

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

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 Gornes Montenegro
Tesoureiro:	Consª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Daebes Galati Vieira
Drª Eleusis Ronconi de Nazareno
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Hércio Bertolozzi Soares
Dr. Ivan Pozzi (Londrina)
Dr. João Batista Marchesini
Dr. Kermel Jorge Chammas (Maringá)
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Dr. Luiz Sallim Emed
Drª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Drª 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 SUPLENTES

Dr. Adolar Nicoluzzi (***)
Dr. Alvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Drª Ana Zulmira Eschoiz Diniz
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 Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Drª Marília Cristina Milano Campos
Dr. Mário Luiz Luvizotto
Dr. Moacir Pires Ramos
Dr. Nelson Antonio Baruffatti Filho (Foz do Iguaçu)
Dr. Ricardo Rydygier de Ruediger
Drª Wilma Brunetti
Drª Zaira Lúcia Letchacovski de Melo

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

(*) Licenciado

(**) Falecido

(***) Destituído

SECRETARIA

R. Maí. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320

Telefone: (041) 322-8238 - Fax: (041) 322-8465



ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR.	Curitiba	V 13	Nº 49	p.1 - 59	Jan / Mar	1996
--------------------------------	----------	------	-------	----------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlke Braga Filho

Duliton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremin, 139

CEP 80450-320 - Curitiba - Paraná

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos médicos do Paraná

CAPA

Criação: José Oliva Eduardo

Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

TIRAGEM

12.000 exemplares

EDIÇÃO

Trimestral

Sumário

Erro Médico e Condições de Trabalho	1
Vacina Anti-Fraude Médica	18
O Médico e a Lei Nº 9.009/95 (Juizados Especiais)	20
Prontuário Médico - Importância Jurídica e Omissão do SUS	22
Assédio Sexual	24
Declaração de Princípios Éticos Médicos do Mercosul	25
Normas Para a Medicina Hiperbárica	27
Novo Método de Procriação. É ético ?	29
Registro de Título de Especialidade - Normas	30
Atividades do CRM/PR em 1995	31
Família, Médico e Médico de Família	33
Perito Pode Ser Testemunha ?	35
A Remuneração Médica Por Produtividade é Válida ?	36
Acupuntura: Uma Especialidade Médica - Resolução CFM Nº 1455/95	39
Porque a Acupuntura é Uma Especialidade Médica	40
Portador do Vírus HIV Vence Empresa de Saúde	48
O Que Pode e Deve Ser Feito Com Arquivo de Médico Falecido	50
Qual a Titulação Necessária Para o Exercício das Funções Radiodiagnósticas ?	52
O Curso de Enfermagem Pode Implantar Disciplina de Anestesiologia ?	55
É Válida a Cobrança de Serviços de Monitoração Pelos Anestesiologistas ?	57
Mudou de Endereço ?	58
Museu de Medicina	59

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 - ISSN 0104 - 7620.

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 cartinina: 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.

FINAL DE GESTÃO

Na finalização deste segundo período do exercício de presidência deste Conselho, vimos, tal como da vez anterior, relatar as atividades e as realizações levadas a efeito nestes 30 meses de gestão.

Mantivemos o compromisso de continuidade de orientação e trabalho já iniciados por Duilton de Paola e seguido por Luiz Carlos Sobania e Farid Sabbag, não deixando de estar atentos para a busca de soluções para os desafios surgidos, quer na política de saúde que a cada dia altera a sua orientação, quer ao normatizar ou disciplinar os procedimentos ligados a avalanche de tecnologia, quer no estudo da conduta bioética relacionada com a reprodução assistida, a doação de órgãos e transplante, etc.

Incentivou-se a divulgação dos princípios éticos, através de publicações, palestras, diálogos e debates na imprensa falada e televisionada. A Revista "Arquivo" tem sido postada sempre nas datas previstas, levando comunicações de máxima importância para o bom desempenho do exercício profissional.

Palestras têm sido realizadas nas Faculdades de Medicina, procurando despertar o interesse dos acadêmicos para os princípios éticos que deverão nortear toda a sua vida profissional. Inclusive foram realizadas publicações no Jornal Informativo do Diretório Acadêmico Nilo Cairo, com orientações ético-profissionais.

Mantém-se preleções quando das solenidades de entrega de carteiras de identidade e de trabalho médico, com ampla discussão com os formandos, orientando-os para o bom exercício da profissão.

Posicionamento na criação da Faculdades e Escolas Médicas.

Apoio às reivindicações na Tabela de Honorários Médicos e na criação do Departamento de Convênio da Associação Médica do Paraná.

