

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

IMPRESSO

outubro/dezembro/88 - ano V n.º 20

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA - GESTÃO 1988 à 1991

Presidente:	Cons. Farid Sabbag
Vice-Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
1º Secretário:	Cons. Nelson Egydio de Carvalho
2º Secretário:	Consª. Solange Borba Gildemeister
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Elias Abrão

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Carlos Ehlike Braga Filho
Dr. João Zeni Junior
Dr. Elias Abrão
Dr. Antonio Carlos Correa Küster Filho
Dr. Jaime Ricardo Paciornik
Dr. Nelson Emilio Marques
Drª. Solange Borba Gildemeister
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Ricardo João Westphal
Dr. Marco Antonio Araujo da Rocha Loures
Dr. Weber de Arruda Leite
Dr. Farid Sabbag
Dr. João Nassif
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Nelson Egydio de Carvalho
Dr. Octaviano Baptistini Junior
Dr. Duilton de Paola
Dr. Odair de Floro Martins
Dr. Carlos Henrique Gonçalves (AMP)

MEMBROS SUPLENTES

Dr. Luiz Antonio M. da Cunha
Dr. José Leon Zindeluk
Dr. José Marcos Parreira
Dr. Sergio Augusto de Munhoz Pitaki
Dr. Osmar Ratzke
Dr. Gabriel Paulo Skroch
Drª. Nanci de Santa Palmieri de Oliveira
Dr. Gilberto Saciloti
Dr. Luiz Carlos Misurelli Palmquist
Dr. Sergio Todeschi
Dr. Valdir Sabedotti
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Henrique Lacerda Suplicy
Dr. Antonio Motizuki
Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Gelson Leonardi
Drª. Tania Mara Cunha Schaefer
Dr. Carlos Augusto Ribeiro
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Luiz Sallim Emed
Dr. Daëbes Galati Vieira (AMP)

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

SUMÁRIO

Editorial	4
Delegacias Seccionais	5
Os Direitos do Paciente	8
Psiquiatra pode ter repouso no plantão?	10
Atestado médico a funcionário do INAMPS - Quem pode fornecer?	13
Acórdão CRM-PR Nº 015/84	15
Atestado Médico - Validade para fins de abono de falta de trabalho	16
Declaração de Alma-Ata	18
Acórdão CRM-PR Nº 016/84	21
Sociedade de Atenção à Doença ou seu Associado, pode indicar especialista?	22
Pessoas, médicas ou não médicas, arroladas como testemunhas não podem se negar à convocação p/ prestar depoimento em processos Ético-Profissionais.	24
Declaração de Edimburgo	26
Gravidez Pós-Morte Australiano quer usar mulheres mortas como "Incubadoras"	29
Gravidez Pós Morte - Especialista brasileiro considera a idéia "chocante"	31
Norte-americanos divulgam caso de gravidez pós-morte	32
Médico Sanitarista Deve se Registrar em cada Estado que Trabalha	34
Parecer Nº 073/87 - Comunicação de infração Ética pela comissão de Ética Médica Hospitalar	35
Acórdão CRM-PR Nº 08/87	36
Pagamento de diárias - Resolução CFM Nº 1.239/87	37
Anuladas de 1989 - CFM Nº 1.275/88	38
AIDS, Estigma e Ética Médica	39
Atestado de Óbito	42
Acórdão CRM-PR Nº 001/85	44
Atendimento Espiritual aos Doentes	46
Acórdão CRM-PR Nº 04/83	52
Contratos, Convênios, Acordos, Ajustes de Trabalho - Resolução CFM Nº 808/77	53
Assegurada a garantia de Emprego a ocupante de cargo em Conselho Deliberativo do CRM RJ	54
Código de Ética do Jornalista	57
Colocação do CID em Atestado Médico e a Exigência de Portaria Ministerial Parecer CRM-PR Nº 075/87	59
Necrópsia - Evite o pânico ao solicitá-la	61
Profissão de Mergulhador - Apresentação de Atestado Médico	65
Da responsabilidade do médico cirurgião	66

EDITOR RESPONSÁVEL
Ehrenfried Wittig

IMPRESSÃO

Composição e impressão
Comunicare
Fone (041) 253-4233

Tiragem 10.000 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, à Bibliotecas Universitárias, Conselhos e Associações Médicas do Brasil.

EDITORIAL

O momento político nacional, enfrentando a pior crise da sua história, requer muita dedicação e muito esforço, muito trabalho e grande sacrifício na tentativa de reverter a situação.

Aos profissionais de Saúde, cabe uma grande parcela nesta reversão; da Classe Médica espera-se o desencadeamento das ações cujo objetivo primordial é o de resgatar os valores perdidos e ao Conselho de Medicina compete o dever da liderança.

Consciente dos deveres, ao assumirmos a presidência do Conselho Regional de Medicina, aceitamos a responsabilidade de manter, pelo menos no mesmo plano, o nível elevado a que chegou nossa entidade, por obra e graça das notáveis administrações que nos precederam.

A Política de Saúde — a Estadualização, a Municipalização, as Ações Integradas, o Sistema Único, a Estatização ou Privatização — são preocupações que deverão ser equacionadas e solucionadas, num trabalho que deverá ter participação de toda a comunidade e que nunca poderá ter a omissão da CRM, cotando com a dedicação e a colaboração de todos os Conselheiros.

Como prioridade na Política de Saúde do Estado, deverão ser criados o Conselho Estadual e os Conselhos Municipais de Saúde, com funções deliberativa, normativa, consultiva e fiscalizadora, com composição tripartite (Entidades Gestoras, Prestadoras de Serviço e Usuários) e com voto proporcional e ponderal.

A colaboração com outras Entidades — Governamentais ou Classistas — também é prioridade nesta gestão, pois muitos são os problemas comuns cujas soluções dependem da união de esforços. Com a Secretaria de Saúde e com a Previdência Social, deveremos manter o mesmo relacionamento atual, em que o Departamento de Vigilância Sanitária da Saúde e o Departamento de Controle e Avaliação do INAMPS têm acordado com o CRM um convênio de trabalho conjunto, de auxílio mútuo nas fiscalizações, respeitadas as atribuições legais de cada um. Com a Associação Médica e com o Sindicato Médico, deveremos manter o mesmo espírito de união e de cordialidade, o mesmo programa de reuniões conjuntas, na procura de soluções para os problemas da Classe Médica. A mesma disposição para discussão e procura de soluções para problemas comuns será mantida com outras Entidades, tanto de âmbito Estadual quanto Nacional.

A fiscalização e o controle das Entidades de Prestação de Assistência Médica, através do registro ou cadastramento, deverá ter continuidade e, muito mais do que isto, deverá ser ampliado, para que o CRM tenha a atuação sobre a maioria destas Empresas no Estado. Maior ênfase será dada à constituição das Comissões de Ética dos Hospitais, que sem sombra de dúvidas, virão ajudar em muito nas fiscalizações e no cumprimento das disposições legais e ética exercidas pelo CRM.

As Delegacias Seccionais já instaladas, deverão merecer todo apoio e incentivo para o cumprimento pleno de suas atribuições. Novas Delegacias deverão ser criadas e instaladas, para que também os médicos do interior tenham a oportunidade de participar e colaborar com o CRM e que recebam deste um atendimento facilitado.

Internamente pretendemos a reformulação do Regimento Interno com a intenção de torná-lo dinâmico e atual, bem como, a nível nacional, gostaríamos de participar na reformulação da Lei que cria os Conselhos com o mesmo objetivo.

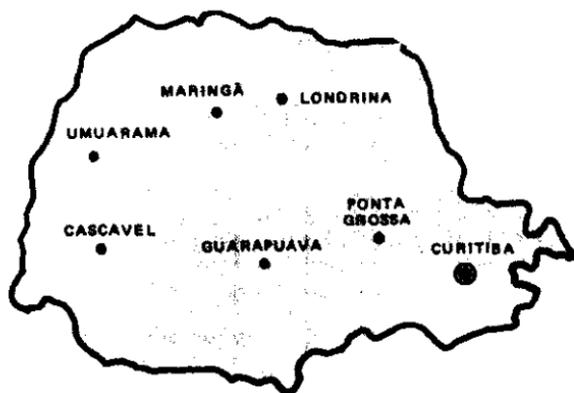
A sede do CRM deve merecer sempre uma atenção especial no sentido da ampliação e melhoria das instalações com a reestruturação de máquinas e equipamentos (principalmente no referente à informática) e ainda na melhoria das condições e qualificação de trabalho dos funcionários.

Finalmente, gostaríamos de revelar um sonho: reunir em uma mesma estrutura as Entidades Representativas da Classe Médica, numa união de forças e esforços, na ampliação ao atendimento do médico, com a redução de gastos, numa demonstração de maior pujança.

Instituir a **ORDEM DOS MÉDICOS DO BRASIL**.

Conselheiro Farid Sabbag
Presidente

Regulamento



DELEGACIAS SECCIONAIS

RESOLUÇÃO CRMPR Nº 024/88

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, no uso de suas atribuições legais, considerando os termos da Resolução CRMPR Nº 023/88, que criou as "Delegacias Seccionais" e considerando a necessidade de regulamentá-las,

RESOLVE:

Criar o "Regulamento das Delegacias Seccionais" do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

CAPÍTULO I DA COMPETÊNCIA

ART. 1º — Às Delegacias Seccionais compete na área de sua Jurisdição:

- Cumprir e fazer cumprir as determinações do CFM e CRMPR;
- Fiscalizar o exercício ético-profissional da medicina e notificar o CRMPR das irregularidades constatadas;
- Comunicar ao CRMPR o exercício ilegal da Medicina;
- Representar o CRMPR em atos públicos, quando designados;
- Receber e encaminhar devidamente informados, documentos ou requerimentos dirigidos ao CRMPR;
- Guardar em local apropriado, documento e material fornecido pelo CFM-CRMPR e aquele de uso seccional;
- Manter atualizado o cadastro regional dos médicos;
- Orientar e divulgar temas relativos a Deontologia Médica;
- Ouvir as testemunhas e envolvidos em processo ético-profissional, quando solicita-

- do por Comissão de Instrução;
- j) Observar o absoluto sigilo profissional, resguardando a integridade das partes;
 - l) Prestar orientação no tocante as questões ético-profissionais, ouvindo e conciliando as partes;
 - m) Manter intercâmbio com o Serviço de Fiscalização da Medicina, Vigilância Sanitária e outros órgãos afins;
 - n) Estudar a criação da Comissão de Ética dos Hospitais de sua Jurisdição;
 - o) Divulgar a convocação das eleições para a eleição dos Delegados da Seccional e comunicar seu resultado ao CRMPR;
 - p) Convocar suplentes, sempre que necessário.

CAPÍTULO II DA CONSTITUIÇÃO

ART. 2º — As Delegacias Seccionais serão constituídas de 1 Delegado Presidente, 1 Secretário, 1 Colaborador, 3 Suplentes (sem especificação de cargos).

ART. 3º — O CRMPR proporcionará o suporte necessário de pessoal, material e financeiro, para adequada instalação da Seccional.

ART. 4º — A duração do mandato dos Delegados coincidirá com a dos Conselheiros do CRMPR.

ART. 5º — O mandato dos Delegados será de caráter meramente honorífico.

CAPÍTULO III DAS ELEIÇÕES

ART. 6º — Poderão votar, todos os médicos inscritos e quites com o CRMPR que comprovadamente exerçam a profissão na respectiva seccional, e destes poderão ser votados todos os médicos com mais de três anos de exercício profissional.

ART. 7º — A eleição será direta e secreta, sendo o voto por chapa, e obrigatório.

ART. 8º — A convocação da eleição terá divulgação pública, em edital na sede, em jornal de maior circulação da sede seccional e por carta circular a todos os seus membros seccionais, com antecedência legal, mencionando-se o local de inscrição e prazo de inscrição das chapas, data, horário e local de votação e seu endereço completo para correspondência.

ART. 9º — O Registro escrito de chapas distintas, será realizado junto a Delegacia "ad referendum" do CRMPR, podendo ainda cada chapa designar um fiscal para as eleições.

ART. 10 — O prazo de registro de chapas termina na mesma data de encerramento de inscrição de chapas concorrentes a Conselheiros do CRMPR.

ART. 11 — A supervisão do processo eleitoral, com a apuração dos votos, será realizada pela "Comissão Eleitoral", composta por 3 médicos membros seccionais, escolhidos pelos Delegados e sancionados pelo CRMPR, sendo designados 1 Presidente e 2 Secretários.

ART. 12 — A apuração da eleição será procedida pela Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento da eleição.

ART. 13 — O processo eleitoral terá todo seu andamento registrado em livro de atas.

ART. 14 — A data e horário da eleição coincidirá com a do CRMPR.

ART. 15 — Será vencedora a chapa que obtiver a maioria simples de votos.

ART. 16 — Em cada sede haverá uma urna para votação seccional.

ART. 17 — Os médicos que se encontrarem fora da sede da eleição poderão encaminhar seu voto por carta em dupla sobrecarta, opaca, fechada, remetida sob registro, pelo correio e dirigida à Comissão Eleitoral Seccional.

ART. 18 — As cédulas para os votos por correspondência serão expedidas, pelo menos, 10 (dez) dias antes das eleições e computados os votos recebidos até a hora do término da votação, sendo as cartas abertas somente em conjunto com os demais votos.

ART. 19 — Não serão computadas as cédulas rasuradas ou que contiverem vícios, que possibilitem a violação do sigilo do voto.

ART. 20 — A proclamação e posse dos vencedores será realizada após a apuração, lavrando-se ata que será assinada pela Comissão e Fiscais, se os houver. Cópia da ata com notificação da posse deve ser encaminhada para referendo do CRMPPR.

ART. 21 — Os casos omissos serão decididos pelo Presidente da Comissão Eleitoral "ad referendum" da Diretoria do CRMPPR.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

ART. 22 — As decisões locais serão por maioria simples e deverão ser registradas no livro próprio de atas.

ART. 23 — Sempre que possível as questões surgidas serão elucidadas nas Seccionais. Quando a Diretoria da Delegacia achar necessário, consultará o CRMPPR.

ART. 24 — As consultas e respostas deverão sempre ser encaminhadas por escrito.

ART. 25 — Em caso de impedimento do Presidente, o Secretário assumirá as funções e no caso de seu impedimento, o colaborador.

ART. 26 — Em caso de vacância dos cargos de Diretoria, assumirão os suplentes, cujos cargos, serão discriminados pelo CRMPPR.

ART. 27 — Os casos omissos serão resolvidos pelo CRMPPR.

ART. 28 — A primeira gestão, encerrar-se-á com o mandato dos atuais Conselheiros e a primeira Diretoria provisória será designada pelo CRMPPR.

Curitiba, 14 de março de 1968.

CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

Os direitos do paciente

Há dois anos, internel um paciente numa clínica da Zona Sul do Rio de Janeiro depois de uma tentativa grave de suicídio. A internação foi feita apenas para protegê-lo e não vi necessidade de nenhuma medicação. Conversei com o paciente sobre isso e, para me certificar de que ele não seria dopado, dei-lhe uma cópia do prontuário. O resultado foi um motim na enfermaria, porque os outros doentes exigiram suas papeletas, e o "convite" para que eu não internasse mais nenhum paciente naquele hospital. Em dez anos de exercício da medicina, e já tendo atendido mais de 2.000 famílias, não registrei um único caso de suicídio ou de regressão do quadro clínico por conta desse respeito ao direito do paciente.

O exercício pleno da democracia não estará completo enquanto não permear todas as relações sociais do país, inclusive a que envolve médicos e pacientes. O direito à saúde existirá, de fato, quando incluir também o direito amplo e irrestrito de o paciente ter acesso a sua papeleta ou ao seu prontuário, podendo dispor à vontade de todas as informações referentes ao seu estado de saúde e ao tratamento que lhe está sendo ministrado. A consulta médica é uma prestação de serviços e, como tal, o paciente é um consumidor. Através dessa consulta, terá que decidir se quer ou não adquirir um certo produto, seja ele uma medicação, psicoterapia ou cirurgia. Trata-se de situação idêntica quando solicitamos de um arquiteto uma planta e um orçamento. Aliás, certos radiologistas e laboratoristas já fazem isso — após o pagamento, o material ou o resultado pertencem ao paciente. Este ou seu responsável têm o direito de saber todos os dados a respeito de seu corpo, sua saúde e doença.

O próprio Código de Ética Médica, em seu artigo nº 25, estabelece que "é vedado ao médico no exercício de sua profissão deixar de informar o paciente, sua família ou responsável, do diagnóstico, terapêutica, prognóstico e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa provocar danos ao paciente". Por conta dessa pequena ressalva, muitos profissionais se recusam a inteirar o paciente de seu quadro clínico. Julgar a priori que o paciente será incapaz de entender o que está acontecendo com ele e seu corpo é subestimá-lo em sua capacidade de julgamento.

Ser pobre ou humilde não é sinônimo de ser burro ou ignorante — ao contrário, é mais uma razão para ser educado adequada e respeitosa quanto ao funcionamento no seu corpo de eventuais doenças. É lógico que qualquer paciente prefere ouvir de seu médico que nada tem, mas as consequências desta desinformação serão nefastas a curto prazo. Profissionais da saúde alegam que, em alguns casos, o seu paciente cometerá suicídio caso seja informado de que tem câncer, por exemplo. Isso não é real na absoluta maioria dos casos e, nos raros relatos da literatura especializada, podemos verificar que o preparo psicológico do paciente para saber a verdade não foi feito e que a informação foi literalmente "jogada" nele.

Quando isso acontece, o paciente passa a se sentir duplamente agredido: primeiro pela notícia ruim — a doença — e, segundo, pela maneira desumana com que o médico a comunica. É freqüente até o profissional, esquivando-se de informar diretamente o paciente, abrir-se com o familiar ou responsável, que não tem preparo psicológico e técnico para lidar com o problema, além de estar envolvido emocionalmente. Ao médico cabe ter coragem e preparo psicológico para arregaçar as mangas e se envolver com o paciente.

Estudos mostram que o paciente bem informado tende a responder melhor ao tratamento, pela razão óbvia de poder segui-lo mais adequadamente. Não é, pois, o paciente que corre risco quando um diagnóstico é apresentado e ele passa a ter acesso a sua ficha médica. É o profissional da saúde que irá se expor, se mostrar e revelar conhecimentos diante de problemas específicos. Em algumas situações é particularmente importante ter as informações detalhadas. É o caso do paciente crônico ou poliesado, ou da criança com atraso no desenvolvimento, que precisa de avaliações diversas e uma coordenação multidisciplinar.

