

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

IMPRESSO

v. 11, n. 43 - julho / setembro - 1994

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1993/1998
DIRETORIA

Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
Vice-Presidente:	Cons. Odair de Floro Martins
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2º Secretário:	Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Tesoureiro:	Consª. Mara Albonei Dudeque Pianowski
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Daebes Galati Vieira
Dr.ª Eleusis Ronconi de Nazareno
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Hélcio Bertolozzi Soares
Dr. Ivan Pozzi (Londrina)
Dr. João Batista Marchesini
Dr. Kemel Jorge Chammass (Maringá)
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Dr. Luiz Sallim Emed
Dr.ª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Dr.ª Mônica De Biase Wright Kastrup
Dr. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Odair de Floro Martins
Dr. Roberto Bastos da Serra Freire (***)
Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTE

Dr. Adolar Nicoluzzi
Dr. Álvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Dr.ª Ana Zulmira Eschholz
Dr. Antonio Carlos Bagatin
Dr. Antonio Katsumi Kay
Dr. Carlos Castello Branco Neto
Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Dr. Gilberto Saciloto (Guarapuava)
Dr. Iracy Maciel Meyer (**)
Dr. José Carlos de Miranda
Dr. Luiz Jacinto Siqueira (Ponta Grossa)
Dr.ª Marília Cristina Milano Campos
Dr. Mário Luiz Luvizotto
Dr. Moacir Pires Ramos
Dr. Nelson Antonio Barufatti Filho (Foz do Iguazú)
Dr. Ricardo Rydygier de Ruediger
Dr.ª Wilma Brunetti
Dr.ª Zaira Lúcia Letchacovski de Mello

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavancanti de Albuquerque

(*) Liberado
(**) Falecido
(***) Substituto

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320
Telefone: (041) 223-1414 - Fax: (041) 223-1829



ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR.	Curitiba	v. 11	Nº 43	p.116-172	Jul. - Set.	1994
--------------------------------	----------	-------	-------	-----------	-------------	------

Sumário

Atos Cirúrgicos e Endoscópicos Ambulatoriais	116
A Pastoral de Saúde Hospitalar e seus desafios éticos	118
Condenação por rotura de hímem	122
Transfusão de sangue - Testemunha de Jeová	122
Declaração de óbito	123
Tráfico de crianças para extração de órgãos	124
Omissão de socorro	124
Prisão de médicas	124
A importância da relação Médico-Paciente	125
Médico de família	131
Segredo médico	134
Médicos de amanhã: Especialistas ou (novamente) Generalistas?	135
Conceito de especialidade	140
A Medicina e a setorização do ser humano	141
A incompetência geral e a especializada	142
Atestado médico	143
Venda de óculos sem prescrição médica	144
Resolução CFM nº 1047/94 - Assistência à saúde mental	146
Os direitos do paciente com distúrbio mental	159
Fornecimento de prontuários para auditorias do SUS e outros tomadores de serviços e para autoridades judiciárias	162
Só existe desvantagem quando cada um quer levar vantagem em tudo	165
Medicina do Tráfego	166
Medicina do Trabalho em navios e plataformas	170
Falha na confecção de vacina	172

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

“Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná”, órgão oficial do CRM/ PR, é uma revista trimestral dedicada a publicação de trabalhos, artigos, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético. Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando necessariamente a opinião do CRM/ PR. A reprodução do conteúdo da revista, afora os artigos traduzidos, sem fins comerciais, pode ser realizada mediante a citação da fonte. Todos os artigos serão submetidos a análise editorial e a revista se reserva o direito de recusar sua publicação ou fazer sugestões quanto ao conteúdo e a forma. O autor deve dispor de cópia do trabalho porquanto o original, mesmo recusada a publicação, não será devolvido. Poderão ser publicados artigos originais ou transcritos, em língua portuguesa ou estrangeira, que deverão ter um resumo em português. A autorização para a publicação de ilustração como fotografia ou transcrição de tabela, gráfico, etc. é de responsabilidade do autor, a qual, poderá ser solicitada. As ilustrações devem ser entregues numeradas e em envelope anexado. Os artigos devem ser datilografados em papel tipo ofício, em espaço duplo e no máximo 20 páginas. Na primeira página do artigo deve constar o título do artigo, nome do autor e da ilustração onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos no essencial. A revista não oferece separatas. Os unitermos serão preparados pelo autor. Esta revista segue as normas da ABNT.

NORMAS BIBLIOGRÁFICAS

Nas referências de publicações devem constar apenas aquelas citadas nos textos e distribuídas por ordenação alfabética.

As referências bibliográficas de periódicos devem conter os dados seguintes, na ordem: 1 - Sobrenome do autor em letra maiúscula seguido após a vírgula, dos prenomes, citados pelas letras iniciais em letras maiúsculas; 2 - Título completo do artigo seguido de ponto; 3 - Abreviatura oficial do periódico; 4 - Volume em número arábico; 5 - Número do fascículo entre parênteses; 6 - Numeração da primeira e última página, precedida de 2 pontos e seguida de vírgula; 7 - Ano de publicação e ponto.

Exemplo: WERNECK, LC & MAURO, S. Deficiência muscular da cartilina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. *Arq. Neuro-Psiquiat.* (São Paulo) 43 (Nº 02): 281-295, 1985.

Nas referências bibliográficas de livros devem ser indicados: 1 - Sobrenome em letras maiúsculas, seguido de vírgula; 2 - Letras iniciais maiúsculas dos prenomes; 3 - Título completo da publicação; 4 - Editora, cidade de impressão e ano.

Exemplo: LANGE, O. - O líquido cefalorraquidiano em clínica. Melhoramentos, São Paulo, 1937.

Ao final das referências deve constar o endereço completo do primeiro autor.

EDITORIAL

O PAGAMENTO DA ANUIDADE

Por vezes assuntos que possam parecer polêmicos, tornam-se facilmente esclarecidos quando se lhes dá a devida luz.

Todos os médicos inscritos nos Conselhos de Medicina, têm por obrigação o pagamento das anuidades fixadas pelo Conselho Federal de Medicina, até o dia 31 de março de cada ano. Esta obrigação segue o disposto no Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 que regulamenta a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seu Capítulo II, artigo 7º, § 1º e a Resolução nº 1240/87 do Conselho Federal de Medicina, que recomenda que seja efetuada a cobrança das anuidades em atraso, tanto de pessoas físicas quanto jurídicas. Esta cobrança será mediante a inscrição de débito em Dívida Ativa da Autarquia, com subsequente execução judicial, de acordo com o disposto na Lei 6.830/80, que alcança a todos os médicos inadimplentes, independente da modalidade de inscrição que possuam no Conselho Regional de Medicina.

Torna-se necessário deixar claro que tal atitude só é tomada após o envio de várias correspondências aos inadimplentes, com notificação do montante da dívida, propondo cobrança amigável.

A alegação ou justificativa do não recebimento da correspondência do CRM só será aceita se a mesma for devolvida pelo Correio, não sendo a alegação de mudança de endereço motivo plausível, pois o Decreto Federal nº 44.045 publicado no Diário Oficial de 19/07/1958, em seu artigo 6º determina que "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".

Também os médicos sabem que para o exercício da sua atividade devem estar inscritos e quites com suas obrigações no Conselho Regional de Medicina.

Aqueles que não dispensarem a devida atenção aos avisos e conhecimentos terão suas dívidas cobradas segundo prescrevem as Leis e as Resoluções pertinentes. Nós cumprimos a obrigação da lei.

Esta revista é o nosso principal meio de comunicação. Pratique a sua leitura e tenha conhecimento de fatos importantes para seu exercício ético-profissional.

Com estes esclarecimentos, a Diretoria do CRM-PR reafirma a sua conduta pautada inteiramente pelos princípios legais e éticos que devem prevalecer na profissão médica, garantindo direitos iguais a todos os médicos.

CONS. WADIR RÚPOLLO
Presidente

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o médico deve emvidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais do País;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução CFM no 1363/93, de 12 de março de 1993;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a prática da cirurgia ambulatorial, dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos evasivos fora de Unidade Hospitalar, com a utilização de anestesia geral, sedação (venosa, muscular ou inalatória) ou anestesia loco-regional com doses de anestésico local superiores a 3,5 mg/kg de lidocaína (ou dose equipotente de outros anestésicos locais);

CONSIDERANDO o que foi proposto pela Comissão Especial Conjunta do Conselho Federal de Medicina e das Sociedades Brasileiras de Especialidades relacionadas ao tema;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária de 08 de junho de 1994.

RESOLVE;

Art. 1º - Determinar aos médicos que, na prática de atos cirúrgicos e ou endoscópicos em regime ambulatorial, quando em unidade independentes do Hospital, obedeçam às seguintes condições:

I - Condições da Unidade:

- a) condições estruturais higiênico-sanitárias do ambiente e condições de esterilização e desinfecção dos instrumentos de acordo com as normas vigentes;
- b) registro de todos os procedimentos realizados;
- c) condições mínimas para a prática da anestesia, conforme Resolução 1363/93, do Conselho Federal de Medicina;

d) garantia de suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internamento, seja em acomodação própria, seja por convênio com hospital;

e) garantia de assistência, após a alta dos pacientes, em decorrência de complicações, durante 24 horas por dia, seja em estrutura própria ou por convênio com unidade hospitalar;

II - Critérios de seleção do paciente:

a) paciente com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela doença cirúrgica, e paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada;

b) procedimentos cirúrgicos que não necessitem de cuidados especiais no pós-ope-ratório;

c) exigência de acompanhante adulto, lúcido e previamente identificado;

III - Condições de alta do paciente da Unidade:

a) orientação no tempo e no espaço;

b) estabilidade dos sinais vitais, há pelo menos 60 (sessenta) minutos;

c) ausência de náuseas e vômitos;

d) ausência de dificuldade respiratória;

e) capacidade de ingerir líquidos;

f) capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;

g) sangramento mínimo ou ausente;

h) ausência de dor de grande intensidade;

i) ausência de sinais de retenção urinária;

j) dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

Art. 2º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 08 de junho de 1994.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL
Secretário-Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/06/94

A PASTORAL DA SAÚDE HOSPITALAR E SEUS DESAFIOS ÉTICOS

Ramiro C. Pastore*

1 - A atividade pastoral

Seguindo o exemplo e o mandato de Cristo, as igrejas cristãs têm, hoje, a Pastoral da Saúde como uma de suas atividades expressivas.

O termo "pastoral" deriva de pastor: dono do rebanho, responsável pelo rebanho, seu guia, seu condutor. A atitude pastoral revela-se no zelo, na dedicação, no conhecimento e no empenho da vida. Foi servindo-se desta imagem pastoril que Jesus se auto-denominou "Bom Pastor" (Jo 10, 1-8), querendo com ela designar sua atitude em relação à humanidade. Desta mesma atitude Ele quer que sejam portadores os que Ele chama e envia em seu nome.

O cristão que é chamado para ser pastor na área da saúde, para produzir fruto abundante (Jo 15, 1-8), deve viver em comunhão com seu Mestre, assemelhar-se a Ele nos sentimentos de compaixão e de serviço (Fl 2, 1-11; I Cor 13, 4-7) e assumir sua atitude de "Bom Samaritano" em relação ao ser humano assaltado e ferido pela doença.

Na história da pastoral houve um longo período em que este termo era referência exclusiva aos ministros ordenados. A atividade pastoral era atividade específica do sacerdócio ministerial. Com a valorização do sacerdócio batismal, o sacerdócio comum a todos os cristãos, abriu-se um espaço significativo para os leigos na ação pastoral. O historiador Pe. Júlio Munaro destaca três fatores importantes de mudança no conceito de ação pastoral: 1) mudança no conceito de igreja - não só hierarquia e fiéis, mas, acima de tudo, povo de Deus; 2) mudança na relação autoridade e fiéis - não só mando e obediência, mas, essencialmente, comunhão e participação; 3) mudança na Soteriologia (conceito de meios de salvação) - tomada de consciência de que nenhuma religião, nenhuma igreja é dona exclusiva da verdade total, detentora exclusiva dos meios de salvação. A estes fatores de mudança veio somar-se o Ecumenismo, movimento de aproximação das igrejas cristãs, caracterizado pelo compromisso com a verdade, valorização do patrimônio comum da fé, respeito mútuo e apreço pela modalidade própria de cada igreja de viver a fé cristã. Tudo isto evidenciou que a ação pastoral não pode e não deve ser atribuição exclusiva dos ministros ordenados e que os leigos devem ocupar nela seu espaço.

2 - A Pastoral da Saúde hospitalar

A Pastoral da Saúde hospitalar, outrora centrada no ministro ordenado, voltada quase que exclusivamente para o doente e com ênfase na sacramentalização, hoje já não é mais exclusivamente dos ministros, que, sem abdicarem de suas funções específicas, partilham com os leigos, em pé de igualdade, muitas ações pastorais; volta-se para todo o ambiente hospitalar, dá mais ênfase à fé e à evangelização; procura compor-se com os valores da ciência e da técnica.

* Padre Católico Camiliano. Capelão do HC-UFPR. Pastoral da Saúde.

Com o progresso das ciências humanas, principalmente da Psicologia e da Sociologia, ampliou-se o conceito de saúde. Já não se concebe a saúde como ausência de doença, nem como mero bem-estar físico. Entende-se, hoje, por saúde, o bem-estar resultante da harmonia nas dimensões física, psico-social, psico-espiritual e, até, psico-ambiental. O ser humano, a partir deste conceito de saúde, ganha um enfoque “holístico” e passa a ser visto como realidade indivisível e integrada. Com a doença, toda esta integridade é afetada. Uma pessoa doente é vulnerada e atingida em todas as suas dimensões e, como tal, deve ser tratada. Já dizia o velho filósofo Platão (429-347 a.C.) “...É necessário não tentar curar o corpo sem levar em consideração a alma. Esta é a razão porque a cura de muitas enfermidades é desconhecida pelos médicos da Hélade, pois que não conhecem a totalidade que também deve ser estudada, pois que a parte nunca pode estar bem sem que o esteja o todo...” (Cármides). Outro depoimento importante a este respeito encontramos em C. Jung, psicólogo contemporâneo, que em “O homem à descoberta de sua alma” afirma: “Nos últimos 30 anos, pessoas de todos os países civilizados vieram me consultar. Ajudei centenas de pacientes. O maior número foi de protestantes, um número menor de judeus, cinco ou seis católicos crentes. Não houve nenhum destes problemas que, para todos os meus pacientes, não comportasse, em última instância, a necessidade de considerar a vida sob um ponto de vista religioso. Pode-se afirmar que todos caíram doentes porque tinham perdido o que toda a religião deu a seus adeptos através dos tempos, e que nenhum curou-se realmente sem que recobrasse suas idéias religiosas...”. O Serviço Religioso dentro do hospital tem sua função específica, mas não pode estar desligado da função terapêutica do hospital como um todo. A nova concepção de saúde incorpora a religião na terapia, insere a fé no processo de cura. O serviço de pastoral traz para a moderna concepção de cuidado ao paciente um elemento essencial: a fé é um fator vital para a saúde. É dentro das fronteiras de sua fé que o paciente deve ser tratado.

O Serviço Religioso Hospitalar (SRH) não é o único a exercer influência espiritual sobre o paciente. A fé tem o poder de potencializar todas as ações terapêuticas. É aí que sobressai o papel do leigo. A função do SRH é a animação espiritual de toda a realidade hospitalar: pacientes, funcionários e visitantes, estruturas físicas e administrativas. Sua característica e contribuição específicas são os valores da fé.