Normatização de registro de Títulos de Especialista, para o condicionamento da sua ética divulgação.

Saneamento da inadimplência no pagamento das anuidades.

As Delegacias Regionais e Seccionais, receberam impulso considerável, sendo levado à algumas delas todas as condições de informática atual, telefones, fax, além da aquisição de sede própria para as de Guarapuava, Ponta Grossa e estar em estudo a construção da Sede da Regional de Maringá, que será feita em terreno doado pela Prefeitura local. Prevendo as necessidades que advirão com a recente instalação do Mercosul, está sendo agilizada a instalação da Seccional de Foz do Iguaçu, já aprovada em Resolução do Conselho.

Com a aquisição de imóveis no 7º andar do Edifício onde se mantém a Sede do Conselho, passou a contar com a totalidade do 3º e 7º andares, ampliando assim a área física para o melhor desempenho de suas atividades.

O Centro de Processamento de Dados encontra-se totalmente remodelado e com terminais em todos os setores de atividades.

Em cumprimento às determinações legais também este ano foi realizada a Assembléia Geral com a leitura do Relatório das Atividades levadas a efeito e a Prestação de Contas, que em seguida, após aprovação, foram enviadas ao Conselho Federal de Medicina e ao Tribunal de Contas da União.

Em um trabalho diuturno, honorífico, com expediente cumprido diariamente, atendemos a todos os colegas que procuraram o Conselho para esclarecimentos de dúvidas.

Seria altamente injusto se neste momento não deixasse documento a grande e eficiente colaboração que se recebeu da maioria dos Conselheiros e dos membros da Diretoria, que também não pouparam esforços no desempenho de suas funções.

Agradeço também as nossas funcionárias e funcionários que com dedicação e responsabilidade cumpriram com galhardia o seu trabalho.

Muito ainda ficou por ser feito, mas, com a Graça de Deus, a compreensão e colaboração de todos, entrego o cargo com a certeza do dever cumprido e gratificado por tudo o que foi realizado.

Cons. Wadir Rúpollo
Presidente

Conselho Regional de Medicina do Paraná Tem Nova Diretoria



Eleito, Luiz Sallin (Esq.) é cumprimentado pelo Presidente Wadir Rúpollo (Dir.)

Em Assembléia realizada dia 18/03/96 o Conselheiro Luiz Sallin Emed foi eleito o novo Presidente do CRMPR para a próxima gestão 96/98. Luiz Sallin assumirá dia 01/04/96 e substitui a Wadir Rupollo que muito bem dirigiu o CRM nos últimos 5 anos. Parabéns aos dois Presidentes

Diretoria

Presidente	Luiz Sallim Emed
Vice Presid.	Zacarias Alves de Souza Filho
1º Secretário	Daebes Galati Vieira
2º Secretário	Marília Cristina Milano Campos
Tesoureiro	Gerson Zafalon Martins
Tesour. Adjunto	Helcio Bertolozzi Soares

ERRO MÉDICO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

Hildegard Taggesell Giostri*

Através o presente é destacada a natureza da responsabilidade civil do médico, com base na culpa, e feita uma análise das modalidades de erro e da existência do nexo causal, apontando, também ser importante diferenciar erro médico e má prática. Salienta características concernentes às condições em que se desenvolve o trabalho médico e aponta causas que são responsáveis pelo aumento da ocorrência dos erros. Finaliza oferecendo sugestões que poderiam funcionar como medidas de precaução e prevenção de situações que comprometem a eficiência do profissional e a prática dos preceitos éticos.

1. INTRODUÇÃO

“Só há uma classe de homens que não erra: a que nada constrói.”

Hoje, mais que nunca, ouve-se falar em erro médico. A veiculação de tal assunto através a imprensa falada, escrita e televisada dá-se de maneira ostensiva, prejudicial à classe, já que os acertos - mesmo sendo a maioria -, não recebem igual divulgação.

Aberta e indistintamente os médicos são apontados como os únicos culpados, mas em verdade, entre os acusadores, poucos são os que se preocupam em questionar ou procurar determinar a causa, ou causas, que comprometem a eficiência daquele profissional dificultando-lhe a prática dos preceitos éticos, causas essas que, inevitavelmente, têm o efeito gerador do desencadeamento de erros.

O presente trabalho procura analisar uma somatória de elementos que na sua convergência final têm trazido uma mudança sensível ao panorama de atuação do profissional da saúde. Com base naquela análise enfoca uma série de situações que podem ser mudadas ou evitadas para que se minimize a ocorrência dos erros médicos.