O paciente de posse desse material poderá discuti-lo com o cônjuge ou outro familiar, que, por acaso, não possa comparecer à consulta. Ou até mesmo pode levá-lo para ser analisado por outro profissional. Os médicos que se recusam terminantemente a entregar as papeletas a seus pacientes dão uma prova de insegurança ao temer a possibilidade de um olhar crítico sobre seu trabalho. A situação é ainda mais grave entre os profissionais ligados à psicoterapia, porque muitos deles não mantêm sequer uma ficha médica. É um franco abuso de poder, e a conscientização desse direito não visa a desmoralizar nenhum profissional, mas sim a disciplinar uma situação que rala pelo absurdo.

No campo da saúde pública, é comum o paciente de baixa renda ser medicado sem ao menos ser informado de seu mal. Se cada indivíduo tivesse uma cópia de seu prontuário, pelo menos uma série de mal-entendidos poderia ser evitada, uma vez que o paciente tende a distorcer a realidade dos fatos, devido nem tanto à falta de conhecimento médico, mas, principalmente, por razões emocionais. Numa real democracia, o direito à informação contida na papelleta será a expressão mais pura de que todos os cidadãos são iguais.

Ernst Christian Gauderer, pediatra e psiquiatra infantil no Rio de Janeiro.

Transcrito da "Revista VEJA", de 20 de julho de 1988 (Seção PONTO DE VISTA).



Psiquiatra pode ter repouso no plantão?

Médico inscrito no CREMEPE pergunta se um médico-psiquiatra de plantão de doze horas, tem o direito de dormir em serviço, sabendo-se que, em hospitais psiquiátricos, pode um paciente, em um ou dois minutos, matar, matar-se, ser morto, automutilar-se etc., ou praticar diferentes atos danosos a si ou a outrem, além de poder sofrer quaisquer outras alterações súbitas do equilíbrio biológico (enfarte, crises digestivas, etc.)?"

CONSIDERAÇÕES LEGAIS E ÉTICO PROFISSIONAIS

a) O aspecto central é o problema de direito de Médico plantonista dormir durante seu período de trabalho.

As normas legais tratam da matéria de modo indireto, permitindo o entendimento da disposição implícita existente.

No Código Brasileiro de Deontologia Médica podem ser identificados, no Princípio II, no Princípio V e no artigo 42, padrões orientadores dos procedimentos a serem seguidos pelos Médicos plantonistas em suas funções.

No Princípio II estabelece-se que "o alvo de toda a atenção do Médico é o paciente", e que em seu benefício deve o Médico "agir com o máximo de zelo". No princípio V, abordando o aspecto central do "benefício do paciente", diz-se que o Médico deve agir "sempre com prudência e diligência". O artigo 42 determina para Médicos "em cargo de direção ou chefia ou como subordinado", o dever de "respeitar as suas obrigações e deveres".

O Médico plantonista (como qualquer outro Médico) está comprometido eticamente a **respeitar suas obrigações e deveres, agir em benefício do paciente, dedicar ao paciente o máximo de zelo, agir com prudência e diligência.**

É obrigação do médico plantonista realizar atos médicos (exame de pacientes, prescrição e eventual execução de terapêuticas, verificação de óbitos, etc) durante

o período de trabalho correspondente ao plantão. Na realização de atos médicos exerce-se a sua função **em benefício do paciente**. O **máximo de zelo** corresponde ao empenho no qual sua dedicação ao paciente corresponde à medida da necessidade que a situação patológica apresente concretamente. A disponibilidade para atender prontamente e na medida conveniente é aspecto da responsabilidade, da consciência e da competência profissional, atributos do próprio Médico, capazes de lhe caracterizar **a prudência e a diligência**.

Dessas considerações pode ser inferido que o Médico plantonista está **em serviço** enquanto está realizando atos Médicos, e isso **pode não corresponder a todo o período de duração do plantão**. Parte desse período, em que há uma potencialidade para estar **em serviço**, ele pode estar **em repouso**.

Conclui-se do exposto que Médico plantonista **não tem o direito de dormir em serviço** (isto é, enquanto se caracteriza concretamente a execução de atos médicos, de sua exclusiva competência profissional) mas **pode e deve** realizar necessário repouso, em instalações adequadas, **durante o período de trabalho caracterizado como plantão**.

b) Outro aspecto de consulta diz respeito à **natureza, do local onde se realiza o plantão** (hospital psiquiátrico).

Vincula-se esse aspecto da natureza do serviço médico às peculiaridades da clientela, aos riscos inerentes à patologia existente, e ao tipo de ação médica necessária.

O regime de trabalho médico sob a forma de plantões em hospitais ocorre em três modalidades de serviço, principalmente: 1) serviços de urgência-emergência, permanentemente abertos à população, para atender situações agudas, de desencadeamento súbito, em crise, nas quais a rápida progressão dos riscos e a intensidade do sofrimento do paciente exigem imediata intervenção médica; 2) unidades de tratamento intensivo, onde se concentram pacientes de alto risco, exigindo ininterrupta atenção médica realizada por plantonistas que se revezam na responsabilidade direta de todo o cuidado terapêutico; 3) hospitais gerais ou especializados, nos quais os pacientes internados são acompanhados pelos seus médicos assistentes e onde os médicos plantonistas dão cobertura às situações de urgência-emergência que esses pacientes eventualmente apresentem, quer em função dos riscos inerentes à sua patologia, quer como concretização de riscos existentes em qualquer pessoa viva.

Qualquer que seja a forma considerada, o regime de plantões Médicos existe para cuidar de situações de risco, ou seja, onde estejam ameaçados gravemente a vida ou o satisfatório bem-estar das pessoas assistidas. Em todos eles, a condição de trabalho é de permanente tensão e "stress", e sua eficiência depende do conjunto de fatores, a ser assegurado pelo próprio hospital (administração, chefias, etc.), ou sejam: regulação conveniente de carga de trabalho (número de horas, número de pacientes), equipe de trabalho (qualitativamente, pela diversidade de profissionais de outras categorias, e quantitativamente, pelo número dos diversos profissionais), estabelecimento de rotinas adequadas (inclusive definindo responsabilidades específicas dos diversos profissionais), e oferecimento de condições de conforto e de relaxamento das tensões (aí se coloca a questão do repouso).

Há hospitais psiquiátricos especificamente destinados ao atendimento de urgências-emergências, que podem ser enquadrados na primeira modalidade de serviços em regime de plantão descrita anteriormente. Outros, onde há pacientes internados em longas hospitalizações, enquadram-se na terceira modalidade descrita.

Os serviços Médicos, específicos como destinados à urgência-emergência, pela

sua própria condição de disponibilidade durante 24 horas, estão com equipes preparadas por todo esse tempo para essas eventualidades, inteiramente imprevisíveis. O que importa é que o Médico plantonista nesses serviços, ao ser procurado, possa atender com a presteza requerida, e nisso se configurem seu **máximo de zelo** e sua **diligência** em benefício do paciente. Desde que esses momentos críticos correspondam a eventualidades, somente durante elas tem cabimento a carga de trabalho e sua tensão correspondente, sendo **direito e dever do Médico** repor a sua capacidade funcional com o recomendável e adequado repouso.

Nos hospitais psiquiátricos não especificamente de urgências - emergências, os pacientes internados devem ter Médicos assistentes que os acompanhem regularmente. Esses Médicos assistente são responsáveis pela formulação diagnóstica (através de exame clínico e psíquico e pela orientação terapêutica. Eles podem caracterizar, portanto, a maior parte dos riscos a que um determinado paciente pode estar exposto, recomendando as necessárias cautelas, e estabelecendo medidas terapêuticas cabíveis. Essas são formas de trabalho que podem dar racionalidade e eficiência à atividade dos médicos plantonistas, não os sobrecarregando desnecessariamente e nem aumentando os riscos dos pacientes. Pode-se perfeitamente avaliar a eficiência de qualquer hospital (inclusive psiquiátrico) pela quantidade de situações de urgência-emergência dos pacientes colocados sob seus cuidados, denotando a atenção dos médicos assistentes que deles se encarregam. Mesmo porque o registro de possíveis riscos especiais em um determinado número de pacientes permite a vigilância e a verificação de sinais significativos por parte de toda a equipe, especialmente de equipe de enfermagem, cuja quantidade e qualificação é de fundamental importância. **Nessas condições** adequadas de trabalho, não há porque se tomar necessário o Médico plantonista se mantenha vigil por toda a duração de seu plantão.

RESPOSTA E PARECER

Face ao exposto, pode-se responder de modo claro e definido o seguinte:

a) Todo hospital atende pacientes nos quais existe alguma patologia que implica em situações de risco. Sob esse aspecto, os hospitais psiquiátricos não se distinguem dos demais, valendo para eles normas, legais e éticas que se aplicam a toda atividade médica;

b) A atividade de Médicos plantonistas em hospitais objetiva cuidar de situações de urgência-emergência que eventualmente ocorram em pacientes que busquem essas instituições. Os Médicos plantonistas estão "em serviço" enquanto essas eventualidades lhe exigem a execução de atos profissionais de sua competência. Quando isso não esteja acontecendo nada impede legalmente (e é até recomendável) que o Médico tenha condições de repouso em local adequado e reservado, dispendo de cama, o que implica na possibilidade de dormir.

Cons. Tácito Medeiros
CREMEPE

Atestado médico à funcionário do INAMPS

Quem pode fornecer?

CONSULTA CREMESP

Nº 12.923/86

O Sindicato dos Médicos de São Paulo, através de seu Presidente, consulta-nos acerca da natureza ética da determinação emitida por médicos Diretores do INAMPS no sentido de só serem aceitos, para justificar faltas ou saídas antecipadas de trabalhadores daquela Autarquia, atestados médicos emitidos por determinados profissionais que ocupem cargos de chefia ou supervisão.

PARECER

O atestado médico consiste em uma declaração que o profissional da medicina fornece ao paciente.

Esse documento, em princípio, não pode ser recusado porquanto se presume lisura e perícia no procedimento do médico que o forneceu.

Todavia, se ocorrer favorecimento ou falsidade na elaboração do atestado, deve o empregador não somente recusa-lo, mas, principalmente, requisitar a instauração do competente inquérito policial e, também, representar ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, para instauração do indispensável processo disciplinar.

Assim, não deve o empregador simplesmente recusar o atestado, porque assim procedendo estaria sendo conivente com um crime e também com uma infração ética.

Porém, o atestado médico quando fornecido e utilizado para fins de justificação de falta do empregado junto ao seu empregador, deve seguir os ditames da legislação trabalhista existente sobre a espécie.

A Lei nº 605, de 05 de janeiro de 1949, que dispõe sobre repouso semanal remunerado e o pagamento de salário, nos dias feriados civis e religiosos, determina no artigo 6º que:

"Não será devida a remuneração quando, sem motivo justificado, o empregado não tiver trabalhado durante toda a semana anterior, cumprindo integralmente o seu horário de trabalho.

§ 1º - São motivos justificados:

.....
letra "f" a doença do empregado devidamente comprovada.

§ 2º - A doença será comprovada mediante atestado de médico da instituição de previdência social a que estiver filiado o empregador, e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria, de médico da empresa ou por ele designado, de médico a serviço de repartição federal, estadual ou municipal, incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes, na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha."

Logo, a própria lei trabalhista prevê quais os atestados médicos que terão força para justificar a falta do trabalhador.

Assim sendo, no caso específico da consulta feita, o atestado médico fornecido a empregados do INAMPS por médicos não ocupantes de cargos de chefia ou de supervisão desse órgão previdenciário, se revestido de lisura e perícia é um documento válido, porém será ineficaz para a finalidade de justificar a falta do empregado perante o empregador.

A determinação dos Diretores Médicos do INAMPS no sentido de só aceitar para fins de justificação de faltas ou saídas antecipadas de trabalhadores, atestados médicos emitidos por médicos ocupantes de cargos de chefia ou supervisão não se constitui infração ética porquanto é uma norma de organização interna do órgão.

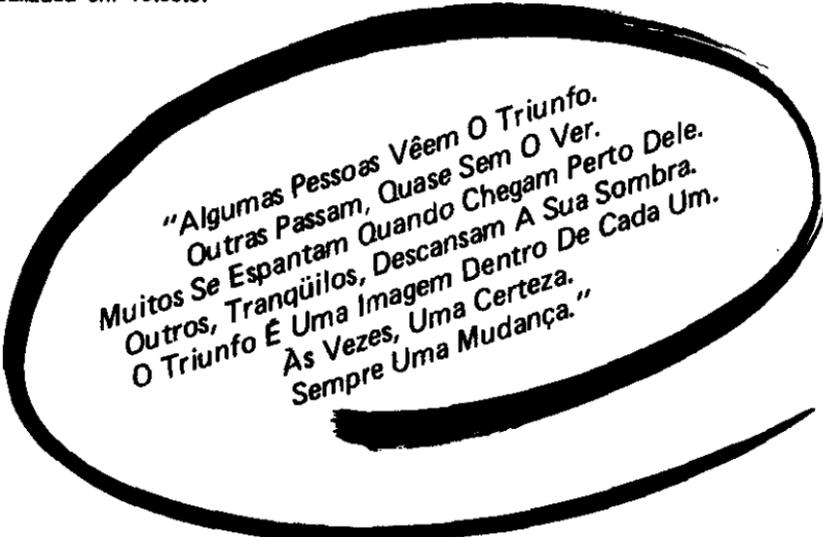
Ademais, os atestados médicos emitidos por médicos sem a qualificação supra referida são válidos mas não serão eficazes para justificar faltas ou saídas antecipadas dos servidores previdenciários em questão.

É o parecer.

São Paulo, 13 de janeiro de 1987

DRA. THEREZA CHRISTINA RICCÓ
Assessora Jurídica
CREMESP

Aprovado na 1254 Reunião Plenária
Realizada em 16.03.87



*"Algumas Pessoas Vêem O Triunfo.
Outras Passam, Quase Sem O Ver.
Muitos Se Espantam Quando Chegam Perto Dele.
Outros, Tranqüilos, Descansam A Sua Sombra.
O Triunfo É Uma Imagem Dentro De Cada Um.
Às Vezes, Uma Certaça.
Sempre Uma Mudança."*



ACÓRDÃO

ACORDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 015/84

DENUNCIANTE: J.L.C.

DENUNCIADO: Dr. E.F.M.F.

RELATOR: Dr. OSMAR MARTINS

REVISOR: Dr. JACKSON HERRERA

ACÓRDÃO: 008/88

ACUSAÇÕES IMPROVADAS - INTERESSES PESSOAIS - INTENÇÃO DE PREJUDICAR O DENUNCIADO - NÃO CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO ÉTICA - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.

EMENTA: Se o denunciante não logrou provar as acusações que deram início à denúncia, restando por outro lado comprovado, que foi motivo por desavenças pessoais, não há como se dar procedência às imputações de infração aos artigos 9º, 55 e 98 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional nº 015/84, em que é denunciante o Sr. João Laurindo Camilo e denunciado o Dr. Eduardo Fróes da Motta Filho,

ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado, de infração aos artigos 9º, 55 e 98 do Código de Ética Médica, conforme ata nº 397, de 18 de julho de 1988.

Curitiba, 19 de julho de 1988.

(a.) DR. OSMAR MARTINS

Relator

(a.) DR. LUIZ CARLOS SOBANIA

Presidente

ATESTADO MÉDICO

Validade para fins de abono
de falta de trabalho.

Parecer do Conselheiro Carlos Henrique Souza Moreira, aprovado em sessão plenária do CREMEB de 10.04.85.

"Respondendo a consulta formulada pelo Dr. MARCO AURÉLIO DE MIRANDA FERREIRA, Chefe do Setor de Medicina e Higiene do Trabalho, da Carafba Metais S/A—Indústria e Comércio, protocolado neste Órgão sob o no. 16.886, em 13.04.84, esclarecemos:

● **À luz da legislação vigente, em que circunstâncias pode uma empresa recusar atestado emitido por profissional médico estranho aos seus quadros?**

"Todo atestado médico deve ser acatado como instrumento válido, até que se prove sua falsidade, conforme disciplina o art. 302 do Código Penal Brasileiro, que prevê pena para o médico que no exercício da profissão atesta falsamente, motivo, portanto, de denúncia ao CREMEB.

Mesmo para aquelas empresas que possuem serviço médico próprio o atestado médico emitido por profissional médico estranho ao seu quadro é válido, pois o art. 270., da Consolidação das Leis da Previdência Social e seu parágrafo único que dizem: "Atualmente os primeiros 15 (quinze) dias de afastamento da atividade por motivo de doença, incumbe à empresa pagar ao segurado o seu salário.

Parágrafo Único — A empresa que dispõe de serviço médico próprio ou em convênio tem a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes a esse período, somente encaminhando o segundo à perícia médica da previdência social urbana quando a incapacidade ultrapassa 15 (quinze) dias".

Vem sendo interpretado pelos Tribunais Regionais do Trabalho como delegação de poderes concedidos a empresa, faculdade concedida ao empregado e não como limitação, à autoridade médica.

● **É obrigatório constar no atestado a informação do motivo do afastamento através CID? Caso negativo e considerando que, durante o desempenho de atividades em ambiente industrial, a economia humana pode estar submetida à interação de agentes agressivos externos, entendemos de suma importância para o órgão de Saúde Ocupacional da empresa ter pleno conhecimento de todos os motivos que levaram o empregado a afastar-se do trabalho, principalmente quando relacionados com a saúde; dessa forma como seriam obtidos tais informes?**

Não. Sem dúvida a divulgação do diagnóstico fere a ética médica. O CID, portanto, só deverá ser empregado quando a revelação do sigilo se fizer necessária. O art. 154 do Código Penal Brasileiro, diz ser crime de violação do segredo profissional "Revelar a al-

guém sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem", sendo passível de punição quem o fizer.

Em 14.09.1984 o CFM aprovou a Resolução de no. 1.190 que *

"Resolve:

1. Não comete infração ética o médico que por solicitação do seu paciente, forneça um atestado médico com diagnóstico codificado ou não.

2. Nesse atestado deve constar a expressa concordância do paciente.

3. Esse atestado não constitui laudo de perícia médica.

Em consequência desta Resolução o M.P.A.S. fez publicar Portaria no. 3370 de 09.10.84 disciplinando o assunto contido na Portaria 3.291, de 20.02.84, de acordo com a Resolução CFM acima citada.