3 - O perfil do agente do SRH

Dadas as exigências próprias do ambiente hospitalar, o agente do SRH não pode ser uma pessoa improvisada, uma pessoa sem as devidas qualidades humanas, sem carisma, sem uma espiritualidade madura e sem preparo específico. Colocadas estas premissas, podemos traçar um perfil de tal agente:

3.1 - pessoa de personalidade madura e equilibrada, sensível e solidária, capaz de ouvir, escutar e entender a linguagem do sofrimento; pessoa preocupada com a dignidade do paciente, com seus valores de fé e de cultura, disposta a estar junto e a ajudar;

3.2 - pessoa com formação específica que, além da formação humana e religiosa genéricas, conhece os aspectos religiosos implicados com saúde e doença, vida e morte, liberdade e responsabilidade, e que sabe valer-se de tais conhecimentos na ação pastoral;

pessoa que sabe situar-se e relacionar-se com os demais serviços hospitalares, capaz de dialogar e de trabalhar em equipe;

3.3 - pessoa que sabe não exorbitar de suas funções e que não abdica delas, antes sabe reivindicá-las inteligentemente;

3.4 - agente transformador e profeta, capaz de sentir indignação ao descaso da técnica em relação à vida e à dignidade da pessoa humana, que denuncia as falhas, sugere e promove políticas humanizantes;

3.5 - pessoa de fé e consciente de sua missão, que se sente chamada por Deus, a partir da realidade do sofrimento, para ser a presença do amor misericordioso de Cristo junto aos que sofrem e aos que os atendem;

3.6 - pessoa possuidora de espiritualidade pascal e de mística, capaz de gerar vida e esperança em meio ao sofrimento e à morte, capaz de orar a partir do doente e com o doente, capaz de contemplar a presença de Cristo no doente e ser para o doente uma presença do amor de Cristo;

3.7 - pessoa com atitude ecumênica, consciente de atuar em contexto pluralista com diferentes visões de fé e de práticas religiosas e que, sem perder sua identidade e sem assumir atitudes proselitistas, respeita, compreende e promove os valores que encontra, procurando integrá-los no processo de cura;

3.8 - pessoa capaz de agir na gratuidade, capaz de sair de si para ir ao encontro do outro, abstraindo de seus próprios problemas, que age com disponibilidade, espírito de sacrifício, sem competição e sem esperar retornos gratificantes;

3.9 - pessoa criativa e educadora, que age sem paternalismos e sem alimentar falsas esperanças, que torna o outro ativo e participante e que por seu modo de ser, falar e agir, desperta para a vida, comunica alegria, fé e esperança;

3.10 - pessoa apaixonada por Deus e pelo ser humano e comprometida com o Reino de Deus, que também é nosso.

Tudo isto pode parecer uma utopia, um ideal difícil de ser atingido, um perfil que corresponde mais a um especialista nesta área pastoral, longe do alcance de um simples voluntário. Trata-se certamente de uma utopia, de um ideal que nem todos poderão atingir plenamente, no entanto é uma meta a ser buscada por todo o agente da Pastoral da Saúde Hospitalar, para que sua ação se torne cada vez mais significativa.

4 - Perspectivas de futuro para o SRH

A Pastoral da Saúde Hospitalar, em nosso país, está ainda longe de alcançar o nível atingido por países como Estados Unidos, Canadá e Alemanha, onde os profissionais que atuam na área da pastoral hospitalar tem formação específica em Clínica Pastoral (CPI). A nossa pastoral ainda carece de agentes com esta formação, embora haja iniciativas louváveis. Espera-se que façam escola em nosso meio. Estamos ainda na fase amadorística, fase de voluntariado, útil e indispensável no momento, mas não suficiente para uma válida relação de ajuda espiritual ao paciente hospitalizado. Intuições como a CNBB, CRB, CEDAS e ICAPS (para citar algumas e somente da Igreja Católica) promovem a realização de Congressos de Humanização e Pastoral da Saúde (13), Encontros de Capelães Hospitalares (5), Encontros de Pastoral da Saúde. O ensino desta especialização

pastoral está sendo introduzido nos cursos de Teologia e de Administração Hospitalar, visando criar mentalidade e condições para o seu melhor desenvolvimento e aceitação, para que o paciente hospitalizado tenha, num futuro próximo, um atendimento melhor e mais integral.

REFERÊNCIAS

- BARCHIFONTAINE C. - Vida Religiosa e Saúde do Povo. Publicações CRB/ 1992.
MEDEIROS A. - O Agente na Pastoral da Saúde. Bol. ICAPS, nº 92, agosto 1992.
MUNARO J. S. - O Desafio da Capelania Hospitalar. Bol. ICAPS, nº 89, maio 1992.
ORTEMANN C. - A Força dos que sofrem. Edições Paulinas, 1978.
PESSINI L., MILDNER J. - Perfil do Capelão Hospitalar. Bol. ICAPS nº 89, maio 1992.
VENDRAME C. - O Serviço Religioso Hospitalar. Ed. Paulinas, 1974.

Código Civil

Artigo 159: "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano".

ADVOGADO DE MÉDICA RECORRE DE CONDENAÇÃO

Justiça determinou pagamento de indenização para paciente que teria sofrido rompimento de hímen em exame.

Marcelo Migliaccio

Da Sucursal do Rio

O advogado Ubiratã Guedes disse que entra hoje com recurso na 17ª Vara Cível do Rio para tentar anular a condenção da ginecologista Maria Heloisa Aló Filgueiras, acusada de desvirginar uma moça durante o exame.

Segundo Guedes, não existe prova de que a escriturária Cacilda Pereira Barbosa Filha, 29, era virgem quando submeteu-se a exame no consultório da médica em dezembro de 89.

Na última sexta-feira, sentença da 17ª Vara condenou a médica a pagar indenização de 100 salários mínimos (R\$ 6.470,00) a Cacilda. Cacilda alega que a médica sabia que ela era virgem, mas não olhou sua ficha antes do exame. Ela procurou a médica por indicação de uma amiga, para tratar de um corrimento vaginal.

"Acho que ela está chantageando minha cliente. O laudo do IML (Instituto Médico Legal) diz que Cacilda 'pode' ter sido desvirginada e não que foi", disse o advogado de Filgueiras.

Guedes sustenta que as testemunhas arroladas por Cacilda - um médico e uma amiga - não garantiram em juízo que ela era mesmo virgem

na época da consulta.

"Cacilda ainda afirma no processo que tomava pílula anticoncepcional para regular a menstruação, mesmo dizendo-se virgem. Falou também que passou mal, mas saiu andando da consulta", disse Guedes.

O advogado da ginecologista desconfia ainda da conduta da escriturária. "Se ela se manteve virgem até os 24 anos, seria natural que tivesse mais receio de se expor à imprensa.

Guedes exigira novos exames, "de catedráticos", em seu recurso. A ação deve ser julgada no Tribunal de Justiça do Rio em setembro, previu o advogado.

"Vão perder de novo" previu Célia Destri, advogada de Cacilda e fundadora da Associação das Vítimas de Erros Médicos.

Célia diz que coordena cerca de 300 ações contra médicos. Ela perdeu um rim num tratamento. "Quando fundei a associação, disseram que eu era louca de enfrentar esta máfia", afirma.

No Cremerj (Conselho Regional de Medicina do Rio), corre um processo para apurar as responsabilidades de Maria Heloisa Filgueiras no caso de Cacilda.

Transcrito das Folhas de São Paulo de 07/94.

Testemunha de Jeová

Hospital recorre a juiz por paciente

GREENWOOD, Carolina do Sul - A direção de um hospital da cidade de Greenwood, na Carolina do Sul (EUA), teve de apelar para a Justiça a fim de realizar uma transfusão de sangue graças à qual, segundo os médicos, uma criança, filha de uma família da seita Testemunhas de Jeová, foi salva. Tequila Thomas, de oito anos, ficou gravemente ferida segunda-feira passada, quando um pistoleiro, James William Wilson, de 19 anos, invadiu uma escola primária e disparou várias vezes sua arma, matando uma criança e ferindo dez outras pessoas. Por motivos religiosos os pais de Tequila se opuseram à transfusão, o que levou o hospital a apelar para um juiz, sendo atendido.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

MORTE NATURAL SEM ASSISTÊNCIA

Encaminhe o cadáver ao Serviço de Verificação de Óbito do Instituto Médico Legal.

MORTE NATURAL COM ASSISTÊNCIA

O médico assistente ou seu substituto deve fornecer a declaração de óbito.

MORTE VIOLENTA OU SUSPEITA

Encaminhe o cadáver ao Instituto Médico Legal - somente ele poderá fornecer o atestado de óbito.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

O preenchimento de todos os seus itens é de responsabilidade do médico que a assina.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Só forneça a declaração se confirmar a morte pessoalmente

Tráfico de crianças pode ser investigado Conselho suspeita de extração de órgãos

Da Reportagem Local

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) vai sugerir ao Ministério da Justiça uma investigação para apurar a existência, no Brasil de redes de tráfico internacional de crianças para extração de órgãos.

Segundo o advogado Luiz Flávio Borges D'Urso, 34, "existem indícios e boatos de seqüestros de crianças em São Paulo para esta finalidade".

D'Urso é presidente do Conselho de Política Criminal e Penitenciária do Estado.

Até agora, não existe no Brasil nenhuma denúncia formal ou comprovação da ocorrência de desaparecimento de crianças para essa finalidade. Segundo D'Urso, os indícios já justificam a investigação.

O pedido de investigação será encaminhado ao Ministério da Justiça pelo presidente do CNPCP, Edmundo Oliveira.

Ele participou, de 26 de abril a 6 de maio, da reunião do Comitê Permanente da ONU para Prevenção do Crime e Justiça Penal, em Viena (Áustria).

Durante a reunião, o comitê apontou, como uma de suas maiores preocupações, o comércio internacional de crianças. O tráfico teria três objetivos: adoção ilegal, trabalho escravo e extração de órgãos.

A ONU pediu aos 40 países que participam do comitê que investiguem a existência do tráfico em seus territórios.

Transcrito da Folha de S. Paulo de 19/05/94

Decretada prisão de médicas: RS

PORTO ALEGRE (AJB) - A justiça de Pelotas está procurando duas médicas condenadas pela morte de uma menina de cinco anos, que estão foragidas. O juiz Luiz Mello Guimarães decretou a prisão da pediatra Valéria Terra depois que ela e sua colega Elaine Ivone Eymael, apesar de terem suas condenações à prisão reduzidas para multas e prestação de serviços à comunidade, não cumpriram a pena e foram declaradas legalmente foragidas da Justiça. O caso tramita na Justiça há anos e envolve a morte por asfixia (inflamação e estreitamento da traquéia) da garota Patrícia Haubman, em 26 de maio de 1986, em Pelotas, onde chegou a ser atendida sucessivamente por seis médicos. A nenhum deles ocorreu, segundo a denúncia, fazer uma traqueostomia (abertura na garganta) e a mesma morreu por asfixia. Todos os seis médicos foram condenados por homicídio culposo, com penas de dois a três anos de reclusão em regime semi-aberto.

Quatro médicos, em recursos judiciais ou por habeas-corpus, conseguiram ser excluídos do processo. Só as duas médicas sumiram de Pelotas e não cumpriram as condenações, mesmo quando foram prestadas em prestação de serviços à comunidade. Valéria chegou a pagar uma multa e enviou correspondência à Justiça, alegando estar prestando serviços comunitários numa maternidade em Joinville/SC. Mas os relatórios eram assinados pela própria médica, que desde abril não é mais encontrada em Joinville.

Transcrito da Gazeta do Povo de 11/06/94

Arq. Cons. Regional. Med. do PR.

“A Importância da Relação Médico-Paciente”

“O Conhecer-se”

Maria Terezinha Carneiro Leão Leme*

Cristina Müeller Sabbag**

INTRODUÇÃO

Já dos tempos de Hipócrates, a medicina seria a arte de curar, onde o princípio básico deveria ser “primo non nocere”. Estamos bem distante no tempo desta época, mas o princípio deveria ter-se mantido o mesmo, acrescido de “e se puder, deve fazer o bem”.

Seguramente nos perdemos neste caminho com a evolução tecnológica e com o surgimento das mais diversas especialidades, onde o doente é fragmentado a um olho, um joelho, um abdome, um tumor, esquecendo-se do sujeito que está atrás disto, com um espírito agitado, muita preocupação, muita angústia, e às vezes também com dores e desconfortos.

O médico historicamente é aquele que briga contra a morte, que faz tudo para que o seu doente não sofra e rapidamente se recupere. Mas isto veio se perdendo no tempo. Hoje já não se briga mais tanto. Hoje o oponente é outro: pode ser o próprio paciente, o sistema, o poder constituído, o poder econômico, seja este o seu próprio ou do paciente. Perdemos a perspectiva de salvar vidas, de fazer vidas melhores.

Por um lado, o poder econômico e, por outro, a miserabilidade.

Há que se resgatar a ética da sociedade, dos cidadãos do sub-mundo.

DESENVOLVIMENTO

“Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é.”

Caetano Veloso

Os anos 80 e toda a tomada de consciência da “abertura” política deixaram como legado as aquisições da antropologia e da sociologia aplicadas aos profissionais de saúde.

Não havia como descontextualizar o sujeito do seu espaço sócio econômico-cultural. Deveriam ser levadas em conta as peculiaridades deste espaço ocupado na sociedade pelo paciente. Havia inclusive correntes que pregavam (e pregam

*Médica infectologista do Hospital de Clínicas da UFPR; **Psicóloga do Hospital Osvaldo Cruz. Trabalho apresentado para o Concurso “Melhor Monografia de Ética Médica” - tema 1994 “A Importância da Relação Médico-Paciente”. Promoção do CRM/PR.

até hoje) a “desalienação” do paciente como um dos objetivos do trabalho em saúde.

Cabe ver, já quase na metade da década de 90, como se deu na prática a assimilação deste modelo.

O Sistema de Saúde já conta com os “não contribuintes”, os “indigentes”, os “sem carteirinha”. Não. Hoje o acesso é universal, temos apenas os “SUS”, os conveniados (da medicina de grupo) e os particulares, podendo ainda os conveniados serem do plano A, B ou C. É, parece que a cidadania foi conquistada.

Por outro lado, temos hoje os dados sócio-econômico-culturais coletados, quais sejam a escolaridade, a profissão e outros indicadores valiosos que constam em todos os prontuários; a história do sujeito em questão está na anamnese. Vejamos a que isto nos leva, por exemplo, uma ficha em que conste: nível superior, médico, 40 anos de idade.

Quantas pessoas conhecemos que correspondem a esta descrição? Se este dado pode ajudar, vamos torná-lo: pediatra, geriatra, cirurgião ou homeopata; quem sabe, psiquiatra. É incrível, mas a cada novo dado seu perfil muda. Se iniciarmos a história clínica, com certeza constituiremos uma História, mas na verdade o que encontraremos no prontuário em geral é uma an”amnésia”, ou seja, um relato segmentado que nos consta quase nada acerca deste cidadão. Na verdade, não procuraremos a história; procuraremos a doença ou a parte doente para curá-lo, mesmo que por vezes isto signifique estirpá-la.

