispensável à proteção de sua pessoa e de seus bens.

ARTIGO**6**

* A pessoa mentalmente deficiente deve ser protegida de toda exploração e de todo abuso ou tratamento degradante.

No caso de ser um deficiente objeto de ação judicial, ele deve ser submetido a um processo justo, em que seja levado em plena conta seu grau de responsabilidade, de acordo com suas faculdades mentais.

ARTIGO**7**

* Se algumas pessoas mentalmente deficientes não são capazes, devido à gravidade de suas limitações, de exercer efetivamente todos os seus direitos, ou se, se tornar necessário limitar ou até suspender tais direitos, o processo empregado para esses fins deverá incluir salvaguardas judiciais que protejam o deficiente contra qualquer abuso. Esse procedimento deverá basear-se numa avaliação da capacidade social do deficiente por peritos qualificados. Mesmo assim, tal limitação ou suspensão ficará sujeita a revisões periódicas e reconhecerá o direito de apelação para autoridades superiores.



CLÍNICA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

ONDE E COMO REGISTRAR

RESOLUÇÃO CFM Nº 1236/87

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;

CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde que se dedicam ao exercício da Medicina Física e Reabilitação, devem ser dirigidos por médicos designados Diretores Técnicos, conforme preceitua o Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932;

CONSIDERANDO que, de acordo também com o supra mencionado diploma legal, cabe exclusivamente ao médico devidamente habilitado o direito de estabelecer diagnóstico, prescrever medicamentos e condutas terapêuticas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, determina que os estabelecimentos prestadores de serviços médicos devem inscrever-se obrigatoriamente nos Conselhos de Medicina;

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

RESOLVE:

Artigo 1º — Os estabelecimentos de saúde destinados ao exercício da Medicina Física e Reabilitação, estão obrigados a inscrever-se exclusivamente nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme determina a Lei nº 6.839, de 30 de setembro de 1980.

Artigo 2º — Os estabelecimentos de saúde acima mencionados deverão obrigatoriamente ser dirigidos por médicos, designados Diretores Técnicos.

Artigo 3º — Os médicos responsáveis pela Direção Técnica dos Serviços de Medicina Física e Reabilitação, deverão exercer suas atividades no local onde estiver instalado o serviço sob sua direção.

Artigo 4º — Compete unicamente aos médicos fazer diagnóstico, solicitar exames, prescrever terapêutica e dar alta a pacientes nos Serviços de Medicina Física e Reabilitação.

Artigo 5º — É vedado ao médico, com exercício profissional nos Serviços de Medicina Física e Reabilitação, atribuir ou delegar funções de sua exclusiva competência para profissionais não habilitados ao exercício da Medicina.

Artigo 6º — A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 14 de março de 1987

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária Geral

COMISSÕES DE TRABALHO DE 1987

Gestão 1986/88

1. COMISSÃO DE IMPLANTAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL
 - Cons. Farid Sabbag (Presidente)
 - Cons. Octaviano Baptistini Junior
 - Cons. José Antonio Maingué
 - Cons. Antonio Leite Oliva Filho
 - Cons. Gilberto Saciloto
2. COMISSÃO DE ESTUDOS DO NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA
 - Cons. Marco Aurélio Q. Cravo (Presidente)
 - 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 Egdio 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)