Quanto aos informes poderão ser obtidos de Serviço Médico para Serviço Médico, isto é de médico para médico, verificando-se cada situação especificamente.

● É permissível vincular-se o acatamento de atestado à emissão de relatório médico?

Não. Atestado Médico é documento pelo qual o médico dá seu testemunho a respeito das condições físicas e psíquicas do indivíduo e deve ser aceito como tal.

● Existe alguma característica do ponto de vista legal que diferencia o atestado emitido por órgãos oficiais daqueles emitidos pelo médico em atividade liberal?

Não. O atestado médico é declaração escrita e assinada sobre a verdade de um fato, para servir de documento para outrem. O INAMPS, contudo, através da Portaria no. 3.291, de 20.02.84, disciplina a emissão de atestados médicos no âmbito da Previdência Social. Todavia, o atestado médico que não atenda aos requisitos constantes na Portaria não afasta o valor intrínscio do mesmo. E em nenhuma hipótese, pode o empregado sofrer as consequências de tal fato.

● Qual a posição a ser adotada pelo médico que teve um pedido de informações sobre paciente recusado por colega?

Como já expressamos anteriormente o segredo médico disciplinado pelos arts. 44 a 49 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, impera sobre a vontade do médico. Contudo, toda e qualquer dúvida sobre procedimento de um médico no exercício da profissão, deve ser encaminhado ao CREMEB que conforme atribuições de lei é Órgão responsável pela fiscalização do exercício profissional médico, para esclarecimento e julgamento dos fatos.

* Resolução revogada, embora permaneça a mesma autorização no Código de Ética Médica (Nota da Redação)

Transcrito do Jornal do CREMEB/7.

Nota: para fins complementares veja parecer do CRM-PR em Arquivos no. 5,

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA

Cazaquistão - URSS - Cento e trinta e quatro países aprovaram a Declaração de Alma-Ata. Os países signatários, entre eles o Brasil, se comprometeram a promover várias transformações para melhorar o nível de saúde de suas populações.

Neste documento ficou consignada a responsabilidade dos governos pela saúde da população de seus países. Foi o ponto alto de uma conferência internacional sobre Cuidados Primário de Saúde promovida pela ONU.

"A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos de saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, formula a seguinte Declaração:

1

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde — estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade — é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

II

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países.

III

O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos e para a redução da lacuna entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e para a paz mundial.

IV

É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2.000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autoderminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual, os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível dos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII

Os cuidados primários de saúde:

- 1) refletem, e a partir deles evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
- 2) têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

- 3) incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.
- 4) envolvem, além do setor de saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunidades e outros setores e requerem os esforços coordenados de todos esses setores.
- 5) requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada a capacidade de participação das comunidades.
- 6) devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.
- 7) baseiam-se, a níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente recursos externos disponíveis.

IX

Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X

Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamentos e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos, e em particular à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.



ACÓRDÃO

ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 016/84

DENUNCIANTE: Sr. J.L.C.

DENUNCIADO: Dr. J.R.

RELATOR: Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo

REVISOR: Dr. João Geraldo Pusch Mercer

ACÓRDÃO: 011/88

INEXISTÊNCIA DE PROVAS - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.

EMENTA: O ônus da prova cabe a quem alega. Se o denunciante durante a instrução do processo, não conseguiu provar as acusações, impõem-se a improcedência da denúncia e a consequente absolvição do denunciado de infração ao princípio XII e artigos 2º, 8º, 10º e 61 do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional sob nº 016/84, em que é denunciante o Sr. João Laurindo Camilo e denunciado o Dr. Jair Ramos,

ACORDAM

os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao princípio XII e artigos 2º, 8º, 10º e 61 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, conforme ata nº 403, de 15 de agosto de 1988.

Curitiba, 16 de agosto e 1988.

(a.) CONS. MARCO AURÉLIO DE QUADROS CRAVO
Relator

(a.) CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

**Sociedade
de Atenção
à Doença ou seu
Associado, pode
indicar especialista?**

Em 14 de julho de 1987, o Professor Lineu Cesar Werneck, solicita ao CRM/PR informações a respeito da eticidade dos seguintes pontos:

- 1) Pode um especialista indicar somente dois outros colegas de sua confiança, como sendo considerados capazes para diagnosticar e tratar determinada doença?
- 2) Pode o médico concordar, com o fato de determinada Sociedade leiga encaminhar-lhe pacientes indicando-o como sendo "o capacitado e médico escolhido para manejar determinada doença?

A consulta se originou no fato de que o Professor Lineu Cesar Werneck recebeu da Secretária Geral da Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM), carta datada de 07 de maio de 1987, em que a mesma comunica ao Nobre Professor em epígrafe ter a Comissão da Associação indicado o mesmo como profissional gabaritado, para diagnosticar e tratar esclerose múltipla. Na mesma carta, solicita

a Secretária Geral da ABEM, que o Professor Werneck indique mais dois Neurologistas de sua confiança em Curitiba, "pois sabemos que não seria ético indicar apenas um especialista".

Em 14 de julho de 1987, o Professor Lineu Cesar Werneck, oficia à Secretária Geral e à Presidente da Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, comunicando às mesmas sua preocupação quanto a eticidade do procedimento e torna-as cientes da consulta efetuada junto ao CRM/PR.

PARECER

O fato de uma entidade leiga, ao tomar conhecimento da capacidade profissional de um eminente especialista e Professor Universitário, solicitar sua colaboração para atendimento de pacientes portadores de determinada patologia médica, não constitui desdouro aos demais especialistas da área e não é procedimento anti-ético. Outrossim, o fato da mesma entidade leiga solicitar ao mesmo profissional que indique outros dois colegas igualmente capacitados e que sejam de sua irrestrita confiança, não traz em si qualquer indício de procedimento anti-ético.

É o nosso parecer.

Curitiba, 17 de agosto de 1987.

CONS. HÉLIO GERMINIANI

Aprovado em Sessão Plenária
de 17/8/87)

COMO SURTIRAM OS NOMES DAS NOTAS MUSICAIS?

Os nomes usados para designar as notas musicais tiveram origem nas letras dos diferentes alfabetos, como ainda hoje se usa nos países anglo-saxões, onde o A corresponde ao lá, o B ao si, o C ao dó, o D ao ré, o E ao mi, o F ao fá e o G ao sol. Nos países latinos e eslavos, a denominação das notas musicais deve-se ao monge italiano Guido D'Arezzo, que viveu no século XI. Em seus tratados, ele idealizou um sistema para recordar os tons das sete notas. Para isso, usou as sílabas iniciais de cada verso do Hino a São João Batista: *Ut queant laxis/Resonare fibris/Mira gestorum/Famuli tuorum/Solve polluit/Labii reatum/Sancti iohannis*. Assim surgiram ut, ré, mi, fá, sol, lá — e o Si, formado pelas iniciais do nome do santo. Seis séculos mais tarde, em 1693, o nome ut, que era difícil de pronunciar no solfejo — leitura ou entonação dos nomes das notas de uma peça musical —, foi substituído por Dó. No entanto, em alguns países, como a França, por exemplo, a primeira nota da escala continua sendo chamada de UT.

**Pessoas, médicas ou
não médicas, arroladas
como testemunhas
não podem se negar
à convocação para
prestar depoimento
em processos
Ético - Profissionais.**

**PARECER
CFM**

Consulta o Sr. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte, através do Ofício CREMERN Nº 364/86, datado de 14 de outubro de 1986, se na tramitação de um Processo Ético-Profissional, pessoas não médicas, arroladas como testemunhas, podem se negar à convocação do Conselho para prestar depoimento, quando, muitas vezes, o interesse público é manifesto.

Os Conselhos de Medicina do Brasil, instituídos pelo Decreto-lei nº 7955, de 13 de setembro de 1945, são considerados autarquias cooperativas federais, e se constituem, em seu conjunto, pela Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, de personalidade jurídica de direito público. Para que os mesmos possam desempenhar

seu papel de fiscalizadores e disciplinadores da ética profissional do médico e usarem de todos os meios para zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo seu prestígio e bom conceito, necessitam de todo amparo legal e de todo apoio do Estado.

No que se refere aos depoimentos prestados por médicos, devidamente inscritos em Conselhos de Medicina, o próprio Código Brasileiro de Deontologia Médica, em seu art. 18, já se expressa de forma clara:

"É vedado ao médico: Deixar de atender às solicitações administrativas ou intimações para instrução de processo ético-profissional".

Quanto às testemunhas não médicas, aparentemente não existe sanções às suas omissões, quando convocadas a prestarem depoimentos em Processo Ético-Profissional, em tramitação nos Conselhos Regionais ou no Conselho Federal de Medicina. No entanto, isso não corresponde à verdade.

Vejamos:

Os membros dos Conselhos de Medicina, na vigência de seus mandatos, desempenham função pública de alto interesse público e social, como forma de propiciar o mais amplo atendimento aos temas da Lei 3268/57 que, já em seus arts. 1º e 2º, definem sua razão jurídica, seus objetivos e suas finalidades.

Desse modo, uma convocação feita a um membro da sociedade, mesmo não médico, emanada por quem está no estrito cumprimento do dever legal, no sentido de prestar informações, deve ser acatada sob pena de incidir nas sanções do art. 330 do Código Penal Brasileiro, que tipifica o crime de desobediência, nos seguintes termos:

"Desobedecer a ordem legal de funcionário público: Pena - detenção de quinze dias a seis meses, e multa".

Diz ainda o art. 327 do mesmo diploma penal:

"Considera-se funcionário público, para os efeitos penais, quem, embora transitóriamente ou sem remuneração, exerce, cargo, emprego ou função pública.

Assim, fica evidente de que pessoas não médicas arroladas como testemunhas, a par do que acontece em processos judiciais, não poderão eximir-se da obrigação de depor, salvo em justa causa.

Conclusão:

1. Os médicos quando convocados pelos Conselhos de Medicina para depor devem atender sob pena de infringir o art. 18º do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

2. As pessoas não médicas quando convocadas pelos Conselhos de Medicina para prestar depoimentos devem também atender à convocação, sob pena de infringência à legislação penal. A falta de comparecimento sem motivo relevante, implicará, desse modo, em desobediência, e o Conselho poderá requisitar a instauração de inquérito policial junto à Superintendência do Departamento de Polícia Federal.

Esse é o nosso parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 17 de fevereiro de 1987

Genival Veloso de França
Conselheiro-Relator CFM

Parecer aprovado em Sessão Plenária
de 12.06.87

**CONFERÊNCIA MUNDIAL
SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA DA
FEDERAÇÃO MUNDIAL
PARA EDUCAÇÃO MÉDICA**

DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO

Milhares de pessoas sofrem e morrem diariamente de doenças evitáveis, curáveis e auto-infligidas, e milhões não têm meios de acesso a nenhum tipo de assistência à saúde. Tais fatos vêm provocando uma preocupação crescente na Educação Médica, vinculada à equidade nos cuidados à saúde, à prestação humanizada de serviços de saúde e ao custo que isto representa para a sociedade.

Esta preocupação tomou corpo através de debates nacionais e regionais que envolvem grande número de indivíduos provenientes de diferentes níveis da Educação Médica e dos Serviços de Saúde na maioria dos países do globo, e foi posta em foco nos trabalhos sobre os temas da Conferência Mundial, que tratou dos problemas básicos enfrentados hoje pelas escolas médicas. Reflete ela, também, as convicções de um número crescente de professores e estudantes, de médicos e outros profissionais de saúde, e do público em geral em todas as partes do mundo.

O progresso constante da medicina é, principalmente, o fruto da pesquisa que o sustenta, e um século de pesquisa científica, continua a trazer ricas recompensas; mas o homem precisa ir além da ciência pura. Assim, os educadores médicos devem se voltar para o atendimento às necessidades humanas como um todo e à pessoa humana numa visão global.

O objetivo da Educação Médica é formar médicos capazes de promover a saúde para toda a população, e não apenas prestar serviços curativos àqueles que podem custeá-los, ou àqueles que têm fácil acesso a esses serviços. Este objetivo não está sendo alcançado em muitos lugares, apesar do enorme progresso alcançado neste século pelas ciências biomédicas. Este problema não é novo, mas esforços anteriormente realizados para introduzir maior consciência social nas escolas médicas acadêmicas, não vêm obtendo êxito marcante.

Estas considerações indicam que muitos deste progressos podem ser alcançados através de ações dentro da própria escola médica, a saber:

1. Ampliar a influência de instituições onde se desenvolvem programas educacionais, para abranger todos os recursos de saúde da comunidade, não apenas os hospitais.
2. Assegurar a aprendizagem contínua durante toda a vida, transferindo a ênfase dos métodos didáticos clássicos, agora tão difundidos, para os estudos auto-dirigidos e independentes, bem como para métodos tutoriais.
3. Construir, tanto o currículo como os sistemas de avaliação para assegurar o alcance da competência profissional e valores sociais, e, não apenas, a fixação e memorização da informação.

4. Assegurar que o conteúdo curricular reflita as prioridades de saúde nacionais e a disponibilidade de recursos.
5. Treinar professores como educadores, não só como especialistas, e reconhecer excelência neste campo tanto quanto a excelência em pesquisa biomédica e na prática clínica.
6. Complementar a instrução sobre a atenção ao paciente, com ênfase acentuada em promoção da saúde e prevenção da doença.
7. Integrar a educação em ciência à educação na prática médica, usando soluções-de-problemas nos estabelecimentos clínicos e comunitários, como base para a aprendizagem.
8. Na seleção de estudantes de medicina, empregar métodos que vão além da capacidade intelectual e desempenho acadêmico, para incluir avaliação de qualidades pessoais.

Outros progressos exigem:

1. Estimular e facilitar a cooperação entre Ministérios da Saúde, Ministérios da Educação, serviços comunitários de saúde e outros organismos importantes no desenvolvimento de uma política conjunta, e no planejamento, implementação e revisão de programas.
2. Assegurar políticas de admissão que compatibilizem o número de estudantes treinados com as necessidades nacionais de médicos.
3. Ampliar oportunidades para aprendizagem, pesquisa e serviço em conjunto com outras profissões de saúde e com elas relacionadas.

A Reforma da Educação Médica exige mais do que consenso; ela exige um compromisso com ação, liderança vigorosa e decisão política. Em algumas situações, o apoio financeiro será inevitavelmente exigido, mas acreditamos que muito pode ser obtido através de uma redefinição de prioridades e de uma redistribuição dos recursos agora disponíveis.

Por esta Declaração, nos comprometemos e exortamos outros para que se juntem a nós em um programa sólido e organizado, a fim de mudar o perfil da Educação Médica, de modo que possa verdadeiramente atender as necessidades definidas pela sociedade em que está situada. Também nos comprometemos a criar a estrutura organizacional necessária, para que estas palavras solenes se traduzam em ações efetivas e duradouras. O cenário está montado; o momento para ação depende de nós.

Co-auspício de
Organização Mundial da Saúde
Fundo das Nações Unidas para a Infância
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Agência de Desenvolvimento Escocesa
A Cidade de Edimburgo

07 a 12 de agosto de 1988
Edimburgo

* Tradução para o português de responsabilidade da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)

MUDOU DE ENDEREÇO?



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: _____

Australiano quer usar mulheres mortas como 'incubadoras'

O advogado australiano Paul Gerber, especialista em legislação médica, propôs esta semana que cientistas de seu país passem a estudar o uso de mulheres com morte cerebral como "incubadoras" humanas, em substituição às "mães de aluguel". Para a gestação do ovo implantado, a morta teria suas funções orgânicas mantidas por aparelhos. Gerber, 63, mencionou essa proposta há cerca de um mês em um congresso sobre ética médica em Brisbane (leste da Austrália), onde mora. A reação foi tão negativa que, em 24 horas, alterou-se a legislação australiana. Bloquearam-se aberturas da lei, evitando que o procedimento pudesse ser considerado legal.

Professor de Medicina forense da Universidade de Queensland, Gerber afirma que sua idéia é, hoje, tecnicamente impraticável. Segundo ele, a proposta de que mulheres mortas recebam ovos fecundados para gestação é "um conceito futurista", que merece estudo. Gerber falou por telefone à Folha de Melbourne (sul da Austrália), onde está, para uma conferência de obstetrícia, que começa amanhã. No evento, Gerber apresentará seu primeiro artigo sobre o tema. "Um morto é um morto, só isso", responde o advogado às críticas que tem sofrido.

Folha — Sua proposta de se usarem mulheres com morte cerebral para receber ovos fertilizados tem caráter imediato?

Paul Gerber — Não. Cientificamente, é impossível fazer isso hoje. Faltam muitas pesquisas, pesquisas caras. Hoje, é uma alternativa pouco prática. É duvidoso que um dia se chegue a um equilíbrio dos fatores médicos envolvidos para tornar a minha proposta factível, sem falar nas discussões éticas e legais. Pessoalmente, não vejo nada de errado com a idéia. Não acho que haja diferença para o que se faz hoje com cadáveres, como a dissecação para estudos anatômicos ou a retirada de órgãos para transplantes. Mas minha proposta revoltou tantas pessoas

que acho que levará muito tempo até ser aceita pelo público, como uma solução prática.

Folha — A lei australiana possibilita aberturas para efetivar sua proposta?

Gerber — O que aconteceu foi que 24 horas depois de eu ter feito o pronunciamento mudaram a lei para tornar ilegal uma experiência como a que propus. A lei que proíbe as chamadas mães de aluguel faz referência a pessoas. Como não está claro que mortos são pessoas, eles mudaram a lei para incluir os mortos na classificação de pessoas. Isso, só 24 horas depois do pronunciamento, uma reação muito rápida.

Folha — A que o sr. credita a reação negativa à sua proposta?

Gerber — Existe um tabu ligado à morte, que levará muito tempo para ser erradicado. Mas um morto é um morto, só isso.

Folha — O sr. recebeu algum apoio no meio científico?

Gerber — Só anonimamente. Alguns fisiologistas especializados em reprodução me apoiaram, mas não permitiram a divulgação de seus nomes. Recebi muita correspondência anônima. Tenho recebido cartas horríveis, do mundo todo.

Folha — A sua proposta prevê a autorização da família da morta?

Gerber — Essa condição é fundamental, não há dúvida nenhuma. Quando apresentei meu trabalho, deixei isso bem claro.

Folha — O sr. tem consciência das dificuldades técnicas?