“É claro que se pensarmos no exemplo citado, a palavra que nos ocorre é massificação e foi isto que se deu na passagem da teoria à prática. A pasteurização das informações ao invés de ajudar o conhecimento e facilitar a relação médico-paciente ajudaram mesmo a criação de pré-conceitos. Ao ver o prontuário já sabemos o que nos espera; pré-julgamos e muitas vezes diagnosticamos sem sequer ver o indivíduo em questão pela simples informação que temos na mão. Isto é explicável, uma vez que temos nossos referenciais e alguns são bastante arraigados; são arquivos de memória bastante amplos, que a partir da prática cotidiana montamos e nos servem de orientação. Conhecemos realmente muitos médicos de 40 anos. Embora saibamos o quanto eles têm em comum, são uma classe grande. E se nosso exemplo fosse: 1º grau incompleto, desempregado, 30 anos, ou 2º grau completo, estudante, 20 anos, e se acrescentássemos a estes dois: usuário de drogas ou travesti. Que conceitos ou preconceitos seriam aplicados, como estas informações interfeririam na relação médico-paciente, que história procuraríamos para estes pacientes e que relação humana poderíamos iniciar com eles? Tudo parte de um princípio de igualdade e individualidade. Todos os médicos são iguais a nós mas possuem uma individualidade, ou seja, há algo em comum (de fácil identificação, portanto) e existem as diferenças (a história) e há também uma relação a ser constituída com a convivência, com a parceria na solução de um problema. Como construir uma parceria quando parece não haver ponto de identificação, quando o não médico, o não eu, portanto, parece tão simetricamente diferente, quando sua história parece ter sido escrita através de desvios, de caminhos que não conhecemos e que desde cedo aprendemos a julgar errados.

Como chamar de cidadão e reconhecer a individualidade de alguém que a sociedade tem à margem, que sequer ocupa um espaço sócio-econômico-cultural reconhecido. Como dialogar com alguém que não compartilha nosso vocabulário, que à

sua maneira despreza nosso saber, nossa cultura e aparentemente quer apenas nos usar para continuar vivendo errado.

Passado o dilema inicial, os profissionais que se “especializam” em atender esta clientela geralmente optam por dois caminhos. O primeiro, é estabelecer também um arquivo mental sobre “este tipo de gente” e, ajudados pela epidemiologia, fazer um tratamento de massa com baixa resolutividade e grande frustração para o profissional, que tem como defesa a dificuldade da tarefa o impedindo de fazer um bom trabalho que, em compensação, não requer nenhum aprimoramento e para o qual não existem “cobranças” de resultados. (Estão aí os hospitais psiquiátricos que não nos deixam mentir).

O segundo caminho é mais tortuoso, até porque melhor intencionado, com a pretensão de que, se não consertar a “vida torta” do paciente, não atingirá seu objetivo. O médico passa a tutelá-lo, dirigindo-o a uma vida mais saudável. Seria ótimo, se o conceito de saúde e de vida saudável não tivesse tantas nuances. Seria bom também se a sociedade estivesse de braços abertos para a reintegração do paciente.

Não se pode despir um indivíduo de tudo que constituiu a sua vida, sem matá-lo socialmente. E é isto que a tutela impõe; não coma isto, não faça aquilo, não beba, arrume um emprego, durma 8 horas por dia. Temos como resultante, não um indivíduo capaz, usando de sua cidadania, mas um refém dos hábitos saudáveis, que não duvide, são capazes de matar quem não está acostumado.

Onde está a promoção de saúde que se propõe a uma vida feliz?

Acho que a perdemos de perspectiva já há algum tempo, mas creio que temos tudo para reencontrá-la; existem muitos casos relatados de pessoas que saíram de uma doença intratável e conquistaram qualidade de vida. Estas pessoas tinham em comum a vontade de viver; resta deixarem de ser exceções e serem a regra.

Tentamos entender o que vem a ser a relação médico-paciente. A palavra nos remete a intercâmbio, troca, interação, enfim a um sistema em que há alguns papéis a serem desempenhados por cada um dos participantes. Que papéis seriam estes e que modelos nos ensinam a sociedade e as escolas? O saber se relaciona muito com o poder, embora Paulo Freire, em 1970, achasse que “não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”. A necessidade de quantificar os saberes é exatamente para poder melhor estabelecer as divisões na sociedade e esclarecer quem pode mais; como se pode demonstrar que determinado tipo de saber é melhor ou maior que os outros? De um lado está o médico, o dono do saber, o senhor da vida e da morte, e do outro (absolutamente do outro lado) está o paciente, aquele que não tem mais saúde, aquele que pode vir a morrer.

De um lado o médico, o dono da situação, de outro, o paciente, dependente da sua intervenção. Em suma, como eu não estou/sou doente, a sua vida está em minhas mãos.

Esta situação, que em primeiro momento parece favorecer ao médico, tornando-o um ser onipotente, quase divino, na verdade é extremamente desconfortante. Este momento se inicia no período de estágio do último ano do curso, uma vez que aí ele já tenta ser mais autônomo, atinge o seu ápice no recém-formado, onde a insegurança é total, e lentamente vai decrescendo, na medida inversa da confiança no próprio desempenho. Este desconforto aparece porque a sua ciência não é exata nem infalível; vai-se

desenvolvendo gradativamente até o final da trajetória da vida, ou seja, até a morte, para a qual, diz o senso comum, "não há remédio". E ele, todo poderoso, também vai-se defrontar com ela, irremediavelmente.

Entretanto, também não há remédio para tantas doenças, tantas dores, tantas loucuras, o que nos obriga a um convívio com a dor física e mental, com a incapacitação dos sentidos e finalmente com a própria dor de não ter nada a oferecer.

Nada a oferecer se considerarmos que há uma obrigatoriedade de solução, se acharmos que todo o desenvolvimento da doença depende do médico e seus remédios. Se mudarmos o enfoque e percebermos que há mais alguém neste sistema, alguém que é o principal interessado, alguém que pode e deve ser o principal responsável por sua saúde, veremos que há uma alternativa, ou várias, a partir da cumplicidade.

Não haverá saída para muitas questões enquanto não abandonarmos a visão de responsabilidade unilateral com relação à doença. Há que se começar a pensar em alguém que constrói sua vida, opta por seus caminhos, conscientemente ou não, e portanto é hoje doente como resultado desta série de escolhas (ou situações que lhe foram impostas, mas que não se contestou e nem reclamou).

Não fará sentido desalojá-lo do papel de regente da sua existência agora e colocar sobre quaisquer ombros esta responsabilidade até porque não será assim que se encontrará a solução dos problemas.

Aquele que toma muito café, só come frituras, evita vegetais de toda espécie, adora doces, deita tarde da noite (nem sabe porque) e acorda muito cedo; aquele que não tem tempo para uma caminhada (que ser humano é este que já não anda mais), até porque não dá tempo; não tem tempo para laser, não consegue comer na hora certa, não tira suas férias anuais (que são obrigatórias por lei); aquele que se intoxica com bebidas, cigarros, medicamentos para todos os males, drogas de todos os tipos, aquele que se polui pelo ar, pela água e pelos alimentos, aquele que há muito tempo não sabe mais o que é paz interior, alegria, o amor de uma família, seria muito pedir que este ser, agora, se sentisse responsável pela doença que ele agora apresenta. É muito simples achar que o médico vai realmente resolver o seu problema e que ele, este nobre ser, não precisa modificar os seus hábitos de vida a propósito da atual enfermidade.

Se tentarmos imaginar o que resulta da reação química de toda esta mistura de ingredientes, acrescida de muita adrenalina e outros produtos que este estresse vai gerando, só poderá dar em doenças, e quem sabe até em AIDS. Apenas um parênteses, não é possível que um vírus faça todo este "estrago" no ser humano; muito provavelmente o terreno fértil, bem semeado, é a base de tudo.

O paciente é, pois, o maestro e a equipe de saúde, será orquestra. É ele que vai impor o ritmo, o andamento da música, se "allegro ma non troppo" ou "adaggio".

É ele que vai resolver onde deve entrar cada música, e com sua batuta vai impor ordem ao trabalho. Se nesta peça o médico vai ser o solista, não serão menos importantes todos os outros instrumentos, mas será importantíssimo manter a harmonia do conjunto.

Parece mesmo simples, mas como é difícil "afinar" esta orquestra, como é complicado aceitar a maestria vinda daquele que parece ser o elo mais frágil da corrente.

A física nos diz que nenhuma corrente deve ser pressionada além da capacidade

do seu elo mais fraco.

Então a questão de como alterar toda a dinâmica educacional e social, como assumir que nós também somos mestros de nossas vidas, responsáveis por todas as nossas escolhas?

Como nos relacionarmos com as diferenças, com os diferentes pacientes que por tantas vezes comodamente depositam sua vida e seu destino nas mãos do médico, com as famílias que, ansiosas em ajudar, desejam que aconteçam milagres e, revoltados acenam com punições quando o não milagre revela o não santo, o não onipotente, o mortal que estava imbuído das vestes e do saber, mas não da divindade.

Com certeza este é um processo que não acontece rapidamente, até porque não se muda a regra no meio do jogo. Relação é algo que se constrói no dia-a-dia, com palavras, olhares, gestos e, principalmente, com muito trabalho, muita vontade de acertar, se despojando de qualquer mérito ou julgamento.

Será que estamos prontos para isto? Será que estamos prontos para sermos seres humanos tentando ajudar outros seres humanos?

A profissão médica, e outras profissões da área de saúde, correm o risco de muito rapidamente se deparar perante o caos, se não forem revistos alguns conceitos e posições.

Aliás, já se fala do caos do sistema de saúde, do caos político, financeiro, o social, e este não é um privilégio brasileiro, mas a situação é generalizada.

Quem leu Fridjof Capra, no seu "O Ponto de Mutação", e entendeu o seu proposto modelo biomédico, entendeu também que este é um processo de desenvolvimento. É preciso que o antigo se desmorone para que surja o novo; ou, às vezes, as duas coisas acontecem, independentes umas das outras. Este é o processo do crescimento, do amadurecimento, da renovação.

O que ocorre hoje com as profissões da área de saúde, ocorre também com grande parte dos seres humanos.

Há uma crise.

Mais que isto, há uma crise moral. Onde estão as pessoas de bom coração que, ao ver um cego tentando atravessar uma rua, prontamente se colocavam a auxiliá-lo? Hoje, não dá tempo!

Onde estão os cavalheiros que, ao ver uma mulher grávida em pé, cediam-lhe o lugar?

Hoje, as mulheres se emanciparam...

Onde andam as pessoas antigas que logo de manhã cedo cumprimentavam os transeuntes à sua porta com um belo sorriso nos lábios, simplesmente porque eram seres humanos que ali estavam e eles estavam bem.

Hoje, nós temos motivos para sorrir?

Onde estão os vizinhos que, por qualquer pretexto, estavam à nossa porta para poder prestar um favor?

Hoje, os muros têm que ser muito altos...

O homem se embruteceu. Empederniu-se. Esqueceu a sua sensibilidade.

E seguramente isto o transformou muito, e transformou também a sociedade, através de um ciclo vicioso: se eu não recebo, não dou; se eu não dou, não recebo.

Assim, com os valores morais rechaçados profundamente, o homem tenta ser um

ser humano. E ainda, relacionar-se com eles. E o médico tenta, através do seu relacionamento com seus pacientes, curá-los.

Enquanto os valores morais e um grande senso de humanidade não estiverem dentro de nós, eles não serão exercidos nem pela força e nem pelo poder.

O ser humano precisa voltar a ser humano. O homem precisa andar, cantar, se emocionar, até chorar, sorrir, ser feliz (pelo menos de vez em quando), para poder manter a sua sensibilidade num limite onde ele possa discernir o bem do mal, o belo do feio, o certo do errado.

Caso contrário, nós seremos obrigados a correr mais cada dia, a ganhar mais cada dia, a ter mais cada dia, sem ser. A roda viva nos envolve de tal forma, que é difícil sair fora; é quase impossível parar.

Há quanto tempo você não tira férias? Há quanto tempo... Quando você acordar, os anos se passaram... e a vida passou...

Como poderia o médico se relacionar bem com o seu paciente, se ele não sabe se relacionar consigo mesmo?

A grande oportunidade dos tempos atuais é a possibilidade crescente do auto-conhecimento e do respeito próprio.

O psicólogo, para atender bem, deve se tratar; o psicanalista deve ser analisado, antes de começar a clínica. O médico deveria passar por um processo semelhante de "auto-tratamento" onde ele aprenderia a se conhecer melhor, a conhecer mais sobre antropologia e humanismo, para poder entender melhor os seus pacientes.

Se ele não tem hora para comer, se extrapola as suas horas de sono com o seu excesso de trabalho, se ele não sabe o que come (quando come), se ele se intoxica com todos os venenos, cigarros, bebidas, agrotóxicos, poluentes, medicamentos, sem qualquer espaço para o seu descanso, para o laser, para os exercícios; se ele não se respeita nem a si próprio com relação à manutenção da sua própria vida, como se poderia exigir que ele respeitasse os outros, e em especial o seu paciente?

O atendimento do médico para o seu paciente é, ou pelo menos deveria ser, um ato de amor.

CONCLUSÃO

Qual seria a proposta, numa relação médico-paciente consciente, para a promoção de saúde, que fosse a proposta para uma vida feliz? Ela foi perdida de perspectiva já há algum tempo, mas cremos que temos tudo para reencontrá-la. Muitas pessoas saíram de uma doença intratável e conquistaram vida com qualidade. Estas pessoas tinham em comum a vontade de viver. Resta elas deixarem de ser exceções e passarem a ser a regra.

Se o médico respeitar no seu paciente o ser humano (e divino) que ele é, e se por outro lado, ele respeitar também em si próprio a sua natureza humana e humanitária, mantendo a característica ética deste relacionamento, ele estará no caminho de não simplesmente combater a doença, mas promover a saúde dos cidadãos. Com ética e com amor.

Médico de Família

João Alceu Titton*

Na estrutura social de pequenas comunidades confinadas por algum isolamento físico e de acesso a informações, a unidade familiar constitui um núcleo de apoio mútuo de segurança. Esta situação ainda existe no Brasil em suas fronteiras de desenvolvimento como por exemplo no Mato Grosso, Goiás, Pará e Amazonas. Nas regiões do restante do país a mudança no confinamento com a redução das barreiras físicas (estradas, veículos) e de comunicação (televisão, linguagem escrita acessíveis), provocou uma ruptura no núcleo familiar que passou a sofrer interferência destes novos contactos. O indivíduo na família passou a compartilhar sua vida com elementos mais amplos, cujas fronteiras são várias: locais de trabalho, de estudo, coisas que lê, vê e que são vividas e discutidas com as pessoas com que convive fora da casa e com as quais compartilha interesses mais amplos que a monotonia da vida em família (perguntem aos jovens de cidades o que representa isto em suas vidas). A família passou a ser uma parte de suas vidas, continua sendo até certo ponto um refúgio, mas não ocupa mais o volume que ocupava. continua a ser a parte mais confiável mas bastante limitada. O indivíduo como ser social é mais amplo embora adquira características menos pessoais. A medicina holística teria que ver o paciente dentro de uma unidade social e não familiar. O social é mais importante na vida do indivíduo atualmente. Seus amigos, fora da família, no trabalho, na escola, no ônibus, nos bancos expandiram sua vida a um nível não alcançável, a não ser em alguns fragmentos, pelo médico que o atende. A própria escolha deste médico será definida mais vezes pelo grupo social do que o familiar.

A família de meio século atrás, intensamente representativa na vida do indivíduo gerou o "Médico de Família" para auxiliá-la. As necessidades atuais são diferentes e ressuscitar a mesma solução não dará os mesmos resultados.