Para uma clareza e compreensão maiores faz um estudo inicial sobre a responsabilidade médica e no que ela se baseia, passando em seguida para um exame do erro, seus tipos e características. Aponta, também, como importante, uma análise diferencial entre o erro médico propriamente dito e a má prática da profissão.

As condições do trabalho do profissional da saúde e tudo o que lhe diz respeito são objetos de um levantamento crítico com o escopo de entender a problemática da geratriz do erro, e, em o fazendo detecta elementos chaves que servirão

* Bioquímica e Advogada de Curitiba. 1º Lugar no Concurso "Melhor Monografia de Ética Médica", promovido pelo CRM/PR. 1995.

como medidas de prevenção para que tal situação, em não podendo ser extinta completamente, venha a ter, pelo menos, sua incidência diminuída sensivelmente.

Com base naquele levantamento, apresenta sugestões para uma melhor atuação do médico na sua rotina diuturna.

2. PRINCÍPIOS GERAIS DA RESPONSABILIDADE MÉDICA

Ao lado do princípio genérico definidor da responsabilidade civil do médico que determina não ser lícito a ninguém trazer lesão a outrem - **neminem laedere** - outros há que, por sua natureza especial são determinados em fontes várias, tais como Código Civil, Código de Ética, leis extravagantes e jurisprudência.

O impacto do progresso técnico sobre a atividade médica, se por um lado aumentou as perspectivas humanas e a segurança do profissional, por outro, acarretou a este último um maior grau de responsabilidade civil.

2.1. Responsabilidade civil

A responsabilidade civil, observada sob a óptica da Sociologia, deriva da responsabilidade moral, ainda que esta seja um valor cambiante já que varia segundo os conceitos individual e social.

Definir o que seja responsabilidade nem sempre é fácil, haja vista a gama de diferentes conceitos e definições em torno do tema. Para MARTON ela é a reação necessariamente provocada pela infração a um dever preexistente, enquanto SAVATIER pondera que a mesma deva ser definida como a obrigação de tomar a nosso encargo as consequências de nossas atitudes.¹

Pode-se entender, pois, que toda e qualquer manifestação de atividade humana traz em si a conotação da responsabilidade. Depreende-se também que mesmo se fundamentando distintamente de acordo com os costumes de época e tendo suas variantes determinadas pela concepção sociológica e ideológica dominante, o fim mostra-se idêntico, ou seja, a manutenção do equilíbrio social ou a restauração do equilíbrio rompido.

A atividade profissional do médico, como de outros setores ditos liberais, está inserida no tipo de responsabilidade subjetiva contratual.

2.2. Responsabilidade contratual

A característica jurídica da responsabilidade médica tem sido motivo de intensa controvérsia já que alguns a situam no campo da responsabilidade contratual enquanto outros preferem tratá-la como extracontratual ou aquiliana.

1. Apud Dias, José de Aguiar. Da responsabilidade civil. Vol. I, p. 95.

AGUIAR DIAS entende que a despeito de o Código Civil ter tratado o assunto entre os dispositivos que dizem respeito à responsabilidade aquiliana, considera aquela como contratual, no que é acompanhado por inúmeros outros autores.²

Sendo contratual aquela responsabilidade, baseia-se ela sobre um tipo especial de contrato, ou seja, **de meio**, o que resulta dizer que o médico tem a obrigação de oferecer ao doente todos os meios disponíveis para atingir a sua cura, ou, ao menos, a sua melhora. É também um tipo de obrigação pessoal, e como tal, consiste no cumprimento de atos resultantes das próprias forças físicas ou intelectuais do devedor, ou seja, o limite de sua prestação obrigacional encontra-se naquilo que ele, devedor, pode fazer em conformidade com seu estado físico e mental.

O conteúdo de tal obrigação é a própria atividade do devedor, isto é, a utilização de sua parte de todos os meios tendentes a produzir o fim almejado.

A responsabilidade do médico é, dessa maneira, elástica, pois ele será responsável não só pelo que fez, mas também pelo que deixou de fazer; pelo que disse e pelo que deixou de dizer; igualmente, o será pela oportunidade que escolheu para não fazê-lo, quando deveria, ou poderia, tê-lo feito.

Os códigos são claros: o médico é responsável pelo que faz. Entretanto, há que se fazer a colocação de um questionamento: quer tal afirmativa significar que ele será sempre culpado quando um objetivo não for atingido ou o resultado não foi o esperado...?

De um modo geral parece ser este o pensamento de uma grande percentagem de pessoas, haja vista o aumento de ações indenizatórias responsabilizando médicos por insucessos, insucessos esses que nem sempre podem ter sido fruto de erros.