Gerber — Sim. Há enormes dificuldades técnicas. Hoje, esse procedimento seria impraticável. É uma questão de milhões e milhões de dólares a serem gastos em pesquisa. Minha proposta é muito mais um conceito futurista, que não é impraticável na essência. Foi com esse espírito futurista que fiz a apresentação. A resposta foi altamente desfavorável.

Folha — O sr. tem conhecimento de trabalhos anteriores que defendam linha semelhante à sua?

Gerber — Não. Meu conceito é novo, tanto que recebeu atenção no mundo inteiro e condenação universal. Estou sendo pintado como um espécime de encarnação do demônio.

Folha — O sr. pretende escrever um trabalho sobre o assunto?

Gerber — Acho que é melhor não (risos). Na verdade, vou participar de um congresso de obstetrícia essa semana, em Melbourne, e pretendo apresentar um pequeno texto sobre o assunto. Provavelmente, vou ser expulso do palco sob vaias.

Folha — O sr. se arrepende de ter feito o discurso?

Gerber — Sim. Causou-me hostilidade universal.

Folha — E a reação o fez mudar de idéia?

Gerber — De jeito nenhum. Nesse ponto, não sinto nenhum arrependimento. Vejo a morte sem rodeios. O problema é que o público não aceita que quando acontece a morte cerebral, as pessoas estão mortas, médica e legalmente.

Folha — Mães de aluguel são comuns na Austrália?

Gerber — Não. É incomum e ilegal, exceto em um Estado, a Austrália Ocidental. Pessoas interessadas têm que ir lá para isso. Mesmo assim, é muito difícil conseguir voluntárias preparadas para fazer esse tipo de caridade. Se é pago, é ilegal. Só há dois casos registrados na Austrália, que sejam de meu conhecimento.

Transcrito do Jornal "Folha de São Paulo",
do dia 21 de agosto de 1988.

Gravidez pós-morte

Especialista brasileiro considera a idéia "chocante"

Especialistas brasileiros em ética médica recebem a tese do australiano Paul Gerber com estranheza, pelos entraves técnicos em que implica e pela novidade ética que propõe. William Saad Hossne, professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, em Botucatu (SP), considera a proposta de Gerber "de imediato", chocante, no mínimo". Mas Hossne, 62, pondera que desprezando juízos pré-estabelecidos sobre a morte, as idéias de Gerber "são novas e merecem análise e reflexão".

De acordo com Hossne, o objetivo final de experiências com seres humanos é sempre o benefício do paciente. No caso de gravidez em mulher morta, ele afirma ser difícil identificar quem é o paciente: a morta, o ovo nela implantado ou a mulher que não pode engravidar e recorre à alternativa artificial.

"Do ponto de vista ético, é um absurdo", afirma Carlos Corbett, do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da USP. Corbett, 47, organizou um simpósio sobre experiências com humanos há dois anos. Para ele, "apesar de uma pessoa estar morta, ninguém pode se apropriar de seu corpo".

Outro item ético precisaria ser resolvido — o consentimento. Segundo a declaração de Helsinque — de 1964, que norteia pesquisas médicas com humanos —, "os eventuais pacientes devem ser informados adequadamente sobre os objetivos, métodos, benefícios esperados, riscos potenciais e inconvenientes que os experimentos possam causar". Admitindo-se que a morta é paciente, surge a dúvida sobre quem aprovaria a implantação do ovo.

O lado técnico, para William Saad Hossne, tem muito a ser pesquisado. Não se sabe se o metabolismo de uma morta com funções mantidas artificialmente tem condições de suportar nove meses de gravidez. O médico lembra estar comprovado que crianças cujas mães morrem logo depois do nascimento sofrem de perturbações psicológicas. "O que aconteceria com um criança filha de uma pessoa efetivamente morta", pergunta Hossne.

Transcrito do Jornal "Folha de São Paulo", de 21 de agosto de 1988.

Norte-americanos divulgam caso de gravidez pós-morte

Médicos norte-americanos mantiveram vivo, durante nove semanas, o corpo de uma mulher grávida de cinco meses e morta cerebralmente, para que o feto pudesse se desenvolver e ser retirado com vida. O relato detalhado da experiência, realizada em 1983, foi publicado em número do boletim mensal da Associação Médica Norte-Americana, o "Journal of American Medical Association" (jama), no último dia 12 de agosto.

Os autores do artigo não vêem problemas éticos na gestação da criança. Segundo eles, o "conflito entre a mãe e a criança não parecem relevantes no caso da manutenção de um cadáver destinado a incubar um feto". "A autonomia materna, no sentido das preferências ativas da mãe, terminam com a sua morte", diz o artigo.

Segundo o relato, no dia 25 de janeiro de 1983, uma mulher de 27 anos, grávida de 22 semanas, esteve no hospital de sua cidade, onde se queixou de dores de cabeça e vômitos, sintomas que vinham se apresentando nos últimos cinco dias. Os exames feitos durante a consulta não mostraram nenhum sinal de deficiência, mas quatro horas mais tarde, ainda no hospital, a mulher sofreu um colapso generalizado e teve uma parada respiratória.

Através de ressuscitação cardio-pulmonar, a mulher, ajudada por aparelhos, voltou a respirar, mas não apresentou reações a qualquer tipo de estímulo. Dois dias mais tarde, ela foi diagnosticada como morta. Durante este período, o coração do feto manteve o ritmo normal e o pai pediu que sua mulher fosse mantida "viva" até que a criança se desenvolvesse mais um pouco e pudesse então sobreviver.

No dia 25 de março, depois de 63 dias no hospital, nasceu um menino de com 1,4 kg. A criança apresentava apenas um pequeno problema respiratório. Logo após a operação cesariana, os aparelhos que mantinham a mãe viva foram desligados e a atividade do coração parou em seguida. Aos 18 meses de idade, a criança, que atualmente deve estar com cinco anos, apresentava um crescimento normal.

O ginecologista Russell K. Laros, vice-diretor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade da Califórnia, um dos cinco autores do artigo, afirma que a atitude de se manter a mulher viva foi altamente ética. Segundo ele, um problema mais grave é o econômico. A manutenção do corpo da mulher, que incluiu aparelhos para respiração artificial e controle de temperatura, tubos para alimentação, tratamento para uma série de infecções, problemas hormonais e diabetes, custou US\$ 183,081 (cerca de Cz\$ 50,2 milhões). O parto e o tratamento para a criança prematura custaram US\$ 34.703 (cerca de Cz\$ 9,5 milhões).

Laros afirma que o pai e a família da criança acreditavam que o nascimento da criança estava de acordo com os desejos da mãe. Segundo ele, não houve objeções quanto à manutenção do cadáver. "Eles ficaram muito satisfeitos com o resultado", diz o médico.

Os médicos acreditam que a mulher morreu de um quisto cerebral, que interrompeu o fluxo de substâncias no cérebro, mas Laros diz que quando a autópsia foi feita, depois do nascimento do menino, o cérebro já estava completamente deteriorado e não foi possível comprovar a causa da morte.

Segundo Laros, a manutenção do cadáver pode ser questionada por pessoas contra o aborto. "Parece inconsistente que o feto de uma mulher cerebralmente morta tenha o direito à vida num estágio em que a mãe ainda poderia optar pelo aborto". A pediatra Elena Gates, também autora do artigo, afirma que a premissa do aborto é o direito de escolha da mãe. "Mas uma vez que ela está morta, esse direito não existe mais", diz ela. Segundo Laros, a situação não é diferente de muitas "formas despersonalizadas de reprodução", com a gestação de crianças em mães de aluguel.

O professor Affonso Renato Meira, 57, professor do Departamento de Medicina Legal e Deontologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), afirma que o método não é condenável, apesar de não estar previsto na legislação médica brasileira. Segundo Meira, neste caso a mãe da criança já tinha aceitado sua gravidez, e seu corpo não estaria sendo usado contra sua vontade. O professor se mostrou contrário à sugestão do australiano Paul Gerber, que propôs que mulheres cerebralmente mortas fossem utilizadas como mães de aluguel. "A idéia é um contrasenso. Se há úteros vivos, por que utilizar os mortos?", perguntou.

Transcrito do Jornal "Folha de São Paulo",
de 23 de agosto de 1988.

MARIDO NÃO IMPEDIRÁ O ABORTO

WASHINGTON — As esposas norte-americanas podem abortar sem que seus maridos tenham direito de impedi-lo juridicamente. Essa decisão foi confirmada pela Corte Suprema de Justiça, referendando desta forma uma recente decisão da Corte Suprema do Estado de Indiana, que em julho examinou o processo de Eric Conn, que queria impedir o aborto de sua mulher grávida de seis semanas.

Um tribunal regional deu razão a Conn, mais os advogados da mulher recorreram e a Corte de Apelação mudou a decisão. O caso foi então levado a Corte Suprema de Indiana, que confirmou o direito absoluto de decisão da mãe, remetido à Corte Suprema dos Estados Unidos.

Gazeta do Povo

MEDICO SANITARISTA

Deve se Registrar em cada Estado que Trabalha

A Diretoria Adjunta para Assuntos Técnicos Profissionais da Associação Brasileira de Mulheres Médicas, consulta o Conselho Federal de Medicina sobre assuntos cuja íntegra é a seguinte:

"Solicito a gentileza de informar-me se o médico, funcionário público, em regime de dedicação exclusiva, não exercendo atividades de atendimento médico em hospitais ou consultórios, necessita transferir seu registro do Conselho Regional de Medicina, toda vez que for transferido de Estado.

Por exemplo, no caso dos médicos sanitaristas. Eles podem estar lotados em um Estado diferente daquele em que exerçam cargo de confiança. Podem ser transferidos com certa frequência e desempenhar suas funções em qualquer ponto do país. Bastaria ter um só registro em qualquer Estado do Brasil? Ou deveria transferir para o Estado em que estiver lotado?"

A Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina emitiu o Parecer A.J. CFM 2286, o qual por traduzir exatamente o nosso entender sobre a matéria, adotamos "in totum" e transcrevemos:

"A Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seu artigo 17 dispõe que o médico só poderá exercer legalmente a Medicina após a sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Na hipótese deste médico passar a exercer temporariamente a Medicina em outra jurisdição, deverá entregar a sua Carteira Profissional para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição. Porém, caso passe a exercer sua atividade em outra região, de modo permanente, ou seja, por mais de noventa dias, deverá requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, consoante normatiza o artigo 18, parágrafo 1o, e 2o, do já citado diploma legal.

Assim, quando a condição de médico constitua pré-requisito para a ocupação de cargos de confiança, conforme sugere a consulta, este profissional deverá estar devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se encontrar o local de suas atividades.

Ao ser transferido para outro local, se sua permanência for inferior a noventa dias deverá apresentar sua Carteira Profissional para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta região. Se sua permanência for ultrapassar noventa dias, deverá requerer a sua inscrição secundária ou, de outra forma, a sua transferência cancelando a inscrição anteriormente feita no Conselho Regional de origem.

O exercício de Medicina ou o desempenho de funções a ela relacionadas sem o devido registro no Conselho Regional competente constitui infração ética e crime definido na legislação penal, passíveis da correspondente punição.

Destarte, e em conclusão, no exercício de função, públicas ou não, para as quais seja requisito indispensável a condição de médico, mesmo que não se proceda o atendimento médico propriamente dito, o registro no Conselho Regional da jurisdição a que se acha vinculado é requisito legal que obrigatoriamente deve ser atendido.

Não basta, portanto, a inscrição em um só Conselho Regional; o registro é regional e deve ser efetuado em cada região para a qual o médico for transferido para prestar serviço. É o parecer, s.m.j., Rio de Janeiro, 15 de outubro de 1986. Cecília S. Marcelino - Assessora Jurídica."

Curitiba, 28 de julho de 1987

CONS. DULTON DE PAOLA
CFM

**COMUNICAÇÃO DE INFRAÇÃO ÉTICA PELA
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA HOSPITALAR**

PARECER CRM-PR Nº 073/87

De acordo com o previsto nas Resoluções CRM/PR nº 014 e 015/86*, compete à Comissão de Ética Médica do Hospital promover a comunicação ao CRM/PR de infração ou indícios de infração ao Código Brasileiro de Deontologia Médica, devidamente apuradas em sindicâncias internas.

Caberá ao CRM/PR a instauração de Processo Ético Profissional:

- 1) - "Ex-Officio" ao conhecer fato que tenha característica de infração ética-profissional.
- 2) - Por autuação quando a Comissão de Ética Médica, por desejo manifesto quiser atuar como denunciante em virtude de representação, queixa ou denúncia, devidamente assinada e documentada e que apresente características de infração ético-profissional.

É o meu parecer.

Curitiba, 17 de junho de 1987.

CONS. FARID SABBAG

Aprovado em Sessão Plenária
em 17.06.88

* Vide "Arquivos" nº 16.



ACÓRDÃO

ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 008/87

DENUNCIANTE: CRM/PR

DENUNCIADO: Dr. M.H.H.

RELATOR: Dr. Hélio Germiniani

REVISOR: Dr. Octaviano Baptistini Junior

ACÓRDÃO: 009/88

MÉDICO LEGISTA - VERIFICAÇÃO DA "CAUSA MORTIS" - NÃO EXAME DO CADÁVER - INFRAÇÃO AO ARTIGO 114 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - DEPOIMENTOS CONTRADITÓRIOS - AUSÊNCIA DE PROVAS "IN DUBIO PRO REO" - ABSOLVIÇÃO.

EMENTA: Dadas as discrepâncias dos diversos depoimentos colhidos na instrução do processo, inexistem elementos convincentes que levem a concluir que o denunciado não examinou o cadáver, quando no exercício da função de médico legista, impondo-se conseqüentemente a sua absolvição.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional nº 008/87, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. Maurício Herman Hertz,

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação, feita ao denunciado, de infração ao artigo 114 do Código de Ética Médica, conforme ata nº 399, de 25 de julho de 1988.

Curitiba, 26 de julho de 1988.

(a.) CONS. HÉLIO GERMINIANI
Relator

(a.) CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

Pagamento de diárias

Resolução CFM nº 1.239/87

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 e,

Considerando a necessidade de atualizar as normas de concessão de diárias aos seus Membros, Assessores e Servidores, bem como de arbitrar os seus valores;

Considerando o decidido na sessão plenária de 10 de abril de 1987;

Art. 1º - Os Membros, Servidores e Assessores do Conselho Federal de Medicina farão jus à percepção de diárias, na conformidade desta Resolução, pelo deslocamento na prestação dos serviços e atividades que lhes são afetos;

Art. 2º - O valor das diárias pagas aos Membros do Conselho Federal de Medicina por deslocamento dentro do Território Nacional será de 11,5 OTN's (Obrigações do Tesouro Nacional).

§ 1º - O valor da diária será pago integralmente quando houver necessidade de pernoite;

§ 2º - Nos casos em que não houver necessidade de pernoite, o valor da diária será reduzido em 50%.

Art. 3º - O valor das diárias por deslocamento para fora do Território Nacional será arbitrado em reunião de Diretoria, "ad referendum" do plenário.

Art. 4º - Os Conselheiros dos Conselhos Regionais de Medicina quando convocados para execução de tarefas do Conselho Federal de Medicina, farão jus à percepção de diárias na forma e valores estabelecidos no Artigo 2º e Parágrafos desta Resolução.

Art. 5º - O valor de diárias pagas a Assessores e Servidores do Conselho Federal de Medicina corresponderá a dois MVR's (Maior Valor Referência) exceto quando o deslocamento for para a cidade de Manaus, Rio Branco, São Paulo, Rio de Janeiro, Foz do Iguaçu e Brasília quando então corresponderá a 2,8 (dois inteiros e oito décimos) do MVR (Maior Valor Referência).

§ Único - Os Servidores e Assessores dos Conselhos Regionais de Medicina, quando convocadas para execução de tarefas do Conselho Federal de Medicina, farão jus à percepção de diárias na forma e valores estabelecidos no **caput** deste artigo.

Art. 6º - Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria.

Art. 7º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua aprovação, revogando-se a Resolução CFM nº 1.230/86.

Rio de Janeiro, 10 de abril de 1987.

Francisco Álvaro Barbosa Costa - Presidente

Ana Maria Cantalice Lipke - Secretária-Geral.

Anuidades de 1989

ANUIDADES DE 1989

Resolução CFM nº 1.276/88

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 18 de julho de 1958, e

Considerando que a Lei nº 6.994, de 26 de maio de 1982, dispõe sobre a fixação do valor das anuidades e taxas devidas aos órgãos fiscalizadores do exercício profissional;

Considerando ser atribuição do Conselho Federal de Medicina a fixação desses valores;

Considerando o decidido pelo Plenário em Sessão realizada no dia 16 de setembro de 1988;

RESOLVE:

Art. 1º — O valor da anuidade de pessoa física no ano de 1989, será de 2 MVR's (Maior Valor de Referência) e deverá ser pago em parcela única.

Parágrafo único — O pagamento poderá ser efetuado com desconto nos seguintes prazos e percentuais:

- 25% até 31 de janeiro de 1989, reduzindo-se, pois, a anuidade de 1,5 MVR;
- 15% até 28 de fevereiro de 1989, reduzindo-se, pois, a anuidade a 1,7 MVR;
- 10% até 31 de março de 1989, reduzindo-se, pois, a anuidade a 1,8 MVR.

Art. 2º — Após 31 de março e nos da Lei nº 6.994/82, a anuidade sofrerá os seguintes acréscimos:

a) Multa de 10% (dez por cento);

b) Juros de 1% (um por cento) ao mês calculados sobre o valor corrigido.

Parágrafo único — Os acréscimos serão calculados sobre a anuidade de 2 MVR's.

Art. 3º — A anuidade para pessoa jurídica será cobrada nos termos da Lei nº 6.994/82, de acordo com as seguintes classes de capital social:

Até 500 Maior Valores de Referência	2 MVR's
Acima de 500 até 2.500 MVR's	3 MVR's
Acima de 2.500 até 5.000 MVR's	4 MVR's
Acima de 5.000 até 25.000 MVR's	5 MVR's
Acima de 25.000 até 50.000 MVR's	6 MVR's
Acima de 50.000 até 100.000 MVR's	8 MVR's
Acima de 100.000 MVR's	10 MVR's

Art. 4º — Os valores das taxas serão os seguintes:

- Taxa de Inscrição no Quadro de Médicos 0,1 MVR
- Taxa de Expedição de Cartelas 0,3 MVR
- Taxa de Inscrição no Quadro de Especialistas 0,5 MVR
- Taxa de Substituição de Carteira - 2ª via 0,5 MVR
- Taxa de Inscrição de Pessoa Jurídica 1 MVR
- Taxa de Expedição de Cédula de Identidade - 2ª via 0,1 MVR

Brasília, DF, 16 de setembro de 1988.