Se o indivíduo é um ser social, poderia ser gerado o "Médico Social" mas esta analogia (com "Médico de Família") é muito pobre em significado. O termo "Médico Generalista" também o é, significa um médico de pequenas comunidades (que os mais antigos conheceram) e que atendia tudo: adultos, crianças, partos, cirurgias. Este profissional foi viável até os anos 50/60 quando a explosão de informações científicas na área médica causou seu afastamento (ele passou a perceber que não sabia o suficiente sobre as áreas que atuava e os usuários, a perceber que ele não era confiável em todas as áreas). Nos últimos anos (década de 80) este profissional só tem ambiente de trabalho nas fronteiras de desenvolvimento anteriormente mencionadas. Não é que existam locais no sul do Brasil, pequenas comunidades 2 mil/3mil habitantes que poderiam ser beneficiadas, mas elas se encontram tão próximas a outras maiores que é para estes locais que o direcionamento social da escolha do médico é feita.

*Professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da UFPR. Mestre em Medicina Interna.

Se o mercado de trabalho médico está tão ruim, por que os médicos jovens não fazem esta opção mais vezes? Dois motivos são evidentes: 1) o domínio da área de atuação (generalista) não é conseguido pelo jovem e isto é intensamente angustiante (ficar sozinho em uma cidade é uma responsabilidade de peso insuportável para os responsáveis). 2) a qualidade de vida nestas comunidades é muito inferior a que ele está acostumado. Se tiver família, então a diferença se torna ainda mais grosseira.

Chegamos a um impasse: se a família tem necessidades agora diferentes de antigamente e se o médico também não está interessado, fica esquisita a pressão para o ressurgimento de um modelo de profissão. Qual seria a origem desta pressão? Quais os interesses em jogo? Nestes impasses o que surge de imediato é o "inominado" (eles, o governo, as instituições, forças ocultas, etc.). No caso presente a premissa inicial é de que o generalista (médico de família ou nome equivalente) é uma necessidade absoluta da sociedade. Se esta premissa for verdadeira, qual a valorização social que a sociedade dá a este profissional? A relatividade das coisas causa determinantes deste tipo: o profissional será de qualificação proporcional a da valorização que receba (a sociedade está provida de profissionais de alta qualidade em áreas de gratificação social e econômica, elevadas).

A segunda premissa é de que a escola (através de seus professores e diretores) tem o dever de sanar a falha e produzir o que é a aspiração da comunidade (veracidade duvidosa). Se a escola e seus professores consideram como realmente importantes este profissional, qual o tratamento que eles recebem em seus quadros? Onde estão entre os professores da Escola Médica, os "modelos" pelos quais os alunos poderão se identificar? Existem? Se não existem estamos em face a uma hipocrisia consumada: especialistas determinam que os outros sejam generalistas. Isto não é apenas uma variação do 'Jogo do Poder; um ser ("superior") determinando o que é bom para o outro ("inferior") sem que este participe da escolha do que é bom para ele, uma vez que não recebe todas as informações, limitando as opções de escolha (situação que fere a dignidade humana). O instrumento que permite esta manipulação do jovem é ele ainda estar afetado por comportamentos de "salvação", intensos nas pessoas que atuam na área de saúde, e que atuam compelindo à sacrifícios pessoais.

A última premissa a analisar é a de que a Escola Médica forma o médico capacitando-o para todas as atividades médicas. Esta postura é duvidosa pois existem sanções definidas se forem executados atos médicos por pessoas não capazes mesmo que médicos formados: imperícia, imprudência, negligência são os termos legais para defini-los. A responsabilidade é inerente à profissão e o profissional não poderá se eximir dela.

O único argumento atual favorável para o surgimento deste profissional vem de uma postura do mercado de trabalho. Com a municipalização do SUS, prefeituras de municípios pequenos, só conseguem atrair profissionais médicos com salários estimulantes, 30 salários mínimos em alguns municípios do Paraná, 40 a 50 salários mínimos em regiões distantes (Mato Grosso, Pará), para 8 horas de trabalho ao dia. Este é um argumento realmente algo convincente, há quem se disponha a "um sacrifício de vida" transitório, mas ainda não é um argumento criador de um novo profissional. Quando o ambiente de vida é melhor (cidades maiores e periferia de grandes) a remuneração (300,00; 500,00 dólares

por 4 horas de trabalho dia) constituem apenas um emprego (fatalmente transitório) não a base de formação de um novo profissional.

O que define a qualidade de um profissional são as suas habilidades adquiridas e as que continua adquirindo ou melhorando através do uso na prática da profissão e do reavivar conhecimentos por leitura e convivência com outros profissionais de qualidade. Estes dois instrumentos reduzem a deterioração causada pela falibilidade da memória humana e pelo desconhecimento de informações resultantes do crescimento da ciência no decorrer do tempo. Atender clínica dispondo dos conhecimentos adquiridos 20 anos atrás em uma escola, é perigoso para o paciente. O mesmo deve ser dito para atendimento de crianças, enfermidades cirúrgicas ou obstétricas.

Um elemento identificador da qualidade do profissional médico é a energia que ele gasta em sua qualificação na área que trabalha. Se ele estuda continuamente aspectos relacionados a doenças comuns, fatalmente terá boa qualificação nesta área. O mesmo acontece quando a energia é gasta na especialidade. A solução está no estudo. O problema é convencer profissionais a estudar assuntos cuja valorização é pouco definida em contraste a outras onde o valor é bem claro. Um parágrafo de artigo sobre este assunto, formação de profissional nos Estados Unidos é de uma linguagem cristalina: como convencer um recém formado, que deve gastar em média \$ 75.000,00 na sua graduação a optar por "Medicina Interna" com ganho médio anual de \$ 117.000,00 por especialista, se ele dispõe de opções como "Cirurgia Cardíaca" onde o ganho médio por especialista é de \$ 511.000,00?

SEGREDO MÉDICO

Só revele:

Por dever legal.

Por justa causa.

Com autorização escrita do paciente ou responsável legal.

SEGREDO MÉDICO

Permanece:

Mesmo que o paciente tenha falecido.

Mesmo quando de depoimento como testemunha.

Mesmo que seja de conhecimento público.

SEGREDO MÉDICO

Não revele:

Informações confidenciais obtidas em exames de trabalhadores.

Informações às empresas seguradoras além das contidas em declarações de óbito.

Diagnósticos em suas divulgações de assuntos médicos.

MÉDICOS DE AMANHÃ: ESPECIALISTAS OU (NOVAMENTE) GENERALISTAS?

Luiz Fernando Nicz*

I. A guisa de introdução

Uma das questões mais polêmicas deste final de século nas discussões sobre sistemas de saúde, por ter reflexos sobre a organização, custos e prática da assistência médica, diz respeito a papéis e competências de médicos generalistas e médicos especialistas.

Após assistir, nas últimas décadas, a um crescimento vertiginoso não só do número de médicos especialistas, mas também do número de especialidades médicas, é chegada a hora do balanço. Apesar de todo o avanço da medicina científica, baseada nos princípios positivistas, questiona-se cada vez mais sua eficácia e eficiência; principalmente para lidar com a maioria das queixas dos cidadãos que continuam sendo, telmosamente, de simples e fácil (auto) resolução, e que são curadas - segundo alguns críticos mais exagerados - com, sem, ou apesar do médico!

Convido-o a vir comigo, na leitura deste texto, e passearmos um pouco em torno desta questão.

II. Especialista x generalistas nas empresas: qualquer semelhança (não) é mera coincidência

"Procurando agilizar a tramitação de pedidos de financiamento, executivos da IBM Credit Corporation percorreram, pessoalmente, todas as cinco etapas do processamento do pedido. Ao invés dos sete dias, média normal para a liberação, verificaram que a realização do trabalho real não passava de noventa minutos. Entenderam então que o processo tinha que mudar, não as etapas individuais: substituíram os seus especialistas por pessoas com uma visão mais global, os generalistas. Agora, em vez da solicitação tramitar de sala em sala, um funcionário processa toda a solicitação, sem nenhuma transmissão de tarefas.

Como foi possível um funcionário substituir quatro especialistas? A estruturação do antigo processo baseava-se, na verdade, em uma suposição profundamente arraigada (mas profundamente escondida): de que a solicitação de crédito era singular e de processamento diferente, requerendo assim a intervenção de quatro especialistas altamente treinados. Na realidade, essa suposição era falsa, a maior parte dos pedidos era simples e direta. O antigo processo havia sido super dimensionado para as mais difíceis solicitações imagináveis pela gerência¹.

*Médico. Mestre em Administração - área de hospitais e sistemas de saúde - FGV - SP.

III. O especialista: supervalorizado e de alto custo

As despesas com assistência médica crescem no mundo inteiro, em valores superiores aos da inflação. Várias são as explicações para este fato, mas incontestável é a relação do aumento de gastos com o aumento do número de médicos especialistas, cada qual utilizando (ou possuindo) mais e mais modernos aparelhos diagnósticos e terapêuticos.

Se pudéssemos enfrentar este problema apenas com medidas lógicas e racionalizadoras, tal qual a empresa citada anteriormente, certamente substituiríamos tantos médicos especialistas por poucos médicos generalistas! Porque, afinal, a questão não é tão diferente da enfrentada por aquela empresa!

Mas, a arte médica, ainda que cada vez mais "apropriada" por empresas/ cooperativas/ seguradoras/ órgãos públicos etc., é muito difícil de ser enquadrada em regras definidas e racionalizadoras, como no exemplo citado. Até porque a lógica do mercado capitalista e consumista não poupa a prática médica, e empurra o cliente "paciente" em uma busca desenfreada das novidades diagnósticas e terapêuticas, mostradas todas as noites de domingo na televisão de nossas casas.

Neste sentido, há quem analise o "plano Clinton de saúde" não como a maioria o tem entendido - racionalizador de despesas com assistência médica - mas sim como ampliador das possibilidades diagnósticas, incorporando ao "mercado do consumo médico" uma minoria de americanos que hoje está fora deste "mercado"; garantindo, assim, a continuidade de vendas da poderosíssima indústria americana de produtos e equipamentos médicos, sabidamente ainda sem rival à altura no mundo inteiro. E que valoriza o (e precisa muito do) médico especialista!

Vê-se assim que a questão é bem mais complexa do que parece: não é simples redirecionar a prática médica do especialista retornando ao generalista, ao médico de família de nossos pais e avós!

IV. O generalista: revalorizado (e de baixo custo?)

Mas há índices de que modificações, necessariamente lentas, começam a ocorrer quanto a esta, até aqui, "opção generalizada pelo especialista". Residências Médicas em Medicina Familiar vêm sendo criadas nas décadas recentes nos Estados Unidos; e o modelo canadense de organização dos serviços de saúde, com limitações quantitativas no aproveitamento de especialistas, é cada vez mais estudado e elogiado nos Estados Unidos. Aqui no Brasil, o modelo cubano de médico da família (adaptação latina do "general practitioner" inglês) começa a ser introduzido na prática médica do SUS, e o Ministério da Saúde lança o programa "Saúde da Família"; e já há empresas médicas que estão baseando a maioria de suas ações no médico generalista, agora rebatizado de "da família".

E como para onde a medicina americana vai, a brasileira vai atrás, parece que começamos a revalorizar o médico generalista.

V. Algumas explicações para a revalorização do generalista

Estas modificações que começam a ocorrer, repito, de forma necessariamente lenta, na prática médica, têm a ver principalmente com dois fatores.

O primeiro fator, é o custo da prática médica, que tem crescido em valores superiores aos da inflação, em qualquer país do mundo, e, como vimos, muito por conta do aumento do número de médicos especialistas e de especialidades médicas. Em contra-ponto, a renda mensal familiar não tem acompanhado, proporcionalmente, os gastos familiares normais, em qualquer país do mundo; ou seja, há um empobrecimento relativo da população, por conta não necessariamente da diminuição de salário, mas principalmente por infindáveis novas “necessidades”, criadas diariamente por uma sociedade capitalista, consumista e individualista. Por consequência, cada pessoa gostaria de poder diminuir a mensalidade de seus planos de saúde para poder gastar mais com lazer, roupas etc. (ou mesmo, simplesmente, para poder “sobreviver” melhor); cada empresa gostaria de pagar menos pelo plano de saúde de seus empregados, para poder colocar seus produtos a preços mais competitivos no mercado, e assim aumentar as suas vendas e lucros; cada governo gostaria de estancar os seus gastos, crescentes, na área de saúde, e assim ter mais recursos financeiros para construir e manter estradas, pontes, escolas, áreas de lazer, e até mesmo hospitais e centros de saúde.

O segundo fator é o esfriamento da relação médico-paciente, causada, entre outros motivos, por uma divisão cada vez maior da prática médica em especialidades, sub e super-especialidades, com uso intensivo de aparelhos eletro-eletrônicos que tendem, na prática, até a substituir o próprio médico (os serviços não são mais de “apoio diagnóstico e terapêutico”, são eles próprios “diagnósticos e terapêuticos”!). Este fato têm levado, inexoravelmente, a um distanciamento afetivo entre o paciente e o médico. A perda da relação afetiva entre o médico e o paciente põe em cheque o modelo vigente, centrado no especialista, e explica, em boa parte, a aceitação e o sucesso das “medicinas alternativas”.

É lógico que a necessidade de ampliação do acesso à assistência médica a todas as camadas da população (sonho de socialista realizado com lucro pelo capitalista) tem propiciado o financiamento necessário ao desenvolvimento das especialidades médicas, e permeia os dois fatores acima referidos. Mas, entendo, é muito menos responsável por seu desenvolvimento do que se costuma dizer; na realidade, a “socialização da medicina” acaba atendendo as pressões das indústrias de equipamentos e de medicamentos, dos hospitais e dos médicos, e, também, de toda uma sociedade composta por pessoas ávidas em ter acesso aos “maravilhosos novos médicos” e seus hospitais, equipamentos e medicamentos que prometem a vida eterna, e aqui na terra! Nesta sociedade, quem pode pagar qualquer preço por este acesso, e quem não pode arranja quem possa pagar o preço (no caso brasileiro, as empresas/ cooperativas médicas/ seguradoras/ SUS etc., e para os especialistas, aparelhos mais caros, o SUS). Não é por acaso que, em nosso país, especialistas ditos “de ponta” conseguem viver dignamente somente com o que a tabela do SUS lhes paga mensalmente, diferentemente dos clínicos que não conseguem viver dignamente somente com o que a tabela do SUS lhes paga mensalmente!

VI. Conceito de especialidade médica e de especialistas

Mas afinal, o que é especialidade médica, o que é especialista?

Respostas a estas questões foram dadas recentemente no Jornal da Associação Médica Brasileira².

Vejamos o que disse o Prof. Marcello Marcondes Machado sobre como surgem e se desenvolvem as especialidades.

“Um determinado saber, inserido num conjunto mais amplo de conhecimentos coerentes entre si, torna-se especialidade quando, ao se expandir, passa a ser igual ou maior do que o todo de que antes era apenas parte. As especialidades que vão assim surgindo constituem novos **todos**, cada um com suas partes específicas, as quais, por sua vez, ao se expandirem dão origem a novas especialidades, num processo contínuo e concomitante ao desenvolvimento da cultura, da ciência e da tecnologia. Geralmente as especialidades brotam das múltiplas interfaces que uma área de saber mantém com outras. O progresso ocorre nas interfaces”.