Francisco Ávaro Barbosa Costa - Presidente

Ana Maria Cantalice Lipke - Secretária-Geral.

AIDS ,Estigma e Ética

Médica

Paulo Rogério M. Bittencourt*
Paulo Roberto M. Sandoval**

Recentemente passou por nós mais um portador de AIDS, em um período de 16 meses o 5º caso de soropositividade, talvez o 3º de doença ativa e o 3º óbito. Se o Paraná no momento tem 50 casos (abril de 1988), aparentemente 10% passaram pelas nossas mãos. O último, por sua dramaticidade, é um exemplo de como nossa medicina, querendo incluir médicos e hospitais, parece confundir ética e estigma.

O paciente em questão, homossexual de poucos parceiros na 4ª década, convivia há algum tempo com parceiro soropositivo assintomático, e por isso submeteu-se ao teste do HIV (ELISA), e posteriormente ao Western Blot, que confirmaram ser portador. Em fins de 1987, em outra capital e sob os cuidados de renomado infectologista, submeteu-se a exames laboratoriais que indicaram não ter imunossupressão, ou seja, de não ter evidência laboratorial de doença ativa.

* Médico Neurologista, PhD, Centro Diagnóstico de Curitiba

** Médico Pneumologista - Hospital São Carlos.

Submeteu-se a estes exames porque na época iniciaram mais sintomas respiratórios (dispnéia), sem qualquer outra evidência de AIDS ao exame físico. Em poucas semanas evoluiu para dispnéia aos mínimos esforços. O especialista da outra capital repetiu os exames e novamente afirmou que não havia evidência de AIDS em atividade, e não iniciou terapia. Um pneumologista local, após analisar vários exames inclusive Rx de tórax, concluiu que poderia haver doença intersticial pulmonar e que poderia ser tuberculose, iniciando esquema triplice, porém reafirmou a inatividade da AIDS. O infectologista de outra capital não teve novas sugestões quando consultado. Alguns dias depois o paciente foi trazido aos nossos cuidados, já que todos concluíam que o quadro deveria ser pelo menos parcialmente psicogênico. Inspeção do tórax revelou tiragem intercostal difusa e óbvia. Internamento imediato e tratamento com oxigênio nasal contínuo e medicação ansiolítica provocaram melhora discreta por alguns dias. Rx e gasometria arterial demonstraram piora do acometimento intersticial. Foi mantido o esquema triplice e iniciado tratamento de pneumocystis carinae. Diante de deterioração progressiva o prognóstico foi revelado à família e ao paciente, boquiabertos diante da situação. Na tentativa de ganhar alguns dias foi iniciado corticóide em dose alta, e depois dolantina subcutânea, sempre sem melhora. Após 15 dias do internamento, com dispnéia severa e incontrolável, instalou-se um quadro de insuficiência respiratória terminal. Rx mostrou padrão de edema pulmonar alveolo-intersticial. O óbito ocorreu em poucas horas. A anatomia patológica confirmou bronco-pneumonia difusa e pneumocystis carinae.

Durante o período de internamento os médicos envolvidos tiveram muitas angústias. A primeira delas aumentada pela interrogação de paciente e familiares: porque o quadro não foi reconhecido antes por profissionais de renomada competência? A segunda angústia intratável, aquela de ver uma pessoa na fase áurea de sua vida pessoal e profissional, contribuindo ativamente para o bem-estar e alto nível cultural de nossa bela cidade morrer em nossas mãos. A terceira, a gota que nos levou a escrever esta comunicação. Na tentativa de passar o paciente para hospital de maiores recursos, como já ocorreu em todos casos anteriores, o internamento foi recusado. Felizmente, nos 2 locais onde foi atendido, o paciente teve cuidado de alto nível médico, de enfermagem e de outras pessoas que vieram a saber do diagnóstico por estarem próximos a cena da tragédia. O diagnóstico não foi escondido nestes locais. Como é costume em por exemplo Cleveland, os cuidados necessários foram tomados, e não houve histeria em cadeia.

Desde que prática ou filosoficamente nosso maior dever ético é com o paciente e não, por exemplo, com nossas instituições, nos sentimos obrigados a tomar alguma atitude para diminuir o nível de indignação que sentimos. Porque ocorreram vários erros ou omissões neste caso. A ocorrência de patologia orgânica pulmonar progressiva em paciente soropositivo para HIV, independentemente de quaisquer definições ou subclassificações laboratoriais, é motivo para alarme clínico, já que com exame físico e Rx normais a única possibilidade que ocorre é doença intersticial. As duas causas mais prováveis desta, novamente independente de quaisquer exames complementares, são pneumocystis carinae e tuberculose, ambas doenças de alta prevalência em AIDS, com mortalidade ainda maior quando o tratamento é retardado ou feito de maneira não intensiva. Como especialistas experientes e atualizados deixaram de tomar estas atitudes? A única explicação é o estigma, reação do inconsciente, forte o suficiente para tamponar o julgamento clínico.

O aspecto da falta de tomada de decisões retrospectivamente óbvias pode ser deixado de lado. Na verdade praticamente todo o círculo social e familiar do paciente ignorava a magnitude do problema, e a morte rápida acabou sendo uma saída mais fácil para todos, e, quem sabe, talvez até para o paciente.

O que não deixa de nos indignar é o estigma coletivo, quase histeria institucionalizada, que caracteriza o relacionamento de nossa comunidade com AIDS. Voltamos a Cleveland Clinic, por ser exemplo que conhecemos pessoalmente. Portadores da AIDS são atendidos num ambulatório exatamente igual aos outros, num bellissimo prédio, no mesmo andar que quaisquer outros ambulatórios. Não há enfermeiras para AIDS. A administração da clínica concluiu ser mais prático, humano e até mesmo barato e racional distribuir os casos internados por todo o hospital. Ficam em quartos normais, em condições especiais, com aventais, luvas e máscaras na entrada. Do ponto de vista humano, nós, a sociedade, produzimos a AIDS tanto quanto o homossexualismo, as drogas, as transfusões de sangue, da mesma maneira que produzimos futebol, boa música, arte moderna. Do ponto de vista médico-hospitalar, isolar um grande número de pacientes produz a síndrome do queto, ou seja, uma chance de infecção talvez ainda maior, falta de equilíbrio de pessoal envolvido, sobrecarga física e emocional e mesmo estrutural daquela parte do hospital. Isolar estes pacientes já não parece correto, mas não atendê-los é falta de ética, e de ética humana, não só médica. Até o papa João Paulo II e muitos outros luminares católicos se colocaram claramente na posição de que estes doentes merecem a compaixão e não o desprezo e muito menos o abandono.

Os hospitais que alegam falta de condições para atendimento a estes doentes estão se enganando, e indo contra qualquer princípio médico, humano ou religioso. Estes doentes, é claramente aceito por especialistas locais e internacionais, oferecem menor chance de contágio que muitos outros, por exemplo, portadores de hepatite. Cuidados mínimos com luvas, avental, máscara, higiene manual, além da óbvia necessidade de cuidado com secreções, são necessários e suficientes. Provavelmente estes hospitais não tomam os mesmos cuidados com todos os infectados que deveriam tomar.

Há muitos outros contra-sensos nesta posição de "não estamos preparados para estes pacientes, eles não estariam seguros aqui". Será difícil imaginar que um enorme número de portadores assintomáticos está sendo internado em nossos hospitais neste momento? Será difícil imaginar que a atual atitude só poderá levar a um aumento na não notificação de casos? Ou que os portadores tenderão a esconder sua condição quando precisarem de atendimento médico? A posição de "não estamos preparados" é absurda de todos os pontos de vista. **TEMOS** que estar preparados! Pelo menos 2 pacientes que nós atendemos haviam circulado por hospitais gerais sem diagnóstico, nos quais haviam sofrido procedimentos invasivos, um deles uma cirurgia abdominal com grande sangramento, outro uma biópsia de nervo periférico. Será difícil entender que os números só aumentarão nas próximas décadas, já que não há nem sinal de vacina aplicável em massa em uma doença de período de incubação prolongado e que já salu dos grupos de risco originais (ver Folha de São Paulo, domingo, 15 de maio de 1988)?

A única explicação é que entre nós exista muito, mas muito estigma. Inconsciente. Psicanalítico. Cultural. Subdesenvolvido. Tanto estigma que nossas instituições, normalmente ávidas do ponto de vista mercadológico, ignoram o grande potencial de ganho econômico no cuidado a estes pacientes. É neste ponto irônico, talvez nem irônico e sim henfillano e lembrando o "fradim", que esta exposição deve terminar.

“ATESTADO DE ÓBITO”

José Cássio C. de Albuquerque*
Fernando Silveira Pichet**

O presente trabalho, tem por finalidade, esclarecer aos senhores médicos, quanto à dinâmica e a importância da declaração de óbito.

O exercício da medicina, envolve uma série de deveres e obrigações, em que a alegação pura e simples do desconhecimento dos preceitos legais, não exime o profissional médico das responsabilidades por suas inobservâncias.

O médico segundo o artigo 15 - letra “e” do Decreto Federal (nº 20931 de 4-1-32), tem o dever de atestar o óbito em impressos fornecidos pela repartição sanitária com exata “causa mortis”, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demógrafo-sanitária, porém, é vedado ao mesmo, segundo o artigo 16 - letra “d” do referido decreto, emitir o atestado a pessoas a quem não tenha prestado assistência médica (ou mesmo sequer participado do caso).

O artigo 77 da Lei nº 6015 de 31/12/73 (Dos Registros Públicos), diz que nenhum sepultamento poderá ser feito sem a certidão oficial de registros do lugar onde ocorreu o falecimento, extraído após a lavratura do assento de óbito, atestado por um médico, ou na impossibilidade disto, atestado por duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte.

* Médico, Diretor do Instituto Médico Legal.

** Prof. de Medicina Legal da UFPR e PUC.

Os casos de morte violenta (homicídio, suicídio ou qualquer tipo de acidente), a necropsia em Instituto Médico Legal é compulsória, não importando o lapso de tempo decorrido entre a lesão corporal sofrida e o óbito, desde que se possa estabelecer uma conexão entre os dois fatos.

O que se tem observado ultimamente é uma certa refratariedade dos médicos em conceder a declaração de óbito, seja por conveniência pessoal ou por receio de envolvimento com a justiça. Pelo que vimos acima não há o porquê da negativa.

O perito médico legal tem a obrigação de realizar perícias em casos de mortes violentas, mediante requisição da autoridade policial ou judiciária, por força do decreto-lei Estadual nº 363 de 3 de setembro de 1945.

Ao serviço de verificação de óbito do Estado, compete a responsabilidade sobre a emissão dos atestados de óbito de pessoas falecidas sem assistência médica. Não faz parte de suas atribuições a autópsia para complementação diagnóstica em pessoas que estavam sob tratamento médico ou internadas em hospitais. Isto é responsabilidade exclusiva de seus médicos assistentes ou dos respectivos hospitais onde os pacientes encontravam-se internados.

Existe um outro aspecto relevante. Médicos mancomunados com empresas funerárias, que fornecem atestados de óbito indiscriminadamente, sem o menor critério, por interesse puramente pecuniário. Tal ignomínia não merece sequer comentários. Estes malfatores denigrem nossa tão excelsa profissão. É lamentável que o outrora tão altivo respeitado e carismático doutor, tenha se transformado em um autêntico vendedor ambulante de atestados de óbito. Até quando teremos que suportar tão execrável infâmia?

O Código Penal Brasileiro no seu artigo 302, sob o Título de Falsidade de Atestado médico diz: dar o médico no exercício de sua profissão atestado falso. Pena — detenção de 1 mês a 1 ano. No parágrafo único — Se o crime é cometido com o fim de lucro aplica-se também multa. O mais sério porém, é que agindo desta forma poderá o profissional encobrir um crime, deixando sem julgamento o autor de delito.

Algumas vezes, por ignorância, por sentimentos puramente humanitários e até por motivos essencialmente comerciais, médicos fornecem indevidamente o atestado. Dos erros cometidos conscientemente ou por desconhecimento da lei, no decorrer do processo, haverá a necessidade de se proceder perícia de exumação do cadáver mais necropsia, a fim de se melhor esclarecer a justiça.

Esta perícia além das dificuldades inerentes a decomposição de corpos, poderá não trazer subsídios mais claros, prejudicando não só a justiça, como também a própria família, que se verá impossibilitada de receber os benefícios a que tem direito.

Faz-se mister a conscientização destes problemas por parte de todos os profissionais médicos, para que se evitem fatos desta natureza que só contribuem para denegrir a imagem da medicina.

Atestado falso
Código penal Brasileiro
Artigo 302

"Dar o médico no exercício de sua profissão atestado médico"
Pena: detenção de 1 mês a 1 ano



ACÓRDÃO

ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 001/85

DENUNCIANTE: M.A.F.

DENUNCIADO: Dr. A.P.F.

RELATOR: Dr. José Antonio Maingué

REVISOR: Dr. Ehrenfried Othmar Wittig

ACÓRDÃO: 007/88

PACIENTE MENOR - DIAGNÓSTICO CORRETO - CONFIRMAÇÃO POR OUTRO MÉDICO - INEXISTÊNCIA DE INFRAÇÃO - ABSOLVIÇÃO.

EMENTA: Restando provado que o denunciado agiu com zelo devido no tratamento da paciente menor, diagnosticando inclusive, corretamente o mal de que era portadora, confirmado posteriormente por outro médico que a atendeu, resolve como improcedente a denúncia, impondo-se conseqüentemente a absolvição.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional nº 001/85, em que é denunciante o Sr. Manuel Antunes Filho e denunciado o Dr. Adolfo Peralta Filho,

ACORDAM

OS membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado, de infração aos artigos 2º, 5º, 29, 46, 60 e 48 do Código de Ética Médica, conforme ata nº 395, de 11 de julho de 1988.

Curitiba, 12 de julho de 1988.

(a.) CONS. JOSÉ ANTONIO MAINGUÉ
Relator

(a.) CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

Concorrência entre os hospitais é prejudicial

CHICAGO – Na economia brasileira, a concorrência resulta em preços mais baixos e produtos de melhor qualidade. Mas isso não se aplica ao Medicare, um plano de assistência médica do governo norte-americano. Uma pesquisa recente constatou que, antes de 1983, os hospitais obrigados a competir por pacientes mantinham-nos mais tempo internados e cobravam mais caro que os hospitais com pouca concorrência. Atualmente os pesquisadores temem que alguns hospitais piorem a qualidade do atendimento para competir com hospitais vizinhos. "Parece antinatural, mas faz algum sentido", afirma James Robison, médico e economista da faculdade de Saúde Pública da Universidade da Califórnia em Berkeley.

"Até certo ponto", explica, "isso ocorreu porque antes de 1983 o "Medicare" era uma espécie de vaca gorda que permitia que os médicos e o hospital satisfizessem os desejos do paciente, deixando-o internado por mais tempo e talvez fazendo mais tratamento do que o estritamente necessário.

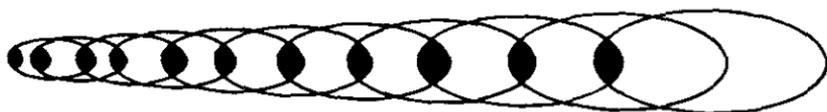
"Mas com as atuais medidas de corte de despesas, os hospitais não podem mais pagar isso e podem estar na verdade incentivando altas mais precoces para não perder dinheiro", afirma Robison. "É isso o que se teme, mas ainda não se comprovou". Embora há muito se disse que o velho sistema do "Medicare" estimulava o desperdício e o excesso de tratamentos, era difícil provar isso. O esquema de reembolso do Medicare tende a ser imitado pelas indústrias de seguros e portanto, se o desperdício existia no programa federal provavelmente existia também nos planos particulares.

Observando a situação por um outro prisma, Robison e seus colegas testaram a premissa básica do livre comércio nos hospitais e descobriram que ela não se aplica.

Os pesquisadores examinaram os prontuários de 498.454 pessoas operadas em 747 hospitais norte-americanos em 1982, determinando o custo total do atendimento e o tempo de internamento. No total, dez tipos de cirurgias estavam incluídas na análise.

(Jornal Gazeta do Povo)

Atendimento Espiritual aos Doentes



Manoel Scribano*

Por incrível que pareça, uma das qualidades para bem viver é a religiosidade, independentemente da fé que professemos. Isso porque a religiosidade dá o sentido transcendente da vida.

É a mesma religiosidade que dá também o sentido transcendente do sofrimento.

O mundo do sofrimento vai além da terapia do sofrimento. O sofrimento é algo mais amplo e mais complexo do que a doença e, ao mesmo tempo, algo mais enraizado profundamente na própria humanidade.

A medicina, os médicos — estes independentemente do sentido da fé que cada um tenha — estão em condições surpreendentemente maravilhosas pra atingir e ajudar no campo do sofrimento.

Talvez, demasiados acostumados ao campo da terapia somática, esqueçamos aquele do sofrimento. A terapia ela atinge uma parte da doença ou do doente; mas essa parte provoca o sofrimento da pessoa como unidade indivisível, como um todo e, além de mais, modifica todo o psiquismo da pessoa.

O cristianismo proclama que a existência é essencialmente um bem e o bem daquilo que existe; professa a bondade do Criador e proclama o bem das criaturas. Poder-se-ia dizer que o homem sofre por causa de um bem do qual não participa, do qual é, num certo sentido, excluído, ou do qual ele próprio se privou.

Uma coisa é certa: toda doença física entra no complexo e misterioso mundo do sofrimento, mundo este, que vai além dos fármacos e das terapias.

* Médico, Padre, Professor de Teologia da PUC, Curitiba - PR.

O sofrimento humano constitui em si próprio como que um "mundo" específico, que existe juntamente com o homem, que surge nele e passa, ou então que às vezes não passa, mas se consolida e aprofunda nele.

Este mundo do sofrimento existe por assim dizer na dispersão. Cada um dos homens, mediante o seu sofrimento pessoal, por um lado constitui só uma pequena parte desse "mundo"; mas ao mesmo tempo, esse "mundo" está nele como uma entidade finita e irrepetível.

Embora exista na dispersão, contém em si um singular desafio à **comunhão e à solidariedade**.

Nesta comunhão e nesta solidariedade fundamenta-se o atendimento espiritual aos doentes. Face a dois interrogantes: porque e para que do sofrimento? Toda a ciência, inclusive a médica ou a psicológica, não acham resposta lógica. O sofrimento pode ser interpretado, valorizado e até defendido somente desde a fé. Contrariamente a pessoa que sofre pode acabar na desesperação, como muitas vezes acontece. O sofrimento sem fé chega até a própria negação de Deus, porque já antes negou o valor da vida em si mesma.

Os sofrimentos e doenças dos homens sempre foram considerados entre as maiores dificuldades que atormentaram as consciências. Um sofrimento que não foi bem aceito é capaz de destruir a personalidade. Quanto indiferentismo religioso e quanto ateísmo não são mais do que sofrimento mal aceito.

A fé ainda insinua outra verdade. É importante encarar a doença com sensatez humana. Quem há que de algum modo não sofra ou não seja doente? O que é a saúde? Se não queremos cair no utopismo ou ridiculismo, teremos de concordar que todos nós padecemos de algum mal estar.

Por outro lado: o doente que aprende a lutar contra sua enfermidade, desde a fé, só por esse fato já é um **trabalhador**. Se a doença o impede de outras preocupações, nem por isso deixa de trabalhar; está ocupado com a defesa da sua saúde. Está a defender a vida, desde o ponto mais alto: o sofrimento tem valor de vida! O seu trabalho, como doente é de igual qualidade que o dos profissionais da saúde.

A FÉ VALORIZA E CONFORTA O DOENTE

A primeira coisa que ensina a fé ao doente é que ele deve ser "bom doente". Um homem cuidadoso, constante e sereno no seu tratamento. Insinua que deve ser obediente aos médicos, porque ensina que os médicos devem ter o maior respeito, compreensão e caridade com o doente, acima da mesma ciência médica.

O doente tem de aprender, em força da fé, que deve executar as indicações clínicas.

A fé ensina que o doente nunca é nem pode considerar-se um inútil. Isso é uma ofensa a si mesmo e a todos os que colaboram para lhe manter a vida e restituir a saúde, pois se é inútil a sua pessoa, serão inúteis todos os que o ajudam.

O doente visto desde a perspectiva da fé, não pode considerar-se um peso econômico. Seria insensatez. Merece — são-lhe devidas todas as despesas necessárias para o seu tratamento.

Igual direito tem às atenções evangélicas e da Igreja, nossa Família e nossa Mãe, para a qual o doente é uma pessoa, um tesouro, se aceita com paciência e espírito sobrenatural as suas moléstias. O doente deve saber — e também os clínicos — que lá onde a medicina encontra os seus limites, a fé abre os seus horizontes; Lá onde a ciência pode defrontar-se com as dúvidas, a fé depara a certeza; onde as pesquisas fazem-se problemáticas, a fé ilumina o caminho. Porque não existe nem contradição nem dicotomia, e se há diálogo e convergência.

Dal que o doente não deve ser considerado tímido ao pedir a administração dos Sacramentos.

O sofrimento, visto desde a fé, purifica, redime, valoriza. A maior amizade e fraternidade se faz nas salas dos hospitais. Disto nós médicos somos testemunhas. É aí que se estreitam laços humanos. Nunca ninguém deposita tanta esperança no outro como o doente nos clínicos, enfermeiros ou sacerdotes. Porque o sofrimento não deixa de ser também um perigo para a alma pelas disposições enfermigas que provoca: desgosto por tudo, exceto pelas melhoras; melancolia e egocentrismo; excesso de imaginação e de afetividade; sem ter em menos consideração, a perda da esperança. Todo doente e muito mais o doente grave, enfrenta-se com o problema da perda da esperança em si mesmo, no valor da vida e, de consequência, em Deus.

É fácil de ver que, bem recebida a solidão da dor se pode transformar em maturidade humana e sobrenatural; em interioridade e recolhimento; em autêntico espírito de humildade, desprendimento e penitência; num profundo e fecundo apostolado e em tantas outras virtudes que na forja do sofrimento ganham a maior solidez. A solicitude maternal da Igreja é sem dúvida um "lucrativo investimento" espiritual e apostólico.

Toda pessoa, pelo fato de ser pessoa, tem direito a sofrer como pessoa.

Todo doente está precisando de terapias médicas e científicas. Ao mesmo tempo todo doente, por ser tal, precisa uma carga dinâmica de fé e de esperança superior a qualquer outra pessoa.

A fé nos diz que cuidar dos doentes, com uma dimensão evangélica e eclesial é prestar um serviço fraterno, bem mais além da simples filantropia ou bem social. É servir ao Cristo nos membros sofredores e sofridos do seu Corpo Místico e, seguindo o exemplo do Senhor Jesus, o Qual "passou fazendo o bem e curando todos", cumprimos o seu mandato de cuidar deles.

Cabe aqui uma pergunta: Quem é a Igreja? Somos todos nós. A todos corresponde este particular serviço a Cristo nos irmãos, uma vez por justiça ou dever de estado e sempre por caridade.

A fraqueza do corpo costuma ser acompanhada de sentimentos que atingem a alma e tornam mais custosa a intimidade com Deus. Vivemos num mundo rico em consumismo, em fazer e sentir-se autosuficiente. A medicina vai ganhando batalhas surpreendentes, que gratificam e dignificam. Mas talvez a batalha da desesperação, na qual tantas e tantas pessoas vivem submergidas, pertença ao campo da fé. A intimidade do homem com Deus, através da oração e dos sacramentos, que não têm, em primeiro lugar, um poder milagreiro, mas sim a capacidade e a força para valorizar as doenças e aprender a conviver com elas, quando são incuráveis.

Nos doentes a oração roda sem cessar em torno das angústias físicas e da incapacidade de trabalho; a impaciência aumenta com o isolamento.

É verdade que muitas dessas dificuldades são aparentes. Apenas manifestam a fraqueza interior de que antes não se era consciente e que através do sofrimento é possível detectar e superar. Todavia, Deus conta para isso com a ajuda mútua, e seremos julgados pela preguiça ou diligência que tivermos em prestar esses auxílios aos nossos irmãos doentes.

DOENÇAS DAS ALMAS

Não é um segredo para ninguém: os homens de hoje, ainda que cheios e exuberantes de saúde corporal, estão vivendo num mundo no qual as doenças espirituais são fortes. As neuroses estão a demonstrar esta afirmação.

Vivemos circundados de medos. O maior deles: ter esquecido o sentido profundo de fraternidade e o não saber quem é o nosso inimigo. São os sintomas de uma angústia para a qual, a farmacopeia, se demonstra incapaz. Os nossos doentes chegam aos hospitais muito mais aflitos pela angústia que pela doença em si mesma.

Uma análise pode ajudar a entender perfeitamente as razões da angústia, pode que alivie uma parte dela, mas não nos libera dela. Porque a análise nunca é um substitutivo da vida. A vida é o supremo remédio para as angústias e as agonias da vida. Por isso que o doente, como a doença assumem bem outra dimensão desde a perspectiva da Ressurreição.

A angústia de morrer, quando não adquire proporções mórbidas ou neuróticas, é uma angústia racional e imediatamente compreensível.

Todo doente, quando não é fortalecido por uma fé na transitoriedade desta vida e na transcendência que ela mesma tem, por ser transitória, pode entrar em ódio consigo mesmo, com os outros e com Deus.

O ódio como sentimento de raiva, de aversão. Como um sentimento de aversão muito forte pela própria pessoa. Um sentimento oposto ao amor. Isso provoca perturbações emocionais bem caracterizadas, que dificultam toda terapia. Somos conscientes que as condições psico-emocionais têm uma sua influência positiva ou negativa na presença dos medicamentos.

Um doente que face à sua doença acumula o ódio por si mesmo e pela vida, acumula a síntese das forças negativas da alma.

Ele, o doente, nessas condições apresenta sintomas de irritabilidade, aflição, hipertensão, insônia, emagrecimento, taquicardia, hiperpneia, obnubilação mental. Está precisando, acreditamos, de uma forte terapia clínica; mas não menor de uma forte dose de espiritualidade, envasada numa mística e numa experiência de Deus. Esta pode resultar difícil, mas os médicos são as pessoas mais indicadas - acreditamos nesta nossa digníssima e alta missão - para encaminhar, sem temor algum ou respeito humano, ou cair no ridículo de ser gozados por colegas, o paciente para uma direção espiritual.

Outro sintoma muito acentuado no doente de hoje: a tristeza, o tédio. Eles são companheiros da solidão. A tristeza pode ser até um sentimento natural. O tédio é um estado de alma relacionado com motivações intrínsecas do indivíduo. É a entrega de si mesmo a um quase nada.

O tédio - a tristeza em desespero - são alimentados e sustentados pelo egoísmo, pela sovínice e mesquinhez, pelo egocentrismo, pela ignorância e insociabilidade.

Todo doente nestas condições faz-se incapaz de buscar um remédio para o seu sofrimento. Procuramos consolá-lo, mas ele nada faz para remediar a sua infelicidade. Se o tédio impede a alegria de viver, na pessoa com saúde, no doente

impede a capacidade de reagir às terapias e valorizar a doença desde o ponto da fé.

O doente que sofre, além da doença, a doença com tédio, é um enfermo difícil de curar-se, porque perdeu os valores maiores da vida: amor, fé, esperança e caridade.

As doenças da alma podem ser curadas por meio de uma reeducação consciente e intelectual. E novamente aqui os médicos ocupam um lugar de privilégio. Mas para isso é imperativo, também, o dom sobrenatural da Graça. Esta, entretanto, só é obtida através da contrição e da prece.

PASTORAL DA SAÚDE

O seu objetivo é, antes de mais nada, anunciar a Boa Nova em uma situação especial na vida do homem: o confronto com a dor e a morte.

A medicina está empenhada em progressar muito mais na prevenção do que na curação.

A Pastoral da Saúde seria, no campo da fé, a medicina preventiva.

A Pastoral da Saúde proclama que o atendimento às pessoas sadias como aos doentes que deve ser feito desde o plano da fé, atingindo o homem como um todo biológico-espiritual-psicológico-social e humano.

A Igreja aceita os doentes como privilégio e como exigência evangélica. "Eu vim para que tenham vida e a tenham em abundância" (Jo.10,10). Mas o doente, mesmo sendo rico é pobre.

É pobre no corpo pela fraqueza, poderia ser pobre no espírito pelo abatimento.

Se o médico está nas melhores das situações para a terapia, o sacerdote acha-se nas melhores das oportunidades para o fortalecimento da fé.

Todo doente é um vivente, com individualidades, com reações diversas conforme sua formação e personalidade. Deve ser visto como um todo. Não é somente um ser que sofre, mas uma pessoa que ama, odeia, que pensa, que tem um corpo, que está, como nunca, ligado aos outros e que tem uma história, sendo tudo isto enquanto doente dotado de um espírito

E existem diferenças entre o comportamento de um doente que vive sua fé e um doente sem fé.

O segundo pode ser um revoltado; uma pessoa que na doença vê uma agressão, um castigo, um sentido de culpa, uma humilhação. Ele falará de sua doença acusando. Atribui sua doença às forças do mal. Talvez aceite soluções mágicas para a sua cura.

O primeiro interpreta seu sofrimento como redentivo e purificativo, para si e para os outros. Doa seu sofrimento a Cristo. Sente a necessidade de se aproximar de Deus. Prepara-se para a morte, que vê como nascimento de verdadeira vida. Agradece médicos, pessoal que cuida dele e de sua doença.

No hospital esses comportamentos tão diversos influenciam na aceitação do médico, ou do assistente, da medicação, da alimentação, na convivência de enfermaria, com o pessoal paramédico e com os visitantes, inclusive familiares.

A doença, uma época especial. A doença constitui, na existência do ser humano, uma época especial, única. O tempo poderá ser curto ou prolongado, mas o doente

vive num mundo, no qual a fé — a sua fé — joga um papel determinante. A doença, vista com os olhos da fé, é o momento que nos despoja do prazer dos sentidos e nos permite ser mais nós mesmos. A assistência espiritual é importante sempre, pode até ser decisiva, nesse momento em que o doente se encontra consigo mesmo, com os outros e com Deus, como um verdadeiro pobre e necessitado. Imaginemos, por um instante, um executivo, dinâmico, organizador, rico em criatividade... em uma cadeira de rodas!...

Consigo mesmo quando, na solidão da doença e da dor, ele se olha por dentro, despojado de suas ambições, vaidades e egoísmo.

Com os outros, quando analisa a dependência e descobre, na ajuda dos outros médicos, enfermeiros, amigos, sacerdotes, a importância da solidariedade. Sente que não está só, vê o sentimento de piedade nos outros, descobre o amor, na hora em que, até o mesmo capital... deve ser humano.

Crê em Deus quando descobre que, apesar de tudo, a doença foi uma "boa parada" na sua vida, para refletir e pensar, tirando o pessimismo e o vazio; pensando que, acima de quanto fazia ou já tem feito, o SER supera ao "fazer".

A descoberta de si mesmo, a descoberta do outro e a descoberta da solidariedade estão sintetizadas em Deus. Af ele vê que é frágil, que sua importância, grandeza, vaidade o poder nada valem diante de uma doença, e que tudo passa, menos aquilo que está no seu interior, em seu coração.

Ao homem de hoje, acostumado a autosuficiência da técnica e do poder, afirmar que a sua força está em Deus, pode até parecer loucura, ironia ou brincadeira, um sofisma ou uma vanalidade. Aos médicos, que no seu dia a dia, vivem e convivem nos limites da potencialidade impotente é certa, logicamente irrefutável, com toda a força de vida que encerra a afirmação: Tudo passa, Deus fica!

O doente nunca vai sozinho para o hospital. Não ele e sua doença. Vai também muito acompanhado pela angústia, a insegurança, a sua fé ou o seu ateísmo; a sua revolta e a sua força de viver; a sua religiosidade e a sua formação. Agarra-se a qualquer "tábua de salvação".

O Sacerdote deverá, nesse momento de graça, evangelizar. E para evangelizar não deverá transformar os sacramentos num talismã necessário e mágico. Primeiramente deverá humanizar o doente, depois evangelizar e, finalmente, levar o conforto dos sacramentos.

O doente se apresentará ante o sacerdote como perante o médico: com passividade, com rebeldia ou com aceitação consciente. A passividade é de aqueles em que o sofrimento é aceito como uma fatalidade. A rebeldia coloca o doente em situação negativa perante os médicos, os medicamentos, os familiares... porque já vive essa atitude perante Deus. A aceitação cristã ajuda na colaboração de todos, mas também ajuda a crescer espiritualmente à luz da fé, até o ponto de ficar todos surpreendidos perante a força de viver e transmitir vida destes doentes. Nós mesmos confirmamos que saímos das suas visitas mais confortados e corajosos.

Todo doente é um "paciente-objeto".

O sentido do sofrimento é: verdadeiramente sobrenatural e ao mesmo tempo humano; é sobrenatural, porque se radica no mistério divino da Redenção do mundo; e é também profundamente humano, porque nele o homem se aceita a si mesmo, com a sua própria humanidade, com a sua própria dignidade e a própria missão.

O homem deve aprender que não é maldito, mas um redimido. Deve aprender que a fé é progressiva e que a doença é um estado privilegiado para fazer o crescimento da fé. Que a teologia não tem outra característica. A teologia que se fecha sobre si mesma é o melhor caminho para o ateísmo ou para a desesperação. A teologia é serviço até na enfermidade!

Por último: a teologia da fé, na ajuda aos doentes, não pode esconder a revelação. Ela é aberta aos valores transcendentais, e partir da mesma doença, na sua fragilidade, é ensinar o caminho transcendente da fé, que dá à toda vida, especialmente a aquela do doente, outro valor, outro sentido e outra visão.



ACÓRDÃO

ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 004/83

DENUNCIANTE: CRM/PR
DENUNCIADO: Dr. F.W.C.
RELATOR: Dr. Ehrenfried Othmar Wittig
REVISOR: Dr. Osmar Martins
ACÓRDÃO: 012/88

CRÍTICAS A COLEGA - UNIVERSIDADE - AMBIENTE HOSPITALAR -
PRESENÇA DE ESTUDANTES - INEXISTÊNCIA DE INTENÇÃO DESAIROSA
- SERIEDADE CIENTÍFICA - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.

EMENTA: Se o denunciado, quando teceu as críticas ao colega professor, as fez dentro de sua atividade de hospital escola, visando todavia, ensinar aos estudantes melhores técnicas, e não restando demonstrado que agiu com intenções desairosas, mas sim com seriedade científica, não se caracteriza no caso, qualquer das infrações ética lhe imputadas, definindo-se portanto, como improcedente a denúncia.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional sob nº 004/83, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. Flair José Carrilho,

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração aos artigos 19 e 93 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 406, de 12 de setembro de 1988.

Curitiba, 13 de setembro de 1988.

(a.) CONS. EHRENFRIED OTHMAR WITTIG
Relator

(a.) CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

CONSULTE O CRM



CONTRATOS, CONVÊNIOS, ACORDOS. AJUSTES DE TRABALHO

RESOLUÇÃO CFM Nº 808/77

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

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a supervisão da ética profissional em todo o País,

CONSIDERANDO ser atribuição do Conselho Federal de Medicina tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimí-las,

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária, realizada no dia 29 de julho de 1.977,

RESOLVE:

1 — Ao estabelecer contratos, convênios, acordos ou ajustes de trabalho, qualquer que seja a sua forma de remuneração, os médicos devem estar atentos aos preceitos do Código de Ética Médica e verificar se os mesmos estão sendo obedecidos e considerados.

2 — Em caso de dúvida devem os médicos consultar os Conselhos Regionais de Medicina sob cuja jurisdição se encontrarem.

Rio de Janeiro, 29 de julho de 1977

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. — Seção I — Parte II, de 11/10/77)

Acórdão proferido pela 2ª Turma do Tribunal Regional do Trabalho — Rio de Janeiro

Assegurada a garantia de emprego a ocupante de cargo em Conselho Deliberativo do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro.

Garantia de emprego reconhecido ao ocupante de curso no Conselho Deliberativo do Conselho Regional de Medicina Exegese do art. 543 e seu parágrafo 3o. da C.L.T.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de recurso ordinário, sendo recorrente SANATÓRIO DUQUE DE CAXIAS LTDA. e recorrido JULIUS MARTINS TEIXEIRA.