Este médico e professor conceitua especialidade médica como “a compreensão abrangente de fatos médicos, da epidemiologia ao prognóstico, cursando através da etiopatogenia, fisiopatologia, diagnóstico e terapêutica”.

Já o Prof. Dario Birolini divide as especialidades em “horizontais” (clínico, “internista”, cirurgião geral, pediatria etc.) e “verticais”. Entende que os especialistas “horizontais”, “trabalhando na linha de frente, poderiam prestar atendimento de massa à população, atendimento este de alta resolutividade e de baixo custo, prescindindo da utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos complexos”. E diz que estes especialistas “deveriam ser valorizados e remunerados tão bem como os demais... não deveriam ser marginalizados e submetidos a ‘trabalhos forçados’ para poder sobreviver”. E que “especialidade virou sinônimo de fragmentação e não de aprofundamento”, e que há uma “descaracterização da responsabilidade médica que, de uma, passou a ser gerenciada por consórcios”. E ainda que há uma “atitude de não mais fazer um diagnóstico, mas de, apenas, ‘afastá-lo”.

Para o Prof. Clementino Fraga Filho, “é recomendável que os programas de formação de especialistas incluam o preparo geral indispensável e que a habilitação para o exercício da especialidade seja obtida por medidas rigorosas de avaliação, nas quais se inclua a apreciação desse preparo”. E cita seu mestre (e pai) Clementino Fraga, para quem “a incompetência geral gera a incompetência especializada”.

Parece que esta incompetência geral e especializada está na raiz do que aconteceu ao menino Lucas Rafael Costa Nascimento, cuja morte após quatro dias de peregrinação de seus pais por cinco hospitais e sete médicos de Porto Alegre, é descrita pelo médico generalista (e um dos maiores defensores do retorno do médico generalista sob a forma de um “novo” médico de família) Carlos Grossman na última página da revista *Veja* de 18/05/94, sob o título “Médico faz mal à saúde”.

VII. À guisa de conclusão

Não sei quantas especialidades médicas já são hoje reconhecidas pela Associação Médica Brasileira; sei que já são muitas, e que há uma grande pressão para que sejam ainda mais.

Quando comecei a exercer a profissão, no início da década de setenta, éramos poucos endocrinologistas no Paraná. Afastei-me por vários anos, dedicando-me exclusivamente à área de planejamento e administração de saúde. Quando voltei a ter contato com aquela especialidade no final da década de oitenta, a endocrinologia já estava

sub-dividida em várias sub (ou super?) especialidades: a diabetologia, a tireoidologia, a neuroendocrinologia, o “obesologia” etc...

O mesmo aconteceu e está acontecendo com as demais especialidades.

Acho que é chegado o momento de repensarmos este modelo de prática e de ensino médico cada vez mais fragmentado, pois, como ensinava o saudoso e humanista médico “internista” Prof. Lysandro Santos Lima “quem tem um médico tem um, quem tem dois médicos tem meio, e quem tem três médicos não tem nenhum”!

É claro que devemos, também nesta questão (como em todas as demais de nossas vidas), procurar alcançar a virtude, que, na citação latina, “está no meio”: nem devemos ter só médicos especialistas - que é onde estamos quase chegando - nem devemos voltar ao começo deste século, só com generalistas.

A mensagem final é que devemos ter competência geral para formar mais e melhores médicos generalistas (e especialistas “horizontais”) em nossas escolas e residências médicas, e para valorizar e remunerá-los melhor em nossos sistemas privados e públicos de saúde; e devemos também ter competência para saber utilizar, sempre que necessário, o saber aprofundado dos médicos especialistas “verticais”. Esta deve ser, em linguagem de planejamento, a “imagem-objetivo” que devemos querer alcançar!

REFERÊNCIAS

1. Hammer, M e Champy, J. - Reengenharia - revolucionando a empresa. Rio de Janeiro, Campus, 1994.
2. Ler discussão a respeito no JAMB de março de 1994 em "Controvérsias em Medicina - Conceito de Especialidade" com textos escritos pelos Profs. Dario Birolini, Clementino Fraga Filho e Marcello Marcondes Machado.

Conceito de especialidade

Especialidades "horizontais" e "verticais"

DARIO BIROLINI*

Ao limiar do século 21, é curioso deparar, ainda, com esta pergunta. Afinal, seria mais lógico perguntar se ainda existem setores não especializados na medicina atual. Está claro, em minha mente, que o conceito de especialidade é tremendamente dinâmico e que a clínica geral, como era concebida até há poucas décadas, deixou de ter coerência no contexto atual. Entendo, também, ser impossível pretender que um médico, ao se formar, tenha condições de exercer plenamente a medicina. Por outro lado, não é mais segredo para ninguém que 90% ou mais problemas de saúde da população brasileira podem ser solucionados sem recursos diagnósticos e terapêuticos altamente sofisticados, desde que sejam entregues a um profissional capacitado. Portanto, defendo a conveniência de revitalizar, tanto no domínio da clínica como na cirurgia, especialidades que tenham seu perfil definido pelas necessidades assistenciais fundamentais da população. Sejam elas denominadas "clínica geral", "medicina interna", "cirurgia geral" ou recebam qualquer outra denominação, não deixaram de ser especialidades e, como tais, de exigir qualificações profissionais definidas, de estimular o investimento na pesquisa e de definir um campo de atuação profissional claramente balizado.

Especialistas devidamente qualificados nestes ramos, trabalhando na linha de frente, poderiam prestar atendimento de massa à população, atendimento este de alta qualidade, de alta resolutividade e de baixo custo, prescindindo da utili-

zação de recursos diagnósticos e terapêuticos complexos. Estes especialistas, por assim dizer "horizontais", deveriam ser valorizados e remunerados tão bem como os demais, abrindo-lhes as portas do mercado de trabalho em igualdade de condições a outros especialistas.

Não deveriam ser marginalizados e submetidos "a trabalhos forçados" para poder sobreviver. Seria essencial, para que fossem efetivamente aceitos, que os usuários fossem submetidos a um processo de aculturação, sendo-lhes apagada da mente a noção de que o produto de sua máquina vale mais do que o produto de uma mente devidamente qualificada. Isto não significa, entretanto, que não deva existir o bom especialista, de caráter "vertical", cinzelado nos moldes atuais, capaz de assumir a responsabilidade de atender de forma integral casos de alta complexidade, de projetar-se academicamente através da investigação clínica e experimental e de contribuir para o progresso da medicina. De fato, é óbvio que o nascimento das especialidades médicas foi a resposta racional e sensata ao desafio de garantir uma assistência de boa qualidade, de permitir uma atualização e reciclagem dos profissionais por ela responsáveis e, ao mesmo tempo, de resguardar o próprio médico, frente a um usuário cada vez mais crítico. O que não ficou claro, entretanto, foram as regras de jogo. Por falta de diretrizes claras, especialidade virou sinônimo de fragmentação e não de aprofundamento. O conceito de especialidade revestiu-se de um perfil, por assim dizer, territorial e seus limites de atuação marcados por conflitos

que em tudo se parecem aos gerados pela posse de terras. Isto trouxe a descaracterização da responsabilidade médica que, de uma, passou a ser gerenciada por consórcios. Trouxe a atitude de não mais fazer um diagnóstico, mas de, apenas, "afastá-lo". Fez com que, mesmo dentro do conglomerado de especialidades, o papel de cada especialista não ficasse claro.

Resultou na valorização do exame sofisticado, e geralmente caro, que passou a servir de escudo para esconder o despreparo. Claramente não contribuiu para satisfazer as exigências de um país como o nosso.

Como fica, então? Se olharmos um pouco acima de nosso nariz, talvez encontremos a resposta no exemplo de uma série de países de primeiro mundo que, enquanto nós estamos indo, e dolorosamente devagar, já foram e estão voltando. Eles adotaram, obedecendo a perfis diferentes, uma mesma filosofia de trabalho, permitindo uma convivência pacífica e profícua entre os dois tipos de especialistas acima mencionados, os "horizontais" e os "verticais". Desta forma fizeram com que a escolha da especialidade fosse ditada pelos anseios profissionais e não pelos proventos financeiros dela oriundos e contribuíram para transformar as palavras "saúde um dever do estado e um direito do cidadão" em algo mais do que simples palavras. Vale a pensar a respeito.

* Professor titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da USP.

Transcrito do JAMB. de 03/94

A Medicina e a setorização do ser humano

MARCELLO MARCONDES MACHADO*

A mente humana, no sentido coletivo de humanidade, é inesgotável na sua capacidade de gerar conhecimentos. Entretanto, por mais poderosa que seja a mente de um ser humano a sua capacidade para criar, acumular e utilizar saberes é diminutamente finita. Se a humanidade é capaz de gerar e abrigar tanto e o ser humano tão pouco, é inevitável que ele setorize a sua atuação a uma especialidade.

Um determinado saber, inserido num conjunto mais amplo de conhecimentos coerentes entre si, torna-se especialidade quando, ao se expandir, passar a ser igual ou maior do que o todo de que antes era apenas parte. A especialidades que vão assim surgindo constituem novos todos, cada um com suas partes específicas as quais, por sua vez, ao se expandirem dão origem a novas especialidades, num processo contínuo e concomitante ao desenvolvimento da cultura, da ciência e da tecnologia. Geralmente as especialidades brotam das múltiplas interfaces que uma área de saber mantém com outras. O progresso ocorre nas interfaces.

Essas considerações genéricas aplicam-se à medicina. As especialidades médicas e os médicos especialistas vão

aparecendo vertiginosamente.

Atendo-se ao tema em pauta, o conceito de especialidade médica poderia ser assim enunciado. É a compreensão abrangente de fatos médicos, da epidemiologia ao prognóstico, cursando através da etiopagenia, fisio-patologia, diagnóstico e terapêutica. Os médicos que dominam esse percurso nosológico constituído de seis estações, ainda que num conjunto restrito de doenças e doentes, são médicos especialistas de uma especialidade médica.

Esse conceito exclue posturas e procedimentos técnico/científico especializados na medicina, referentes a apenas uma das estações daquele percurso. Assim, à guisa de exemplo os médicos que dominam saberes, procedimentos e técnicas relativas à etiopatogenia ou no diagnóstico contribuem, respectivamente, para o entendimento dos mecanismos das doenças ou para realização diagnóstica. São médicos cientistas, são médicos especializados em certos procedimentos, mas não exercem uma especialidade médica, tal como aqui conceituada.

* Professor titular do Departamento de Clínica da Faculdade de Medicina da

A incompetência geral e a especializada

CLEMENTINO FRAGA FILHO

A especialização em Medicina decorreu do enorme progresso das ciências biológicas e do desenvolvimento da tecnologia aplicada. A princípio, foram as especialidades cirúrgicas que se destacaram da Cirurgia Geral; mais tarde foi a Pediatria, seguindo-se o fracionamento da Medicina Interna em diversas especialidades clínicas. Já em 1892, Osler - o maior dos internistas - reconhecia que a especialização havia chegado para ficar. Com o avanço incessante os conhecimentos e das técnicas, ela não parou de crescer, até a expansão atual, pela multiplicação de sub-especialidades.

Modificaram-se, em consequência, a prática e o ensino da Medicina. Conquistas extraordinárias foram alcançadas nos planos do diagnóstico e da terapêutica. Exercer a Medicina, em tais condições, passou a ser um privilégio. Nem sempre, entretanto, este foi plenamente aproveitado. O entusiasmo pelas novas aquisições, o deslumbramento com os resultados de sua aplicação prática médico-cirúrgica, conduziram a excessos e, paradoxalmente a deficiências. Deficiências na formação do médico, carente de preparo geral e voltado para um tecnicismo que, muitas vezes, o afasta da visão do doente como ser humano, tratando-o como se fosse apenas um indivíduo que emite sinais captados por um instrumento. Os excessos se revelam no uso indiscriminado e não crítico dos mais modernos recursos de investigação aplicados à Clínica.

É obvio que não se questiona a importância da especialização. Cuida-se tão somente, de não perder a noção do indivíduo como um todo; de não ignorar a pessoa na doença, de não substituir os meios mais simples e idôneos, de exame clínico. Disse o saudoso Eduardo Franco: "A aparelhagem, apenas para citar alguns modernos equipamentos, tais como os de espectrofotometria, supercomputação, microscopia eletrônica, ultrassonografia, ressonância magnética, não se sobrepõe à nossa qualidade inerente mais importante, que é o julgamento crítico, como investigadores e como clínicos (...); a informação tecnológica constitui mero estágio analítico do conhecimento. É difícil, pois, admitir que venha a

substituir a exigência absolutamente imperativa da síntese".

Nesses termos, o conceito de especialidade médica deverá ser entendido como uma área definida de conhecimentos e técnicas, que habilitem ao exercício profissional nessa área. É recomendável que os programas de formação de especialista incluam o preparo geral indispensável e que a habilitação para o exercício de especialidade seja obtida por medidas rigorosas de avaliação, nas quais se inclua a apreciação desse preparo. A incompetência geral, dizia meu mestre Clementino Fraga, gera a incompetência especializada.

Nos Estados Unidos, as instituições que cuidam da Medicina Interna a consideram uma especialidade, preferindo designar de sub-especialidade as suas frações, como a Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, etc. Esse entendimento parece subestimar a titulação de verdadeiros especialistas. sub-especialidade seria, de preferência, aquela que se limita a um setor, ou a uma técnica, dentro da especialidade.

Nos sistemas de saúde organizados, pretende-se que sejam alcançadas proporções ideais entre internistas, especialistas e sub-especialistas. Existe preocupação generalizada com o esforço do número de clínicos gerais (ou internistas gerais, conforme o modelo norte-americano), o que reflete no plano de reforma do sistema de saúde apresentado pelo governo Clinton. Acredita-se que seria uma forma de melhorar a qualidade no atendimento à maioria das populações, a custos menos elevados. No Brasil, longe dessa fase de organização, é tarefa das sociedades de Clínica Médica sensibilizar para o assunto, uma vez que as escolas médicas, em sua maioria não parecem atentar para o problema, persistindo a indefinição de objetivos e a tendência à formação predominantemente técnica e organicista.

*Professor Emérito da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Transcrito do JAMB de 03/94.

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

É documento de responsabilidade do médico.

Esteja atento:

Não forneça

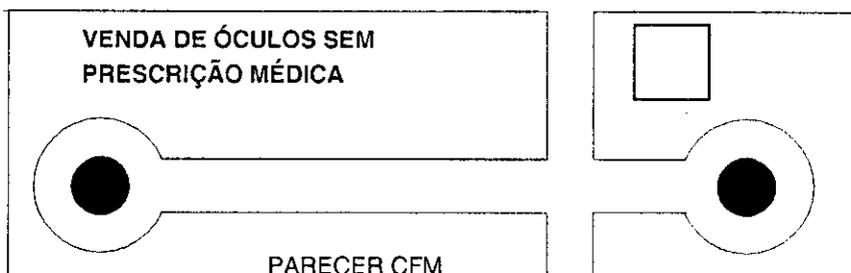
sem o prévio exame, clínico do paciente.

ATESTADO MÉDICO

Só forneça o CID ou diagnóstico se autorizado por escrito
pelo paciente ou responsável legal.

ATESTADO MÉDICO

Não forneça atestado falso.



A decisão do Governo Federal em estudar a possibilidade de permitir a livre comercialização de óculos sem necessidade de receita médica é ilegal e temerária.

Ilegal porque fere o artigo 14 do Decreto Lei 24.292, de 28/06/34, que reza:

"O estabelecimento de venda de lente de grau só poderá fornecer lentes de grau mediante a apresentação da fórmula óptica do médico cujo diploma se ache devidamente registrado na repartição competente".

Além de ilegal tal decisão é temerária, pois aborda a questão por uma ótica puramente comercial, deixando de considerar aspectos técnicos da maior relevância. Assim, a prescrição das lentes corretivas é a conclusão de um ato médico executado por profissional habilitado, após avaliação de inúmeros parâmetros, através de uma ou mais consultas e subsidiado, quando necessário, por exames complementares. Por oportuno, ressalta-se que, neste processo de avaliação, muitas vezes são constatadas outras patologias oculares ou, até mesmo, sistêmicas, não compreendidas nas queixas básicas do paciente.

Julgamos louvável a preocupação das autoridades com a saúde da população, em particular com os distúrbios visuais. Entretanto, medidas equivocadas como esta não solucionarão os problemas existentes nessa área, podendo até mesmo agravá-los.

Se existem dificuldades na assistência oftalmológica à população brasileira, cabe ao governo, através dos gestores do SUS, ordenar o setor com a oferta de um número adequado de consultas oftalmológicas, em unidades convenientemente equipadas, provendo, ainda, um quantitativo de médicos oftalmologistas que venha a ser suficiente para a cobertura da demanda, seja através da contratação de novos profissionais, seja pelo remanejamento dos que porventura estejam em atividade-meio, trazendo-os para os consultórios (atividade-fim) e remunerando-os dignamente.

É o parecer,

Cuiabá, 09 de maio de 1994

Nei Moreira da Silva
Conselheiro

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/05/94



**O BRASIL TEM
REMÉDIO...**



VOTE BEM !!

RESOLUÇÃO CFM Nº 1047/94

**PRINCÍPIOS PARA PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE
TRANSTORNO MENTAL E PARA MELHORIA DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE MENTAL.**

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 ser um imperativo ético a humanização da assistência à saúde mental e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas acometidas de transtorno mental;

CONSIDERANDO o esforço internacional no sentido da implantação da reforma psiquiátrica e a necessidade de adoção de normas que estejam em consonância com este movimento;

CONSIDERANDO a necessidade de serem estabelecidas normas de orientação para os médicos brasileiros;

CONSIDERANDO que a Organização das Nações Unidas adotou, em Assembléia Geral realizada em 17 de Dezembro de 1991, os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para Melhoria da Assistência à Saúde Mental",

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 08 de Junho de 1994.

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.1991, e cujo texto está anexo a esta Resolução, como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília - DF, 08 de Junho de 1994.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL
Secretário-Geral

Parecer aprovado
Sessão Plenária de 08/06/94.

ANEXO

Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental.

APLICAÇÃO

Estes princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer espécie, seja na distinção da deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, status legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes Princípios:

"Advogado" significa um representante legal ou outro representante qualificado;

"Autoridade Independente" significa uma autoridade competente ou independente prescrita pela legislação nacional;

"Assistência à Saúde Mental" inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e tratamento, cuidado e reabilitação de um transtorno mental ou suspeita de um problema de saúde mental;

"Estabelecimento de Saúde Mental" significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento de saúde que, como função principal, ofereça assistência à saúde mental;

"Profissionais de Saúde Mental" significa um médico, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para assistência à saúde mental;

"Usuário" significa uma pessoa recebendo assistência à saúde mental, incluindo todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental;

"Representante pessoal" significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em seu nome, inclusive os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

"Corpo de Revisão" significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio/17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um paciente em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá estar sujeito às limitações prescritas por lei, e necessárias à proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdades fundamentais de outros.

PRINCÍPIO 1

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.

2. Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.

3. Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.

4. Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental.

"**Discriminação**" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos.

5. Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos e sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/e por outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, 98/e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção ou Aprisionamento 99/.

6. Qualquer decisão em que, em razão de um transtorno mental, a pessoa perca sua capacidade civil, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência equitativa a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa não puder garantir seu representante legal por meios próprios, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá também representar um membro da família da pessoa cuja capacidade estiver em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflito de interesses. As decisões com respeito à capacidade civil e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar à um tribunal superior contra essas decisões.

7. Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente concluir que uma pessoa acometida de transtorno mental está incapacitada para gerir seus próprios assuntos, devem-se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades.

PRINCÍPIO 2

PROTEÇÃO DE MENORES

Devem-se tomar cuidados especiais, dentro dos propósitos destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais, para a proteção dos menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação de outro representante que não seja um familiar.

PRINCÍPIO 3

VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

PRINCÍPIO 4

DETERMINAÇÃO DE UM TRANSTORNO MENTAL

1. A determinação de que uma pessoa é portadora de um transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente.

2. A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

3. Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.

4. Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de um transtorno mental.

5. Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou consequências.

PRINCÍPIO 5

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será obrigada a submeter-se a exame médico com objetivo de determinar se apresenta ou não um transtorno mental, a não ser em casos que estejam de acordo com os procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6

CONFIDENCIALIDADE

Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios, à confidencialidade das informações que lhes concernem.

PRINCÍPIO 7

O PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1. Todo usuário terá direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.

2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.

3. Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PRINCÍPIO 8

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

1. Todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.

2. Todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

PRINCÍPIO 9

TRATAMENTO

1. Todo usuário terá o direito a ser tratado em ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restrito ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.

2. O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

3. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

4. O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.

PRINCÍPIO 10

MEDICAÇÃO

1. A medicação deverá atender da melhor maneira possível às necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a conveniência de outros. Sujeito às determinações do parágrafo/15 do Princípio 11, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada.

2. Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde mental autorizado pela legislação e ser registrada no prontuário do usuário.

PRINCÍPIO 11

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

1. Nenhum tratamento será administrado a um usuário sem seu consentimento informado, exceto nas situações previstas nos parágrafos/6,7,8,13 e /15 abaixo.

2. **"Consentimento Informado"** é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário sobre:

(a) A avaliação diagnóstica;

(b) O propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto;

(c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e

(d) Possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.

3. O usuário pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.

4. O usuário tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos/6,7,8,13 e /15 abaixo. As consequências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas a ele.

5. O usuário nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se assim quiser fazê-lo, deve-se explicar a ele que o tratamento não poderá ser administrado sem o seu consentimento informado.

6. Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos /7,8,12,13,14 e /15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:

(a) O usuário for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;

(b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações relevantes, inclusive da informação especificada no parágrafo acima, estiver convencida de que, no momento relevante, o usuário está incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional permitir, e considerando a segurança do próprio usuário ou a de outros, o usuário tenha recusado irracionalmente tal consentimento; e

(c) A autoridade independente estiver convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do usuário.

7. O parágrafo /6 acima não se aplicará quando o usuário tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento em seu nome; mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos /12, 13, 14 e /15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal paciente sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no parágrafo /2 acima, assim o consinta, em nome do usuário.

8. Exceto nas situações previstas nos parágrafos /12, 13, 14 e /15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário

ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.

9. Nos casos em que algum tratamento for autorizado sem o consentimento informado do usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.

10. Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos usuários, com a indicação de terem sido administrados voluntária ou involuntariamente.

11. Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe.

Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário ser prontamente notificado.

12. A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento de um transtorno mental.

13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa acometida de transtorno mental quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e quando estiver incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após uma exame independente.

14. A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais, jamais serão realizados em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

15. Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem o seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um usuário que esteja incapacitado a dar seu consentimento informado.

16. Nos casos especificados nos parágrafos /6,7, 8, 13, 14 e /15 acima, o usuário, ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, no que concerne a qualquer tratamento que lhe tenha sido administrado.

PRINCÍPIO 12

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1. O usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.

2. Caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.

3. O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:

(a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;

(b) Privacidade;

(c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber privadamente visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão;

(d) Liberdade de religião ou crença.

2. O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente:

(a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer;

(b) Instalações educacionais;

(c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;

(d) Instalações, e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Essas medidas devem incluir orientação vocacional, habilitação profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho para garantir que os usuários mantenham ou consigam vínculos de trabalho na comunidade.

3. Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição.

4. O trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário, de acordo com a legislação ou o costume nacional. E deverão também, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular;

(a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;

(b) Equipamento diagnóstico e terapêutico;

(c) Assistência profissional adequada; e

(d) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIO 15

PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1. Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.

2. O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.

3. Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio 16, devendo-se informar este direito ao usuário.

PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1. Uma pessoa pode (a) ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental; ou (b) tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio 4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar:

(a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros;

(b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deteriorização de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no sub-parágrafo/b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntários não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

2. A admissão ou retenção involuntários deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos da admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, ao seu representante pessoal, se houver e, a menos que haja do paciente, à sua família.

3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 17

CORPO DE REVISÃO

1. O corpo de revisão deverá ser um órgão independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2. O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo 2 do Princípio 16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer tão logo quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

3. O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.

4. Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão sua alta, ou a conversão de sua condição ao estado de usuário involuntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.

5. Em cada revisão, o corpo de revisão deverá avaliar se os critérios para admissão involuntária, expressos no parágrafo 1 do Princípio 16, ainda estão satisfeitos, e, se não estiverem, o usuário sairá da condição de paciente involuntário.

6. Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que aquelas condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário, não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.

7. O próprio usuário ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra a decisão de admiti-lo ou retê-lo em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18

SALVAGUARDAS PROCESSUAIS

1. O usuário terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado à sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

2. O usuário também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o usuário não puder garanti-los, estes deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

3. O usuário e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4. cópias dos registros do usuário e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos a ele e ao seu advogado, exceto em casos especiais onde for determinado que a revelação de uma informação específica ao usuário poderá causar dano grave à sua saúde ou pôr em risco a segurança de outros. Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao usuário deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer parte de um documento for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para tanto, e o fato será sujeito à revisão judicial.

5. O usuário, seu representante pessoal e o seu advogado terão o direito de comparecer, participar e serem ouvidos em qualquer audiência.

6. Se o usuário ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que sua presença poderá causar dano sério à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

7. Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de publicação de seus atos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do usuário, a necessidade de respeito à sua privacidade e de outras pessoas, e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do usuários ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19

ACESSO À INFORMAÇÃO

1. O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário) deverá ter direito de acesso à informação concernente a ele, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos por um estabelecimentos de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com

o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário deverão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer informação for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.

2. Qualquer comentário, feito por escrito, pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido em seu prontuário.

PRINCÍPIO 20

DOS INFRATORES DA LEI

1. Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crime, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, e nas quais tenha sido determinada a presença de transtorno mental, ou a possibilidade de sua existência.

2. Essas pessoas devem receber a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio 1. Estes Princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e excessões limitadas apenas por necessidades circunstanciais. Nenhuma dessas modificações e excessões deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados na parágrafo 5 do Princípio 1.

3. A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente a determinar, baseando-se em opinião médica competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

4. O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de um transtorno mental deverá, em todas as circunstâncias ser consistente com o Princípio 11.

PRINCÍPIO 21

QUEIXAS

Todo usuário ou ex-usuário terá o direito de apresentar queixas, conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22

MONITORAMENTO E MECANISMOS DE INTERVENÇÃO

Os Estados devem assegurar a vigência de mecanismos adequados à promoção e aceitação destes Princípios, à inspeção dos estabelecimentos de saúde mental, à apreciação, investigação e reolução de queixas e, para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados nos casos de má conduta profissional ou violação dos direitos dos usuários.

PRINCÍPIO 23

IMPLEMENTAÇÃO

1. Os Estados devem implementar estes Princípios por meio de medidas apropriadas de caráter legislativo, judicial, administrativo, educacional e outras, que

deverão ser revistas periodicamente.

2. Os Estados devem tornar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos.

PRINCÍPIO 24

ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DA SAÚDE MENTAL

Estes Princípios se aplicam à todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

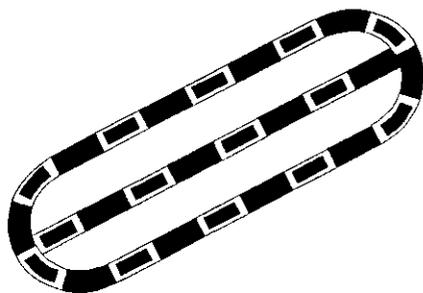
PRINCÍPIO 25

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer direito já existente dos usuários, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob o pretexto de que estes Princípios não os reconhecem ou que os reconhecem parcialmente.

Aprovado pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 17 de dezembro de 1991.

**REGISTRE SEU TÍTULO DE
ESPECIALISTA**



Os Direitos do Paciente com Distúrbio Mental

Resolução CFM nº 1.408/94

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 e, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a generalizada revisão crítica por que passam os modelos de assistência psiquiátrica, que permitiu o estabelecimento de normas internacionais como os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", da Organização das Nações Unidas, de 17.12.91, e a "Declaração de Caracas", da Organização Panamericana de Saúde, de 14.11.90.

CONSIDERANDO a necessidade de serem criadas normas brasileiras que estejam em consonância com as internacionais e contemplem a realidade assistencial própria;

CONSIDERANDO que o modelo assistencial psiquiátrico vigente no país é predominantemente hospitalar e cronicador;

CONSIDERANDO o reconhecimento, nos meios científicos, dos riscos inerentes às internações psiquiátricas;

CONSIDERANDO as decisões da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília-DF, no período de 01 a 04 de dezembro de 1992;

CONSIDERANDO as decisões do Seminário Nacional Sobre Reforma Psiquiátrica no Brasil, promovido pelo Conselho Federal de Medicina e realizado em Brasília, nos dias 19 e 20 de maio de 1994;

RESOLVE:

Artigo 1º - É de responsabilidade do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e dos Médicos Assistentes a garantia de que, nos estabelecimentos que prestam assistência médica, as pessoas com transtorno mental sejam tratadas com o respeito e a dignidade à pessoa humana.

Artigo 2º - o diagnóstico de que uma pessoa é portadora de um transtorno mental deve ser feito de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente e não com base no status econômico, político ou social, orientação sexual, na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

Parágrafo I - O diagnóstico de um transtorno mental não será determinado pelos seguintes fatores quando isoladamente: conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com os valores morais, sociais, culturais ou políticos, com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa, ou uma história de tratamento ou hospitalização psiquiátricos anteriores.

Parágrafo II - Nenhum médico pode diagnosticar que uma pessoa é portadora de um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas conseqüências.

Artigo 3º - Cabe ao médico respeitar e garantir o direito ao sigilo profissional de todas as pessoas com transtorno mental sob a sua responsabilidade profissional.

Artigo 4º - Nenhum tratamento será ministrado a uma pessoa com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção do consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

Parágrafo único - Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

Artigo 5º - As modalidades de atenção psiquiátrica extra-hospitalar devem ser sempre prioritárias, e, na hipótese de ser indispensável a internação, esta será levada a efeito pelo menor prazo possível.

Parágrafo I - O tratamento e os cuidados a cada pessoa serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ela, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

Parágrafo II - Em qualquer estabelecimento de saúde onde se presta assistência psiquiátrica é vedado o uso de "celas fortes", "camisa de força" e outros procedimentos lesivos à personalidade e à saúde física ou psiquiátrica dos pacientes, sendo dever do médico assistente denunciar ao Conselho Regional de Medicina sempre que tiver conhecimento do desrespeito a esta norma.

Artigo 6º - Nenhum estabelecimento de saúde poderá recusar o atendimento ou internação sob a alegação de o paciente ser portador de transtorno mental.