Inconformada com a decisão, recorre a reclamada, sustentando não estar o reclamante, membro suplente de conselho deliberativo do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, ao amparo da estabilidade provisória prevista no art. 543 § 3o. consolidado. Na verdade, não é o Conselho Regional de Medicina órgão sindical, tendo ambos estrutura jurídica diversa. O citado dispositivo legal não consagra o direito deferido ao autor, razão pela qual improcede o pedido.

O recurso é tempestivo (fls. 55 v.) e está regularmente preparado às fls. 52/55. Contra-razões às fls. 58/62. Parecer da doutra Procuradoria, às fls. 64, pelo improvimento.

Este é o relatório oferecido pelo ilustre relator de sorteio e ora reproduzido conforme preceito regimental. Isto Posto — não prosperam as razões de decurso, *data venia*. Ainda na condição de suplente, integra o recorrido o Conselho Deliberativo do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, órgão de representação profissional dotado da competência que lhe é própria. Ocorre que o art. 543 da CLT, ao resguardar os órgãos de deliberação coletiva, garante o exercício das funções pelo empregado eleito. E não nos parece razoável limitar a garantia do emprego antes aos eleitos para o cargo de direção ou representação sindical. É que tal restrição é desaconselhada pela

simples técnica interpretativa — séria a elastério do parágrafo ante o disposto no **caput** do dispositivo legal. O segundo defeito de exegese estaria em admitir-se que o referido **caput** oferece garantia menor ao ocupante de cargo de representação profissional sem que para tanto haja qualquer justificativa. O certo é que órgãos como o em apreço exigem que os exercentes de cargo tenham a mesma garantia que é reconhecida aos dirigentes sindicais para que com igual autonomia possam exercer suas funções. Afinal o recente Enunciado no. 222 que reconhece estabilidade aos dirigentes de associações profissionais ainda mais fortalece o entendimento acima esposado.

A C O R D A M os Juízes da 2a. Turma do Tribunal Regional do Trabalho da 1a. Região, por maioria, negar provimento ao recurso ordinário.

Rio de Janeiro, 17 de setembro de 1985

JUIZ LUIZ AUGUSTO PIMENTA DE MELLO
Presidente

JUIZ JOSÉ FIORÊNCIO JÚNIOR
Relator designado

ciente:

CNÉA CIMINI MOREIRA DE OLIVEIRA
Procuradora Regional

Publicado em D.O. de 30/10/85 - Acórdão 2648/85

O Empregador interpôs recurso dessa Decisão ao Tribunal Superior do Trabalho, onde foi mantida a decisão.

“

N

a primeira noite
eles se aproximam
e roubam uma flor
do nosso jardim.
E não dizemos nada.

N

a segunda noite,
já não se escondem,
pisam as flores
matam nosso cão,
e não dizemos nada.

A

té que um dia,
o mais frágil deles
entra sozinho
em nossa casa,
rouba-nos a luz, e,
conhecendo nosso medo,
arranca-nos a voz
da garganta
e já não podemos
dizer nada.

”

(Mayakowski)

O CÓDIGO DE ÉTICA DO JORNALISTA

"O Congresso Nacional dos Jornalistas Profissionais aprova o presente Código de Ética: O Código de Ética do Jornalista fixa as normas a que deverá subordinar-se a atuação do profissional, nas suas relações com a comunidade, com as fontes de informação e entre jornalistas.

I. DO DIREITO À INFORMAÇÃO

- Art. 1º - O acesso à informação pública é um direito inerente à condição de vida em sociedade, que não pode ser impedido por nenhum tipo de interesse.
- Art. 2º - A divulgação da informação, precisa e correta, é dever dos meios de comunicação pública, independente da natureza de sua propriedade.
- Art. 3º - A informação divulgada pelos meios de comunicação pública se pautará pela real ocorrência dos fatos e terá por finalidade o interesse social e coletivo.
- Art. 4º - A prestação de informações pelas instituições públicas, privadas e particulares cujas atividades produzam efeito na vida em sociedade é uma obrigação social.
- Art. 5º - A obstrução direta ou indireta à livre divulgação da informação e a aplicação de censura ou autocensura são um delito contra a sociedade.

II - DA CONDUTA PROFISSIONAL DO JORNALISTA

- Art. 6º - O exercício da profissão de jornalista é uma atividade de natureza social, e de finalidade pública, subordinado ao presente Código de Ética.
- Art. 7º - O compromisso fundamental do jornalista é com a verdade dos fatos, e seu trabalho se pauta pela precisa apuração dos acontecimentos e sua correta divulgação.
- Art. 8º - Sempre que considerar correto e necessário, o jornalista resguardará a origem e identidade das suas fontes de informação.
- Art. 9º - É dever do jornalista:
- a) divulgar todos os fatos que sejam de interesse público;
 - b) lutar pela liberdade de pensamento e expressão;
 - c) defender o livre exercício da profissão;
 - d) valorizar, honrar e dignificar a profissão;
 - e) opor-se ao arbítrio, ao autoritarismo e à opressão, bem como defender os princípios expressos na Declaração Universal dos Direitos do Homem;
 - f) combater e denunciar todas as formas de corrupção, em especial quando exercida com o objetivo de controlar a informação;
 - g) respeitar o direito à privacidade do cidadão;
 - h) prestigiar as entidades representativas e democráticas da categoria.
- Art. 10 - O jornalista não pode:
- a) aceitar oferta de trabalho remunerado em desacordo com o piso salarial da categoria ou com a tabela fixada por sua entidade de classe;
 - b) submeter-se a diretrizes contrárias à divulgação correta da informação;
 - c) frustrar a manifestação de opiniões divergentes ou impedir o livre debate;
 - d) concordar com a prática de perseguição ou discriminação por motivos sociais, políticos, religiosos, raciais, de sexo e de orientação sexual;
 - e) exercer cobertura jornalística, pelo órgão em que trabalha, em instituições públicas e privadas onde seja funcionário, assessor ou empregado.

III - DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL DO JORNALISTA

- Art. 11 -** O jornalista é responsável por toda a informação que divulga, desde que seu trabalho não tenha sido alterado por terceiros.
- Art. 12 -** Em todos os seus direitos e responsabilidades, o jornalista terá apoio e respaldo das entidades representativas da categoria.
- Art. 13 -** O jornalista deve evitar a divulgação de fatos:
- a) com interesse de favorecimento pessoal ou vantagens econômicas;
 - b) de caráter mórbido e contrários aos valores humanos.
- Art. 14 -** O jornalista deve:
- a) ouvir sempre, antes da divulgação dos fatos, todas as pessoas objeto de acusações não comprovadas, feitas por terceiros e não suficientemente demonstradas ou verificadas.
 - b) tratar com respeito a todas as pessoas mencionadas nas informações que divulgar.
- Art. 15 -** O jornalista deve permitir o direito de resposta à pessoas envolvidas ou mencionadas em sua matéria, quando ficar demonstrada a existência de equívoco ou incorreções.
- Art. 16 -** O jornalista deve pugnar pelo exercício da soberania nacional, em seus aspectos político, econômico e social, e pela prevalência da vontade da maioria da sociedade, respeitados os direitos das minorias.
- Art. 17 -** O jornalista deve preservar a língua e a cultura nacionais.

IV - APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE ÉTICA

- Art. 18 -** As transgressões ao presente Código de Ética serão apuradas e aprecladas pela Comissão de Ética.
- Parágrafo 1º - A Comissão de Ética será eleita em Assembléa Geral da categoria, por voto secreto, especialmente convocada para este fim.
- Parágrafo 2º - A Comissão de Ética terá cinco membros com mandato coincidente com o da diretoria do Sindicato.
- Art. 19 -** Os jornalistas que descumprirem o presente Código de Ética ficam sujeitos gradativamente às seguintes penalidades, a serem aplicadas pela Comissão de Ética:
- a) aos associados do Sindicato, de observação, advertência, suspensão e exclusão do quadro social do Sindicato;
 - b) aos não associados, de observação, advertência pública, impedimento temporário e impedimento definitivo de ingresso no quadro social do Sindicato.
- § Único - As penas máximas (exclusão do quadro social, para os sindicalizados, e impedimento definitivo de ingresso no quadro social, para os não sindicalizados) só poderão ser aplicadas após prévio referendo da Assembléa Geral especialmente convocada para este fim.
- Art. 20 -** Por iniciativa de qualquer cidadão, jornalista ou não, ou instituição atingido, poderá ser dirigida representação escrita e identificada à Comissão de Ética, para que seja apurada a existência de transgressão cometida por jornalista.
- Art. 21 -** Recebida a representação, a Comissão de Ética decidirá sua aceitação fundamentada ou, se notadamente incabível, determinará seu arquivamento, tornando pública a decisão, se necessário.
- Art. 22 -** A aplicação de penalidade deve ser precedida de prévia audiência do jornalista objeto de representação, sob pena de nulidade.
- Parágrafo 1º - A audiência deve ser convocada por escrito, pela Comissão de Ética, mediante sistema que comprove o recebimento da respectiva notificação, e realizar-se-á no prazo de 10 dias a contar da data de vencimento do mesmo.
- Parágrafo 2º - O jornalista poderá apresentar resposta escrita no prazo do parágrafo anterior, ou apresentar suas razões oralmente, no ato da audiência.
- Parágrafo 3º - A não observância, pelo jornalista, dos prazos previstos neste artigo, implica a aceitação dos termos da representação.
- Art. 23 -** Havendo ou não resposta, a Comissão de Ética encaminhará sua decisão às partes envolvidas, no prazo mínimo de 10 dias, contados da data marcada para a audiência.
- Art. 24 -** Os jornalistas atingidos pelas penas de advertência e suspensão podem recorrer à Assembléa Geral, no prazo máximo de 10 dias corridos a contar do recebimento da notificação.
- § Único - Fica assegurado ao autor da representação o direito de recorrer à Assembléa Geral, no prazo máximo de 10 a contar do recebimento da notificação, caso não concorde com a decisão da Comissão de Ética.
- Art. 25 -** A notória intenção de prejudicar o jornalista, manifesta em caso de representação sem o necessário fundamento, será objeto de censura pública contra o seu autor.
- Art. 26 -** O presente Código de Ética entrará em vigor após a homologação em Assembléa Geral de Jornalistas, especialmente convocada para este fim.
- Art. 27 -** Qualquer modificação neste Código somente poderá ser feita em Congresso Nacional de Jornalistas, mediante proposição subscrita no mínimo por 10 delegações representantes de Sindicatos de Jornalistas.



Colocação do CID em Atestado Médico e a Exigência de Portaria Ministerial

PARECER
CRMPR Nº 075/87

No que concerne à consulta formulada pela FUNDEPAR, quanto a possíveis irregularidades nos atestados apresentados pela sua funcionária, R..... B....., visando justificar diversas faltas ao trabalho, preliminarmente, antes de responder objetivamente às perguntas pertinentes, mister se faz algumas considerações sobre a legitimidade da Portaria 329I do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Sem pretender, desde já, trazer a cotejo, o entendimento deste Conselho, no que se refere a atestados devidamente firmados por profissional médico, cumpre ressaltar que entendo como ineficaz a Portaria aludida e oriunda do MPAS. E isto porque, a CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, decorrente do Decreto nº 89.312, de 23.01.84, em seu artigo 27 exclue da égide da Previdência, a expedição de atestado médico a empregado, quando se refere a afastamento do trabalho por doença, não superior a quinze dias. Com efeito, dispõe o dispositivo aludido:

Durante os primeiros quinze dias de afastamento da atividade por motivo de doença, incumbe a empresa pagar ao segurado o seu salário.

É o parágrafo único do artigo citado, complementando a intenção da Previdência, em isentar-se da expedição do atestado respectivo, determina:

A empresa que dispõe de serviço médico próprio ou em convênio tem a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes a esse período, somente encaminhando o segurado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar quinze dias.

Esta regra disposta pelo Decreto nº 89.312, repete "ipse litere", anterior disposição inserida no Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, em seu artigo 78 e § único.

Ora, depreende-se, pois, que se o empregado apresenta atestado médico para justificar "falta de trabalho", não superior a quinze dias consecutivos, as regras deverão ser determinadas pela própria empresa, independentemente da interferência da Previdência, cuja responsabilidade apenas ocorrerá, na hipótese de se extravasar a ausência pelo prazo aludido.

Destarte, se esta é a Lei, deve ser obedecida, não podendo então ser alterada salvo por outra lei. Depreende-se portanto, "Prima facie", que a Portaria nº 3291, de 20.02.84, do MPAS, é evidentemente ineficaz, posto que, pretendeu modificar preceitos estabelecidos pelos Decretos nºs 89.312 e 82.080, o que "data vênia", não é possível. No caso, há que se salientar a hierarquia de leis, preceito perfeitamente estabelecido pela Lei de Introdução ao Código Civil, que dispõe:

Não se destinando à vigência temporária, a lei terá vigor até que outra a modifique ou revogue.

Assim sendo, se ambos os Decretos referidos, determinam claramente, que à empresa compete o abono de faltas de empregados, cuja ausência ao trabalho, não seja superior a quinze dias, não é admissível que uma Portaria venha dispor quanto a normas a serem seguidas no que concerne aos atestados médicos.

Dito isto, é óbvio que a FUNDEPAR não necessita ter como obrigação, a recusa de atestados que não se atenham a referida Portaria nº 3291/84 do MPAS; lhe sendo portanto ilícito aceitar os preenchidos de forma diversa, desde que cumpram os requisitos indispensáveis à validade do documento.

De outro lado, no que concerne a obrigatoriedade exigida pela Previdência, de que nos atestados para justificação de "falta ao trabalho" conste obrigatoriamente o CID, este Conselho já por diversas vezes se pronunciou no sentido de que isto implica em quebra do sigilo médico, sujeitando o infrator ao Código Brasileiro de Deontologia Médica. O assunto já foi objeto de exame pelo Conselho Regional de Medicina, que ainda mantém seu entendimento. Conclui-se portanto, que se o subscritor dos atestados em questão, omitiu-se em declinar o CID, nada mais fez de que atender ao dispositivo ético, ao qual está obrigado, em que pese qualquer outra determinação em contrário, ainda que oriunda do Ministério da Previdência Social, que aliás, não tem competência legal para disciplinar sobre o assunto, que é da alçada do Conselho de Medicina.

Ademais, convém frisar, que a referência ao CID, só é admissível, ou para fins de serviço médico, ou ainda, quando houver o consentimento explícito do paciente ou de seus responsáveis.

Destarte, se a FUNDEPAR não está obrigada a acatar as normas determinadas pela Portaria nº 3291/84 e se o subscritor dos atestados, agiu corretamente quando omitiu o CID, embora o tenha declinado em um deles, resta-lhe somente se verificar se os documentos preenchem os requisitos determinados pelo Conselho Regional de Medicina, que no caso de constituem em: 1) - Nome do paciente, 2) - Data do atendimento, 3) - Prazo necessário ao afastamento do trabalho, 4) - Identificação e CRM do médico subscritor.

Por outro lado, se dúvidas persistem quanto a veracidade dos atestados, as mesmas devem ser suscitadas e comprovadas através de perícia na paciente, e se for o caso, trazidas ao conhecimento deste CRM, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Deste modo, em respostas às indicações, salientamos:

- 1) A FUNDEPAR, do ponto de vista médico administrativo, não agiu corretamente, mesmo porque os atestados em questão, têm validade até prova em contrário.
- 2) Não se pode afirmar conseqüentemente, que o médico Abdalle Sarraf Neto incorreu em erro profissional.

É o meu parecer.

Curitiba, 1º de junho de 1987.

ANTONIO CELSO C. DE ALBUQUERQUE

Approved em Sessão Plenária de 22/06/87

Assessor Jurídico



**Evite
Pânico
ao Solicitar**

NECRÓPSIA

Vamos ser francos: pedir a autorização para uma autópsia não é um dos trabalhos mais agradáveis em medicina. Ninguém tem prazer em aborrecer quem acaba de perder a mãe, o pai ou um filho. As autópsias são entretanto necessárias para o progresso médico e da instrução em medicina, e assim sendo, elas devem ser feitas e você deve usar uma argumentação que tenha grande chance em receber um "sim" como resposta.

Mas qual é a melhor argumentação?

Por que alguns hospitais, ou pelo menos os médicos destes hospitais, tem mais sucesso que outros?

Para descobrir estas respostas, "Resident Physician" decidiu entrar em contato com os médicos dos hospitais que apresentam alto índice de autópsia. Enviamos um questionário a 60 hospitais com os mais altos percentuais de consentimento de autópsias no ano precedente, perguntando-lhes qual o "segredo do sucesso" em obter a permissão para autópsias. E, desde que o sucesso neste particular depende obviamente das respostas corretas às objeções que são levantadas, perguntamos também quais as objeções mais comuns e como elas eram tratadas. Queríamos saber também quais as objeções mais difíceis de vencer, e finalmente perguntamos quais os meios para preparar os residentes para esta tarefa desagradável, mas necessária.

Recebemos respostas de 12 hospitais federais, 12 hospitais de crianças e 12 hospitais gerais. O nº total de médicos que respondeu ao questionário foi 104. Eis o que eles disseram:

— No que diz respeito ao treinamento para esta tarefa existe considerável variação de um hospital para outro. Por exemplo, somente 6 dos hospitais disseram que tinham um programa especial de orientação para os novos residentes. Na maioria dos casos a orientação era feita pelos Chefes de Serviços. Outros nos responderam que, embora não tivessem um programa formal de treinamento, "comentários pertinentes são freqüentemente feitos", "o assunto é ocasionalmente discutido nas visitas", "o assunto é abordado em discussões pessoais", "cada Chefe de Serviço usualmente conduz o seu próprio programa", "a maioria dos nossos residentes já tiveram a experiência em outras instituições", etc.

Em um dos hospitais, cada novo grupo de internos recebe informações sobre a importância da autópsia dada pelo patologista. Técnicas para obter a permissão da autópsia são apresentadas pelo Diretor de Educação Médica durante o programa de orientação dos internos e freqüentemente são comentadas durante as visitas. Os internos e residentes são informados todos os meses da porcentagem de autópsias, chamando-se-lhes a atenção quando o número cai.

Na maioria dos outros hospitais os novos residentes recebem um folheto que

apresenta as objeções mais comumente feitas à realização da autópsia e que sugere as respostas possíveis, oferecendo um guia geral para conduzir toda a situação.