Artigo 7º - Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa com transtorno mental, se for considerado que atende melhor às necessidades de saúde do paciente e quando receber seu consentimento esclarecido, salvo nos caso em que este estiver incapacitado para fazê-lo e então o procedimento será autorizado pelo responsável legal.

Artigo 8º - A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais somente serão realizados em um paciente na medida em que este tenha dado seu consentimento esclarecido, e um corpo de profissionais externos, solicitado ao Conselho Regional de Medicina, estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento esclarecido e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

Artigo 9º - Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais não poderão ser realizados em qualquer paciente com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido.

Parágrafo I - Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente designado pela comissão de ética do serviço e especificamente constituído para este fim, poderão ser realizados tratamentos experimentais, ensaios clínicos ou pesquisas em pacientes que estejam incapacitados a dar seu consentimento esclarecido.

Parágrafo II - Somente poderão ser realizados os procedimentos de que trata o parágrafo I deste artigo se for em benefício do paciente e após autorização expressa do seu representante legal.

Artigo 10 - O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente,

Artigo 11 - As pessoas com transtorno mental têm direito de acesso às informações concernentes a elas, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos pelos estabelecimentos de saúde. Este direito poderá estar sujeito a restrições, com o fim de evitar danos sérios à saúde do paciente ou risco à segurança de outros.

Artigo 12 - Não será permitido o registro, nos Conselhos Regionais de Medicina, de estabelecimentos de saúde que mantenham atendimento psiquiátrico e não atendam às normas éticas enunciadas nesta resolução.

Parágrafo único - Caberá aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização da implantação das presentes normas, com vistas à transformação do modelo assistencial vigente.

Artigo 13 - Esta resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Brasília-DF, 08 de junho de 1994

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL
Secretário-Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08.06.94

FORNECIMENTO DE PRONTUÁRIO PARA AUDITORIAS DO SUS E OUTROS TOMADORES DE SERVIÇOS E PARA AUTORIDADES JUDICIÁRIAS.

Em 10/11/93 o ilustre Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo enviou ofício a este Conselho Federal formulando consulta sobre se devem as instituições prestadoras de serviços médicos enviar prontuários de seus pacientes para as auditorias do SUS e de outras instituições tomadoras de serviços médicos quando por estas solicitados. Entende tal questionamento quando a solicitação provir do Poder Judiciário. Explica o consulente que em seu Estado, freqüentemente, em tais circunstâncias, ocorriam extravios de prontuários causando perda de dados clínicos de grande valia para possível seguimento daquele paciente em seus futuros retornos àquela instituição. Objetou, ainda, o consulente, lembrando o prejuízo para as sanções fiscalizadoras do Conselho Regional de Medicina que tais perdas representam. Preocupa-se, também, o Presidente daquele Regional, com possíveis infringências ao estatuto do sigilo profissional decorrente do aumento do universo de pessoas, principalmente não médicos, que passariam a ter acesso àquelas informações contidas nesses prontuários.

Anexou à presente consulta cópia do Parecer Consulta 008/93, aprovado naquela Casa, em 05/10/93, sobre tal matéria, que concluiu:

O diretor que encaminhar cópia de prontuário a ser examinado fora das dependências do Hospital infringe o Código de Ética Médica".

Demonstrando preocupação com a questão, em 25/11/93, encaminhou novo ofício a este Conselho Federal retirando os termos da consulta inicial e encaminhando cópia de ofício no qual o Chefe do Serviço de Controle e Avaliação do Sistema Ambulatorial, Hospitalar e Complementar comenta as competências do seu serviço, as irregularidades mais freqüentemente encontradas e menciona não dispor de auditores e viaturas para cobertura dos hospitais do interior bem como da inconveniência de que as auditorias sejam feitas "in loco" pois "permite contacto do supervisor com o supervisionado". Ainda segundo o chefe do SISAC, os hospitais geralmente não dispõem "de local adequado para estas supervisões".

Em 09/12 pp esta consulta nos foi encaminhada.

As preocupações trazidas pelo consulente são procedentes e relevantes. Tal questão repara-se em todo o País, com certeza. De um lado o direito dos tomadores de serviços médicos, de verificar a prestação desses mesmo serviços, direito legítimo de qualquer consumidor, direito que se torna até mesmo um dever, especialmente quando o contratante for o poder público. Do outro lado as legítimas preocupações manifestadas pelo consulente.

Isto posto, como conduzir a pendência? Pensamos que este Conselho, de forma mais ou menos direta, já se pronunciou várias vezes sobre o tema, através de pareceres de inúmeros Conselheiros, uns que ainda iluminam esta Casa com sua sabedoria, outros

que deixaram por cá a lembrança de sua competência e dedicação.

Assim, resta-nos reafirmar que o prontuário do paciente, contendo dados de interesse médico, não é instrumento de cobrança de serviços e sim repositório da sua vida médica, pertencendo a ele, paciente e a instituição que tem a sua posse no sentido físico e é responsável pela sua guarda por período indeterminado, podendo, após certo prazo, resumí-lo e armazená-lo em filmes ou discos magnéticos, se assim o preferir. O acesso a estes dados estará sempre condicionado ao dever legal, aos interesses do paciente e a justa causa, na defesa dos interesses de terceiros, quando estes se sobrepuserem aos do indivíduo. É o que ensina Genival Veloso de França em sua obra *Direito Médico*, Fundo Editorial, BYK5ª, edição, pg 130:

“A revelação do segredo médico não pode constituir um crime quando feita pela necessidade de proteger-se um interesse contrário mais importante. No confronto de dois bens, o Direito aprova e consente o sacrifício do menos valioso”.

Entendemos que o acesso ao prontuário pela figura do auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que tem o mesmo atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo ao mesmo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados. Tem, assim, para bem exercer seu mister, de munir-se de volume suficiente de dados que permitam correta avaliação da matéria. Tem direito o auditor, inclusive, de examinar o paciente, para confrontar o descrito no prontuário com o real estado do paciente, tudo porém em perfeita sintonia com o que determina o vigente Código de Ética Médica.

Outra coisa, porém, é a instituição prestadora de serviços médicos ser obrigada a enviar os prontuários aos seus contratantes públicos ou privados. As razões elencadas pelo consulente são mais do que suficiente para julgarmos impróprio tal procedimento. Mesmo se considerarmos que todos os personagens envolvidos na auditoria, médicos ou não, estão submetidos ao princípio do sigilo profissional, estatuído no art. 154 do nosso vetusto Código Penal, entendemos de boa norma restringir ao mínimo necessário o número de contactantes com aquelas informações. A possibilidade de extravio é outro inconveniente bem lembrado na consulta. Apesar de, nesses casos, poder-se responsabilizar o depositário infiel pelo dano decorrente da perda dos prontuários e, no caso de médico, ainda responsabilizá-lo eticamente como negligente no desempenho de suas funções. Assim, não consideramos como justificativas válidas as mencionadas no documento originado da SISAC posto que se trata de defeitos conjunturais, cabendo sua resolução aos gestores do SUS, a quem compete prover seus auditores de condições adequadas ao bom desempenho de suas funções, que reputamos de grande importância. O que não se pode é que, para suprir tais deficiências, incorra-se em outro erro. Que o SUS, implementando sua política de descentralização, descentralize-se de fato, inclusive na auditoria, implantando níveis regionais e locais de auditoria. Discordamos ainda do entendimento de que o contacto direto entre auditor e auditados seja nefasto. Pelo contrário, que maneira melhor de se esclarecer passíveis dúvidas se não o diálogo, “vis a vis”, entre os dois protagonistas? Tal diálogo se torna negativo quando for, na realidade, monólogo impositivo, sentença sem julgamento, julgamento sem defesa, Os hospitais não têm estrutura? Mas que estrutura será essa, tão complexa para função tão burocrática?

Que hospitais serão esses que têm estrutura para atender pessoas doentes, mas não têm, sequer, uma mesa em uma sala - que tal a própria sala do faturamento - para atender o auditor?

Em relação as solicitações da Justiça, devem ser recebidas com toda a consideração merecida por aquele Poder, porém declinando-se de atender, sugerindo-se que o meritíssimo Juiz designe um médico - perito, o qual terá acesso ao prontuário na instituição e dele poderá retirar as informações necessárias para o atendimento à solicitação judicial.

Quanto ao envio do prontuário ou de cópia do mesmo, por determinação da Justiça, o próprio Supremo Tribunal Federal esabeleceu jurisprudência sobre o tema no acórdão do Recurso Extraordinário Criminal nº 91.218-5-SP, 2ª Turma - Recorrente: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Recorrido: Juiz de Direito da Vara Auxiliar do 2º Tribunal do Júri de São Paulo, em 10/11/81, sendo Presidente e Relator o Ministro Djaci Falcão, cuja ementa oficial reza:

"Ementa oficial: Segredo profissional. A obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não tem caráter absoluto. A matéria, pela sua delicadeza, reclama diversidade de tratamento diante das particularidades de cada caso.

A revelação do segredo médico em caso de investigação de possível abortamento criminoso faz-se necessária em termos, com ressalvas do interesse do cliente. Na espécie, o Hospital pôs a ficha clínica à disposição de perito médico, que não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial' (art. 87 do Código de Ética Médica).

Por que se exigir a requisição da ficha clínica? Nas circunstâncias do caso, o nosocômio, de modo cauteloso, procurou resguardar o segredo profissional. Outrossim, a concessão do Writ, anulando o ato da autoridade co-autora, não impede o prosseguimento regular da apuração da responsabilidade criminal de quem se acha em culpa.

Recurso Extraordinário conhecido, em face da divergência jurisprudencial, e provido. Decisão tomada por maioria de votos".

(RT, 562, agosto de 1982, pág. 407/425)

É o parecer, à consideração do Plenário.

Brasília, 10 de janeiro de 1994.

Nei Nogueira da Silva
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/01/94

**Só existe desvantagem
quando cada um quer
levar vantagem em tudo.**

“Não se pode criar a prosperidade
desalentando a poupança.

Não se pode dar força ao fraco debilitando o forte.

Não se pode ajudar o assalariado
aniquilando ao empresário.

Não se pode favorecer a fraternidade
humana alentando a luta de classes.

Não se pode ajudar o pobre arruinando o rico.

Não se pode evitar as preocupações
gastando mais do que se ganha.

Não se pode forjar o caráter e a coragem
desalentando a iniciativa e a independência.

Não se pode ajudar o Homem fazendo por ele o que
deve e pode fazer ele mesmo.”

Abraham Lincoln
1809 - 1865



PARECER CFM

A Associação Médica Brasileira, através do seu Presidente - Dr. Mário da Costa Cardoso Filho e do seu 1º Secretário - Dr. Juarez M. Avelar - encaminha ao Conselho Federal de Medicina o estatuto da Associação Brasileira de Medicina do Tráfego, para fins de reconhecimento desta prática como especialidade médica. Informa a Associação Médica Brasileira que a Associação de Medicina do Tráfego é integrante do seu atual Conselho Científico. É necessário esclarecer que esta associação fazia parte da relação de sociedades filiadas ou conveniadas à AMB na época da edição das Resoluções nº 1286/89, 1288/89 e 1295/89.

O estatuto da Associação Brasileira de Medicina do Tráfego define que a mesma é uma sociedade civil, de caráter científico, filiada à Associação Médica Brasileira, sem finalidade lucrativa, que congrega profissionais especialistas em Medicina do Tráfego e que persegue as seguintes finalidades:

- a) realizar estudos sobre Medicina do Tráfego;
- b) realizar intercâmbio científico com entidades congêneres, em nível nacional e internacional;
- c) promover e participar de atividades científicas referentes e inerentes à Medicina do Tráfego;
- d) colaborar na elaboração e aplicação de legislação relativa a Medicina do Tráfego;
- e) congregar médicos e demais profissionais que exerçam a Medicina do Tráfego, em seus aspectos teóricos, didáticos e práticos, em todo Território Nacional;
- f) manter contato com médicos de especialidades afins e com profissionais outros que exerçam atividades relacionadas à Medicina do Tráfego;
- g) manter contato com entidades e autoridades relacionadas com a Segurança da Medicina do Tráfego;
- h) defender o aperfeiçoamento dos especialistas em Medicina do Tráfego;
- i) promover a elaboração e publicação de trabalhos científicos relativos à Medicina do Tráfego;
- j) orientar o público em questão relacionadas com a Medicina do Tráfego;
- k) colaborar na organização educacional e legal do Tráfego.

Antes de iniciar a discussão desta matéria, farei rápida digressão sobre o conceito de Especialidades Médicas e apresentarei os argumentos acerca da Medicina do Tráfego.

Conceito de Especialidade Médica

Entendo que estas questões surgem e nos atormentam, por não ter ainda o Conselho Federal de Medicina definido, claramente, o seu conceito de especialidade médica. Sem me atrever a emitir tal conceito, procurarei apenas tentar interpretar qual ou quais parâmetros têm sido usados por este Conselho para reconhecer ou não especialidades.

Iniciarei pelo conceito de especialidade:

"1 - Qualidade ou caráter de especial; particularidade. 2 - Coisa superior, fora do comum, muito fina ou rara. 3 - Trabalho, profissão (ou ramo de uma profissão) de cada um. 4 - Habilidade ou prática especial para determinada coisa. 5 - Conhecer, perito." (Novo Dicionário da Língua Portuguesa - Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, 1975).

Ou, ainda, ao conceito de especialista (Dicionário Médico Ilustrado Blakinston, 1970). "Que , ou que limita a sua prática a certas doenças ou a doenças de um órgão ou classe, ou ainda a certo tipo de terapêutica"e, por conseguinte, à especialidade ou "ramo da medicina ou da cirurgia, adotado ou escolhido por um especialista".

O desenvolvimento da tecnologia trouxe consigo novos conceitos de especialidade quando o uso de novos equipamentos passou a definir o campo de atuação do profissional - Eletroencefalografia, Medicina Nuclear, Radiologia, Ultrassonografia, Endoscopia, etc...

Poderemos, também, definir especialidade de acordo com as colocações do nobre Conselheiro Antônio Rafael da Silva, que a conceituaria como "conjunto de conhecimentos específicos relacionados a determinada matéria".

As especialidades podem ser classificadas em cognitivas (clínica médica, pediatria) técnicas ou de habilidades (especialidades cirúrgicas) e, ainda, intermediárias (cardiologia, gastroenterologia). (Diaz - Jouanen, E - citado por Célia Regina Pierantoni e Maria Helena Machado ENSP 1992).

Vejamos, finalmente, como tem agido o Conselho Federal de Medicina no reconhecimento das especialidades. A Resolução nº.1295/89 lista as especialidades reconhecidas pelo CFM. Outras especialidades são reconhecidas posteriormente, como a Mastologia, Endoscopia Digestiva, Terapia Intensiva e Clínica Médica. Ao lado das clássicas especialidades (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia e Ginecologia, etc), são reconhecidas especialidades como Medicina Geral e Comunitária, Sexologia, Administração Hospitalar, Medicina Esportiva.

O reconhecimento geral da medicina e sua integração à comunidade não seriam objetos de ação de todo profissional? Qual seria o campo específico da atuação do sexologista? As especialidades clássicas, urologia, ginecologia não seriam suficientes? A administração de um hospital seria uma especialidade? E a Medicina Esportiva, qual sua finalidade, se já dispomos de Ortopedia, Traumatologia e Fisiatria?