A responsabilidade em obter a permissão da autópsia mais frequentemente é um trabalho do residente responsável pelo caso, embora, em alguns hospitais seja da alçada do interno. Em vários hospitais, entretanto, independentemente de quem começa a solicitação, se este não for bem sucedido, o seu superior imediato deverá tentar. O que é importante é a solicitação ser feita, e por vários médicos, se necessário.

— No que diz respeito às objeções, a mais comum é: "Mas ele já sofreu demais". A maior parte dos entrevistados concordam que a melhor resposta é assinalar que agora o paciente não pode mais sofrer. Alguns médicos chegam ao ponto de dizer que o procedimento da autópsia não é doloroso. A experiência tem mostrado que existem pessoas que precisam ser informadas sobre este aspecto.

Além disto deve ser lembrado que, através dos achados da autópsia, pode-se ajudar outros parentes. As famílias poderão ser receptivas quando informamos que sofrimento futuro poderá ser evitado, ou que o consentimento por outros no passado, poderia ter evitado tanto sofrimento para seu parente, ou mesmo curado a doença.

Alguns dos entrevistados costumam assinalar que o próprio paciente teria consentido, ou que ele terá sofrido em vão se a permissão for negada. Outros recomendam que se deva ser "compreensível e tolerante, usando, ao mesmo tempo, discreta persuasão, dizendo: "Eu concordo perfeitamente com sua objeção, mas..." De um modo geral, embora exista resistência à idéia de um autópsia após uma doença bastante crítica, uma vez que os familiares estiverem mais calmos ele serão mais receptivos a uma explanação lógica e a discussão razoável.

Um número de entrevistados recomenda que se deve dar às famílias uma oportunidade para se acalmar, mostrando simpatia e preocupação, permitindo-lhes que expressem sua dor, tentando facilitar seu sofrimento, antes de entrar com o pedido de consentimento. Se se pode pedir o consentimento em uma atmosfera agradável, com acentos confortáveis, e mesmo com chá ou café, respondem alguns, o consentimento vem mais facilmente.

A 2ª objeção mais comum é o medo que o corpo seja mutilado, desfigurado, de que seja usado para experiências, como disse um médico: "... o horror de que o corpo seja cortado sob os olhos de um grupo de estudantes de enfermagem e médicos pladistas, como tem sido popularizado em histórias na TV ou em livros". Esta é a ocasião de dizer que a autópsia é um procedimento diagnóstico, conduzido como uma operação, na qual as feridas são saturadas e a face não é tocada.

Embora este pontos sejam óbvios para os médicos, uma pessoa leiga não tem a menor idéia do que ocorre durante uma autópsia. Na realidade, alguns até pensam que o corpo é totalmente desmembrado. Assim, de acordo com os entrevistados, as objeções que decorrem do mau entendimento sobre o que é a autópsia, habitualmente desaparecem com a explicação.

Um 3º tipo de objeção está baseado em princípios religiosos. Os entrevistados acham que tais objeções são melhores conduzidas com a ajuda do capelão. Entretanto, aqui também se deve insistir em que a informação obtida da autópsia pode ajudar os outros. É interessante notar que dois entrevistados mencionaram que hoje, nos Estados Unidos, nenhuma das religiões principais tem objeções à autópsia. Na realidade, a dissecação do corpo não é proibida por nenhum código teológico, quando um médico respeitável acredite que tal estudo seja necessário para o avanço da ciência médica.

Outra objeção comum, em ordem de freqüência, ocorre quando se tem que lidar com o ignorante ou o supersticioso. Nesta ocasião deve-se usar linguagem simples, muito tato, e uma explicação paciente que pode ou não funcionar. Pode-se sugerir, por exemplo, que a doença seja hereditária.

Para outras objeções que aparecem freqüentemente, deve-se sempre frisar a importância da autópsia, de como os achados podem ajudar a outros pacientes. A objeção de que a necrópsia não fará nenhum bem ao paciente falecido é melhor

combatida com a exploração de como a necropsia pode aumentar o nosso conhecimento médico, de como pode ajudar a outros e, em particular, aos parentes do próprio paciente.

Um patologista mencionou que o consentimento mais difícil de se obter é o de parentes de membros de profissões ligadas à medicina. Na sua opinião, estes indivíduos sabem o suficiente sobre as autópsias para se ressentir de seus maus aspectos, mas não o suficiente para compreender a sua necessidade para a medicina. Ele diz, que para obter maior número de permissões neste grupo de parentes "talvez nós devêssemos mudar nossa maneira de educar estas profissões: Talvez eles devessem ter maior exposição à autópsia sob cuidadosa orientação, ou talvez simplesmente não devessem ter exposição nenhuma".

Quase todos os hospitais atribuem seu sucesso ao estabelecimento de um bom relacionamento com o paciente e sua família. Os hospitais de crianças, por exemplo, saem-se excepcionalmente bem, justamente por serem hospitais de crianças. A morte de uma criança é mais difícil de aceitar do que de uma pessoa velha, e a maioria dos pais quer saber porque a criança morreu. Mais importante ainda, eles querem ter certeza de que não havia nada mais a fazer. Além disso, há também a possibilidade de que a autópsia revele uma doença que pode afetar os irmãos; portanto, são receptivos à ideia da autópsia. Existe porém algo mais nos hospitais de crianças: quase sempre existe um bom relacionamento entre os pais e o médico. Usualmente um dos pais estará constantemente em contacto e fica conhecendo melhor o médico. Os pais são em geral bastante envolvidos na doença dos filhos.

Outros "segredos de sucesso", incluíram respostas como:

1. Um hospital que deixa a obtenção da permissão da necropsia de um paciente particular nas mãos de um interno ou residente, não tem muita chance de conseguir alta porcentagem;

2. A necropsia deve ser solicitada à família pelo próprio médico do paciente, o qual deve estar presente quando o paciente morre ou imediatamente após o óbito;

3. Um hospital atribui o seu sucesso ao fato de que os internos e residentes sentem que existe uma pressão de cima para manter a taxa de autópsias elevadas e, desse modo, fazer o maior esforço para obter a permissão;

4. O corpo clínico está interessado; a maioria dos médicos vão às reuniões de autópsias de seus pacientes;

5. Um médico atribui o fato de seu sucesso à remessa de relatórios pelo clínico e pelo patologista ao médico da família e à própria família;

6. Outro médico atribui o sucesso à prontidão com que a patologia realiza a necropsia e libera o corpo.

Um hospital de crianças de Milwaukee, afiliado à Marquette University Medical School, distribui um folheto para a orientação dos residentes que solicitam permissão para necropsia e que diz o seguinte:

1. Evite os termos "autópsia" e "necropsia", usando simplesmente: "exame do corpo";

2. Notifique os parentes prontamente; coloque na lista de situação crítica; permita privilégios especiais de visita;

3. Seja cortês, especialmente ao responder solicitações antes da morte;

4. Seja acessível à família durante a doença;

5. Dê atenção ao paciente;

6. Nunca solicite a necropsia na enfermaria ou no quarto do doente;

7. Imediatamente depois que o choque da morte tenha diminuído, conduza os parentes a um ambiente quieto, informe sobre a doença do paciente, de modo simples, mas com o prontuário na mão, respondendo a todas as questões a respeito. Às questões duvidosas responda: "o que eu disse é a minha opinião clínica e é o que eu esperaria encontrar se nós pudéssemos fazer o exame do corpo".

Dirija-se sempre à figura dominante do grupo.

Argumentos para a necrópsia:

1. Obrigação para com a humanidade.
2. Determinação da causa correta da morte.
3. Satisfação para os seguros.
4. Extensão da doença.
5. Raridade da doença (quando isto for verdadeiro).
6. Auxílio à pesquisa.
7. Natureza hereditária; talvez salve outras crianças.
8. Avaliação do tratamento.
9. Autópsias não são incomuns: Colombo, Napoleão, Lincoln, Kennedy etc.

Argumentos contra a necrópsia e como respondê-los:

1. "Eu sei, mas é melhor não dar o consentimento. Deixe isto para que outros o façam".

Resposta: "Durante muito tempo as pessoas se recusaram a dar esta permissão, e por esta razão a medicina não progrediu. Se nós soubéssemos como reconhecer os sinais iniciais desta doença, o seu filho poderia ter sido salvo. Esta é uma atitude egoísta e se todos a tomassem não haveria progresso na medicina. Todos se beneficiam com os conhecimentos advindos do exame do corpo, assim sendo, o senhor deve também dar a sua contribuição".

2. "O exame vai desfigurar o corpo".

Resposta: O exame é feito por um especialista através uma incisão cirúrgica que será adequadamente saturada. Não haverá desfiguração".

3. "Mas mesmo assim isto é uma mutilação".

Resposta: "Sim, mas a mutilação, como você chama, é um procedimento ético levado a efeito com todo o respeito para com o falecido e visando o benefício da humanidade".

4. "Este é um caso comum. Você não vai aprender nada com ele".

Resposta: "Isto é uma coisa que nunca se pode dizer. Muitas observações importantes e grandes descobertas foram feitas em casos que pareciam comuns. Mesmo quando achados não esperados não são encontrados a autópsia tem grande valor para comparar e confrontar sintomas e modos de tratamento".

5. "Mas o câncer é sem esperança".

Resposta: "Existem... casos de cura de câncer neste hospital. Os métodos empregados em casos bem sucedidos foram desenvolvidos pelo estudo de casos como este".

6. "Ele já sofreu demais".

Resposta: Nós não vamos aumentar o seu sofrimento. Devemos agradecer porque eles já terminaram. Mas centenas de outros seres humanos estão sofrendo tanto quanto ele. Ele ficaria contente se soubesse que o seu consentimento pode evitar que alguém mais venha a sofrer do mesmo modo".

7. "Isto não o trará de volta".

Resposta: "É verdade, mas dará a alguém mais, possivelmente a um outro membro da família, anos adicionais de vida. Pode, por exemplo, detectar doença hereditária não suspeitada, de importância para os membros sobreviventes da família".

8. "Não nos interessa o que ele tinha".

Resposta: "Isto pode ser verdade agora, quando o choque da morte é mais forte; mais tarde, porém, quando a dor tenha sido controlada, surgirão perguntas que não foram respondidas: O que realmente causou a sua morte? Além disso é certamente confortador para a família saber que tudo o que medicamente era possível foi feito e que a família não tem motivos para se acusar de negligência. Finalmente, a necrópsia pode mostrar que a morte, naquele momento, foi uma benção, considerando certos prognósticos que só são identificáveis após a morte pela necrópsia".

Tradução do artigo "To Get Consent for a Post", pelo prof^o Afonso Coelho. Publicado em "Resident Physician", página 55-56, Agosto 1967.

profissão de mergulhador

APRESENTAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO

O Presidente do Conselho Superior do Trabalho Marítimo, Dr. Milton Ferreira Tito, através do telex CSTM nº 49/87, protocolado neste Conselho Federal sob o nº 962/87, consulta-nos sob a possibilidade de condicionar o exercício da profissão de mergulhador à apresentação de atestado fornecido por especialista em medicina hiperbárica.

Estabelece a Lei, nº 3268, de 30 de setembro de 1957, em seu art. 17, que para exercer legalmente a medicina deve o médico estar regularmente inscrito no Conselho sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Deste modo, estando ele inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina competente, poderá praticar todos os atos inerentes à sua profissão. Em suma: possui o médico competência lata para a prática de todos os atos médicos independentemente de sua área de especialização.

Pelo visto, entendemos que condicionar a emissão de atestado à especialização do médico constitui lesão aos princípios constitucionais que norteiam o livre exercício profissional e às normas que regulamentam o exercício da Medicina.

A apresentação de atestado médico, visando comprovar a higidez física e mental de indivíduo para o exercício da profissão de mergulhador, é providência digna de elogio. Por outro lado, há de se constatar impropriedade o fato de condicionar-se a emissão deste atestado à determinada especialização, pois todo médico possui competência legal para a prática de todos os atos médicos.

Deve-se, ainda, registrar a inexistência de especialização em medicina hiperbárica, posto que não faz parte do elenco de especialidades médicas reconhecidas e aceitas pelo Conselho Federal de Medicina, assim contidas na Resolução CMF nº 879/78.

Por tais fatos, nada temos em contrário quanto ao condicionamento de apresentação de atestado passado por médico, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina competente, para o seu examinado no sentido de exercer a profissão de mergulhador, sem exigência à sua especialização.

É o parecer, s.m.j.

João pessoa, 08 de agosto de 1987.

GENIVAL VELOSO DE FRANÇA
Relator

Da responsabilidade do médico cirurgião

Antônio Celso Albuquerque*

No que concerne ao aspecto penal, o assunto se esvai na redação do artigo 13º do Código Penal, quando dispõe que "o resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido". Isto quer dizer portanto que se um paciente, submetido a intervenção cirúrgica, suporhamos, venha a falecer por negligência, imperícia ou imprudência, cometida por um outro elemento da equipe cirúrgica, que não o cirurgião, a este não advirá qualquer responsabilidade penal, pela qual responderá exclusivamente o seu autor.

Outro todavia poderá ser o entendimento, se levarmos a questão para a área cível, quando então a pendência se arguirá o disposto pelo artigo 159 do Código Civil, combinado com o 1521, inciso III do atudido Diploma Legal. Assim, dentro do Direito Civil, se trouxéssemos a consideração a mesma situação já exposta, teríamos preliminarmente que o autor da ação ou omissão que causou a morte do paciente, se comprovado que agiu com negligência, imprudência ou imperícia, estaria sujeito a responder a uma ação de indenização pela morte que deu causa. Porém, se a lei prevê esta responsabilidade direta do causador do dano, também disciplina quanto a responsabilidade indireta, no caso, do cirurgião, chefe da equipe, de conformidade com o disposto pelo artigo 1521, inciso III do Código Civil.

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

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

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

Outra questão também tem sido comumente arguida, especificamente quanto a responsabilidade, quer do cirurgião ou mesmo do hospital, na eventual aplicação de sangue contaminado em paciente. Da mesma forma, tanto a responsabilidade de um, como de outro, continua atada principalmente no inciso III do artigo 1521 do Código Civil. Quer dizer, se o Banco de Sangue com o qual o hospital mantém convênio, fornece material contaminado e que é aplicado em paciente, a responsabilidade pelo dano causado, no que concerne a eventual indenização, será solidária, tanto na entidade conveniada, como no hospital e do cirurgião chefe da equipe. No que diz respeito a esfera penal, aplicar-se-á, no caso, o disposto pelo artigo 13 do Código Penal.

Finalizando, há que se ressaltar que o assunto é controvertido e os comentários dispostos, evidentemente, não esgotam a matéria. Deve-se levar em conta, que apenas nos últimos anos a responsabilidade médica vem sendo, com mais frequência, levada aos Tribunais brasileiros, sendo por isso ainda escassas as decisões a respeito.

* Consultor Jurídico do CRM-PR.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1988/1993

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

DELEGACIAS REGIONAIS

1. COMISSÃO DA FISCALIZAÇÃO DO

EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Cons. Luiz Carlos Sobania (Presidente)
Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Octaviano Baptistini Junior
Cons^a. Tania Mara Cunha Schaefer
Cons. Sergio Augusto de Munhoz Pitaki
Cons. Daebes Galati Vieira

2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho (Presidente)
Cons. José Marcos Parreira
Cons. Gabriel Paulo Skroch
Editor da Revista – Dr. Ehrentfried Othmar Wittig

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Cons. Nelson Egydio de Carvalho (Presidente)
Cons^a. Solange Borba Gildemeister

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Cons. João Zeni Junior (Presidente)
Cons. José Leon Zindeluck
Cons. Gabriel Paulo Skroch
Cons. Odair de Floro Martins
Cons. Luiz Carlos Misurelli Palmquist
Cons. Carlos Augusto Ribeiro

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Cons. João Nassif (Presidente)
Cons. Nelson Emílio Marques
Cons. Jaime Ricardo Paciornik

6. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Cons. Hélio Geminiani (Presidente)
Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha
Cons. Carlos Henrique Gonçalves

7. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS (REPRESENTANTES JUNTO À AMP)

Cons. João Nassif (Presidente)
Cons^a. Nanci de Santa Palmieri de Oliveira

8. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Cons. Wadir Rúpollo (Presidente)
Cons. Marco Antonio Araujo da Rocha Loures
Cons. Henrique de Lacerda Suplicy
Cons. Osmar Ratzke

9. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Cons. Nelson Egydio de Carvalho (Presidente)
Cons. Nelson Emilio Marques
Cons. Luiz Carlos Misurelli Palmquist
Cons. João Zeni Júnior
Cons. Carlos Ehke Braga Filho
Cons. Marco Aurélio de Quadros Cravo

DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto de Rezende (Presidente)
Dr. Kemel Jorge Chammas (Secretário)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Colaborador)
Dr. Míniao Ikawa (Suplente)
Dr. Carlos Alberto Ferri (Suplente)
Dr. José Carlos Amador (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA

Dr. Carlos Alberto de Almeida Boer (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Ivan Pozzi (Colaborador)
Dr. João Fernando Cáfaro Góis (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Polonio de Oliveira (Suplente)
Dr. Junot Cordeiro (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sacilotto (Presidente)
Dr. Reinado Rocha Martins (Secretário)
Dra. Sônia Margaret C. da Costa (Colaboradora)
Dr. Belarmino Antônio Baccin (Suplente)
Dr. João Guerino Cato (Suplente)
Dr. Floriano Kaiss (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antônio de Melo Costa (Presidente)
Dr. Paulo Afonso de Barcelos (Secretário)
Dr. Ivan José Cardoso Frey (Colaborador)
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)
Dr. Francisco Martinez Cebrian (Suplente)
Dr. Edison Morel (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dra. Yadiria Raquel Tapia G. Pereira (Presidente)
Dr. Vilmar Rizzo (Secretário)
Dr. Univado Sagae (Colaborador)
Dr. Raul Miranda (Suplente)
Dr. Faustino Alferes Garcia (Suplente)
Dr. Milton de Oliveira (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Danilo Saad (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Achilles Buss Junior (Colaborador)
Dr. Geraldo Nadal (Suplente)
Dr. Gerakdo Trentini (Suplente)
Dr. Isac S. Melnick (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PARANAGUÁ

Dr. Mario Budant de Araújo (Presidente)
Dr. Eduardo Marecki (Secretário)
Dr. José Michel Gantus (Colaborador)
Dr. Ivo Petry Maciel Junior (Suplente)
Dr. Mario Percegon (Suplente)
Dr. Lauber Macedo de Mattos (Suplente)