Em todas elas, o Conselho Federal de Medicina, certamente, identificou elementos peculiares, particularidades, que motivaram o seu reconhecimento como especialidade. São estes elementos, estas particularidades que tentaremos identificar acerca da Medicina do Tráfego.

Conceito da Especialidade Medicina do Tráfego

A Medicina do Tráfego seria definida como uma especialidade médica que se propõe a estudar as causas do acidente do tráfego; propor formas de prevenção; promover um atendimento correto ao acidentado, minimizando então suas consequências; colaborar no ordenamento legal e nas campanhas educativas do tráfego.

Áreas de Atuação da Medicina do Tráfego:

Tráfego Rodoviário, Ferroviário, Ciclovitário, Aéreo e Hidroviário.

A Medicina do Tráfego pode ser dividida em:

- Medicina do Tráfego Preventiva:

Estuda os motivos de falha humana, as condições psico-orgânicas dos indivíduos, as patologias físicas ou psíquicas que contra-indiquem o ato de dirigir, os limites orgânicos de tolerância e fadiga às condições do tráfego e operações de veículos; promove vigilância epidemiológica sobre acidentes; define os grupos de "alto risco" para acidentes; difunde conhecimentos para a comunidade, para as instituições.

- Medicina do Tráfego Curativa:

Cuida do atendimento no local do acidente, transporte e atendimento hospitalar, integrando-se aí ao universo das demais áreas médicas, com destaque para os Serviços de Emergência, Traumatologia, Cirurgia, Terapia Intensiva e Reabilitação.

- Medicina do Tráfego Legal:

Propõe normas legais, faz perícias, propõe padrões de sanidade e aptidão para os condutores de veículos, fornece subsídios em especial à questão de fármacos, álcool ou drogas que interferem no ato de dirigir, organiza de sistema de colheita de material.

- Medicina do Tráfego Ocupacional:

Ela se interessa pelos danos decorrentes do uso contínuo, de máquinas, pressurizações; incapacitações e benefícios ou aposentadorias decorrentes da atividade profissional.

Para entender melhor a importância desta atividade médica e a diversidade de suas áreas de interesse, gostaria de enumerar temas oficiais do 13º Congresso da Associação Internacional de Acidente e Medicina do Tráfego (AIAMT).

Epidemiologia dos acidentes de tráfego

Custos de acidentes de tráfego

Criança no tráfego

Adolescentes como motoristas

Adaptação de veículo para deficientes físicos

Design de carros e segurança - Resultados

Idades limites para dirigir

Visão e tráfego

Álcool e tráfego

Métodos de habilitação

Psicologia do tráfego

Capacetes para ciclistas
Pedestres
Educação no tráfego
Mulheres versus homens como motoristas
Ergonomia nos veículos a motor
Inspeção veicular
Cinto e outros elementos de segurança
Fator veículo nos acidentes
Fator via nos acidentes

Conclusão:

Embora grande parte das áreas de atuação da Medicina do Tráfego seja executada por profissionais de outras especialidades - Socorristas, Cirurgiões, Ortopedistas, Intensivistas, Fisiatras ou mesmo de outras profissões, como psicólogos, fisioterapeutas, entendo que não seria extraordinário a existência de um grupo de médicos dispostos atuar organizadamente tanto na prevenção como no atendimento integral aos acidentados de tráfego. Considero desnecessário lembrar as nossas terríveis estatísticas sobre acidentes de tráfego, em especial acidentes com vítimas. É plausível imaginar que médicos com visão global das questões relativas ao trânsito possam ajudar, em muito na adoção de medidas com a finalidade de diminuir a frequência dos acidentes ou de lesões deles decorrentes.

Uma análise das áreas de atuação do especialista em Medicina do Tráfego e, porque não dizer, do temário do 13º Congresso da AIAMT me leva a compreender que existem peculiaridades no enfoque desta prática que não são objetos de preocupação de outras especialidades.

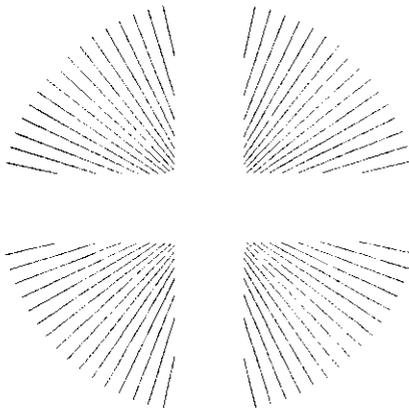
Acrescenta-se a isto o fato de que a Associação Brasileira de Medicina do Tráfego fazia parte da relação das sociedades filiadas à AMB, quando da assinatura do convênio AMB/CFM.

Portanto, proponho o reconhecimento da Medicina do Tráfego como especialidade médica, pelo Conselho Federal de Medicina.

Brasília-DF, 08 de dezembro de 1993

NILO FERNANDO REZENDE VIEIRA
Conselheiro CFM

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/03/94



MÉDICO DO TRABALHO OU AGENTES DE INSPEÇÃO DO TRABALHO A BORDO DE NAVIOS OU PLATAFORMAS SUBMARINAS.

PARECER CFM

Consulta ao Conselho Federal de Medicina o Serviço de Recursos Humanos da Petrobrás sobre as exigências dos agentes de Inspeção do Trabalho (eventualmente Médicos do Trabalho) que, quando em visitas de fiscalização, **"têm feito algumas exigências, abaixo relacionadas:**

- a) **cópia do prontuário médico a bordo de navios e plataformas marítimas;**
- b) **acesso ao livro de registro dos atendimentos realizados pelo Técnico de Enfermagem a bordo de plataformas marítimas;**
- c) **cópia dos registros de atendimento de acidentes graves;**
- d) **acesso aos Prontuários Médicos dos órgãos de Saúde Ocupacional";**

O assunto, segredo médico, tem sido objeto de inúmeros pareceres, tanto de assessores jurídicos como de Conselheiros ilustres dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina.

O mais recente e conclusivo parecer sobre o assunto é da lavra do ilustre Conselheiro Hercules Sidnei Pires Liberal, aprovado em Sessão plenária em 11.08.90.

Transcrevemos suas conclusões, que, a nosso ver, respondem integralmente às questões formuladas.

"Conclusão - os princípios e os fundamentos doutrinários do segredo médico, capitulados na legislação vigente e consagrados em farta jurisprudência, permite-nos concluir: **1º - O segredo Médico é espécie do segredo profissional, indispensável à vida em sociedade - e por isso protegido por lei - e cuja revelação, seja pelas informações orais ou através de papeletas, boletins, folhas de observação, fichas, relatórios e demais anotações clínicas, está vedada não somente aos médicos como também a todos os funcionários e dirigentes institucionais.**

2º - O médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de 'justa causa', determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade, ou se houver autorização expressa do paciente.

3º - Ressalvadas as solicitações feitas pelos órgãos fiscalizadores da Ética, inexistente dispositivo legal que respalde a ordem da autoridade judiciária ou policial ou que obrigue

o médico, ou o dirigente hospitalar a lhes entregar prontuário médico.

4º - As informações requisitadas pelos magistrados somente serão atendidas quando não violarem o segredo médico. Caso contrário, o médico, o funcionário ou dirigente hospitalar acusará o recebimento, mas declinará de fornecer, alegando impedimento legal e ético.

5º - À justiça ou aos seus agentes, o estatuto da Perícia Médica permite um melhor esclarecimento do que a acesso ao Prontuário Médico.

Este é o meu parecer s.m.j. - Brasília-DF, 20 de março de 1990.

(ass.) Hercules Sidnei Pires Liberal - Secretário Geral"

Mesmo entendendo já respondidas as questões enfatizadas, para que não paire mais dúvidas ao signatário, reafirmamos que não cabe a agentes de Inspeção do Trabalho, mesmo que médicos, qualquer direito ético de tomar conhecimento de assuntos referentes a Saúde de trabalhadores sem que estes expressamente concordem em lhes dar conhecimento.

Quanto a terem conhecimento dos registros de atendimentos de acidentes graves, parece-nos legítimo o pleito para que sejam tomadas providências que possam evitar tais acidentes, mas, nestes casos, esses agentes terão que obedecer os mesmos princípios da manutenção do sigilo profissional.

É o parecer.

Brasília, 01 de junho de 1993.

CLAÚDIO BALDUINO SOUTO FRANZEN
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/03/94

ATUALIZE SEU ENDEREÇO

O saber não basta. Temos que aplicá-lo. O querer não basta. Temos que fazer.

Goethe

Não tem culpado?

Descartada falha humana em teste de vacina

Morte de pacientes que testavam droga para hepatite foi provocada por reação tóxica

BETHESDA, Maryland - Contrariando as descobertas feitas pela Administração de Alimentos e Drogas (FDA), a comissão consultiva dos Institutos Nacionais de Saúde anunciou que não encontrou provas de falha humana nos estudos de uma droga experimental para hepatite B que causou a morte de cinco dos 15 participantes dos testes. Dois sobreviventes precisaram de transplantes de fígado. Os testes, provavelmente a mais catastrófica experiência em seres humanos em época recente, foram executados pelos institutos e cancelados em junho do ano passado.

O documento, que se baseou numa ampla investigação, parece entrar em choque com o divulgado dia 14 de maio pela FDA. Naquela data, a FDA mandou cartas para quatro cientistas e dois executivos de laboratórios farmacêuticos di-

zendo que eles violaram procedimentos científicos e normas federais na aplicação das experiências.

Mas, quinta-feira, a comissão dos Institutos Nacionais de Saúde disse não ter encontrado falhas dignas de nota no plano ou execução dos estudos da droga Fialuridine (ou Fiau), que se mostrou muito promissora no combate ao vírus da hepatite B, que causa cirrose e câncer no fígado.

A comissão também disse que a FDA não respondeu às várias solicitações para que tivesse acesso à sua investigação que, encerrada em novembro, motivou as cartas de advertência mandadas em maio. A comissão teve acesso aos mesmos documentos que os altos funcionários da FDA usaram, mas os dois órgãos podem ter abordado questões diferentes, disse Jim O'Hara, porta-voz da FDA. "Não houve um vilão, exceto o surgimento e a identificação de uma nova forma singular de toxicidade causada por droga", disseram os co-presidentes da comissão.

**Droga experimental
causou 5
mortes**

Transcrito de O Estado de S. Paulo de 06/94

É ético?

Padaria oferece consulta médica a seus fregueses

Atendimento é gratuito e clientes têm de ser consumidores constantes do estabelecimento

ELIETE GUEDES

Especial para O Estado

SOROCABA - Os fregueses da Padaria Itavuvu, na periferia de Sorocaba, estão recebendo atendimento médico de graça. Um consultório especialmente construído ao lado do estabelecimento vai beneficiar mais de 400 clientes cadastrados na padaria. O atendimento começou há uma semana.

O consultório funciona em instalações independentes, com entrada isolada da padaria, que não altera a rotina diária do estabelecimento. O freguês não precisa ter um limite para gastar mensalmente na padaria, basta ser consumidor constante.

A idéia de oferecer serviço médico aos fre-

gueses surgiu por acaso. Os donos da padaria, Antonio Carlos dos Santos e Marilete Souza, pretendiam beneficiar apenas seus 15 funcionários. "Resolvemos estender o atendimento à nossa freguesia, porque sabemos que muitos dependem de postos de saúde", disse Marilete.

Segundo Santos, o médico examina o interessado, dá orientação, avia receitas e faz o encaminhamento dos casos mais sérios a especialistas ou hospitais.

O consultório ainda não está totalmente aparelhado, mas o médico (clínico-geral e ginecologista) já atende. "Vamos trabalhar com um limite, mas procurando atender bem", disse a Marilete.

De acordo com Marilete, a criação deste atendimento médico pode até fazer crescer o número de fregueses do estabelecimento, mas ela garante que o objetivo não é esse. "Nossa idéia é amenizar os problemas das pessoas que dependem de postos de saúde".

Transcrito de O Estado de S. Paulo de 04/06/94

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho

Cons.ª Ana Zulmira Eschholz Diniz
Cons. Antonio Carlos Bagatin
Cons. Mário Lobato da Costa
Cons. Moacir Pires Ramoa
Cons. Roberto Bastos de Sena Freire
Cons.ª Wilma Brunetti

2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão

Cons. Álvaro Réa Neto
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons.ª Wilma Brunetti
Cons.ª Zaira Lúcia Letochovski de Mello

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares

Cons. Antonio Katsuami Kay
Cons.ª Marília Cristina Milano Campos
Cons. Ricardo Rydygier de Ruediger
Cons. Zaccarias Alves de Souza Filho

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS

MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizetti Dimer Gamberardino Filho
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Luvizotto
Cons.ª Mara Albonai Dudeque Pianovski

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.ª Eleusis Ronconi de Nazareno

Cons. João Batista Marchezini
Cons. Mônica De Biase Wright Kastrop

6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro

Cons. Carlos Castello Branco Neto
Cons. José Carlos de Miranda
Cons. Luiz Jardim Siqueira (Ponta Grossa)
Cons.ª Mônica De Biase Wright Kastrop
Cons. Nelson Antonio Banuffati Filho (Foz de Iguaçu)

7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS

DELEGACIAS SECCIONAIS

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins

Cons. Gilberto Sacilotto (Guarapuava)
Cons. Luiz Salim Emed
Cons. Odair de Floro Martins

8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Cons. Alberto Anicoly Veiga

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão

9. CORREGEDORIA DO CRM/PR

Cons. Adolar Nicoluzzi
Cons. Odair de Floro Martins

10. COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS

HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins

Cons. Daebes Galati Vieira
Cons.ª Mara Albonai Dudeque Pianovski

11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins

Cons.ª Ivankra Maria Martins
Cons.ª Mônica De Biase Wright Kastrop

12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda
Cons.ª Mônica De Biase Wright Kastrop

DELEGACIAS REGIONAIS

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Junot Cordeiro
Dr. Antonio Celso Buenardo
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas
Dr. Edgard Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Júnior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Mário Tadaei Iria
Dr. Sinésio Moreira Junior
Dr.ª Sueli Aparecida Kubiak Gofa
Dr. Walter Marcondes Filho

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kamel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Minao Okawa
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Mário Maesata Myazato
Dr. Cláudio Cordeiro Albino
Dr. Oswaldo Rodrigues Trate (Tesoureiro)
Dr.ª Maria Tereza Coimbra
Dr. Murilo Narciso

DELEGACIAS SECCIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilleus Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacinto Siqueira (Secretário)
Dr. Isaac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Enio Ganetti (Suplente)
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)
Dr.ª Mari Márcia Tschy (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sacilotto (Presidente)
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)
Dr. Argo Von Linsingen (Colaborador)
Dr. Antonio França de Araújo (Suplente)
Dr.ª Iara Rodrigues Vieira (Suplente)
Dr. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Boreia (Presidente)
Dr. Idelfonso Amodeo Canto (Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (Colaborador)
Dr. João Petry (Suplente)
Dr. Paulo Roberto Mussi (Suplente)
Dr. Cesar Augusto Macedo de Souza (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Antonio Carlos de Andrade Soares (Presidente)
Dr. Keilhe de Jesus Fontes (Secretário)
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka (Colaborador)
Dr. Namir Cavali (Suplente)
Dr. Faustino Garcia Alferez (Suplente)
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Mello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antonio de Mello Costa (Presidente)
Dr. Guilherme Antonio Schmidt (Secretário)
Dr. Fumiyo Sakabe (Colaborador)
Dr. Nilson de Almeida (Suplente)
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)
Dr. Ronaldo Borges Pereira (Suplente)