Fundamental é, pois, a distinção entre responsabilidade e culpabilidade: o fato de um médico ser responsável por seus atos não significa que ele é, necessariamente, culpado. Conforme já preconizou sabiamente SAVATIER, habilidade não quer dizer procedimento irrepreensível. Para que ele seja responsabilizado, necessário se faz que de sua parte tenha havido culpa.

3. A CULPA

A responsabilidade civil, para a grande maioria dos doutrinadores, tem seu fundamento na culpa.

O legislador pátrio esquिवou-se de defini-la preferindo ater-se a seu sentido genérico que engloba o **dolo** - no qual se identifica a vontade do agente de prejudicar - , e a **culpa** no sentido estrito, compreendida pela imprudência, imperícia e negligência tendo como resultado uma lesão não pretendida pelo agente.

2. Dias. Opus e vol. cit. p. 253.

No que diz respeito à obrigação do médico o que deve ser entendido é que:

a. seu objeto de contrato não é a cura, mas a prestação de serviços e cuidados conscienciosos de acordo com os avanços científicos e tecnológicos;

b. nada o obriga a restituir a saúde a um paciente, mas a conduzir-se com toda a diligência para atingir - dentro das possibilidades - aquele objetivo;

c. o profissional só será responsabilizado pelo insucesso em seu mister se ficar cabalmente provado que ocorreu dano ao paciente e que tal se deu em consequência de erro, imperícia, imprudência ou negligência de sua parte.

Portanto, pode-se concluir que a teoria da responsabilidade subjetiva pressupõe sempre a existência de culpa, ou seja, que tenha havido a violação de um direito que o agente podia conhecer e acatar, tendo tal teoria, como extremos legais, os seguintes pressupostos:

a. a existência de um dano contra o direito;

b. a relação de causalidade entre este dano e o fato imputável ao agente;

c. a culpa deste, ou seja, que o mesmo tenha obrado com dolo ou culpa, em qualquer de suas modalidades.

Pelo acima exposto pode-se enquadrar a culpa como uma falta de diligência na observância da norma de conduta e é, justamente, tal falta de diligência, de prevenção, de cuidado que dá vida aos elementos essenciais que caracterizam a culpa, ou seja, a imperícia, a imprudência e a negligência.

3.1. Imperícia, Imprudência, Negligência

AGUIAR DIAS ensina com precisão e clareza a distinção tênue que delimita cada uma destas três figuras. Aponta ele que imperícia, originariamente, é a falta de habilidade para praticar determinados atos que exigem certos conhecimentos.

A imprudência, por sua vez, consiste na precipitação, no procedimento inconsiderado, sem cautela, em contradição com as normas do procedimento sensato. É a afoiteza no agir.

A negligência é a omissão daquilo que razoavelmente se faz; é a inobservância das normas que nos ordenam agir com atenção, capacidade, solicitude e discernimento.³

Observa-se que a imprudência é, normalmente, um ato positivo, algo que se fez, enquanto que a negligência é caracterizada por algo que se deixou de fazer.

Agindo o profissional com culpa e havendo a ocorrência do dano, resta provar que entre o seu agir e o resultado danoso houve realmente um nexo causal.

3. DIAS, José de Aguiar. Opus cit., p. 120

3.2. Nexo Causal

Nexo de causalidade é a relação que se estabelece entre a ação e a causa de agir, de tal forma que o resultado final só pode ser imputado a quem lhe deu causa, ou seja, consiste no fato de o dano ter surgido de um ato ou de uma omissão.

Depreende-se então que inexistirá a responsabilidade do médico se comprovada ficar a inexistência de nexo causal, ou, ao contrário, se ficar provada a concorrência de atos de terceiros, força maior, ou culpa do próprio paciente.

Ocorre que nem sempre o nexo de causalidade será nítido, dada a multiplicidade de fatores que incidem na relação médico-paciente. Assim, para que a linha divisória entre culpa e imprevisibilidade se torne mais nítida, mister se faz a requisição da perícia.

3.3. O Perito

A figura do perito deveria ser de vital importância, pois, ao julgar um erro médico, o juiz, sabendo-se em seara estranha e alheia, daquele dependeria para apoiar seu julgamento.

Entretanto, além de o magistrado não estar adstrito ao laudo pericial por força do artigo 436 do Código de Processo Civil, o que tem-se observado ultimamente é um endurecimento por parte dos julgadores, como uma espécie de defesa frente ao dito corporativismo da classe médica, também conhecido como **esprit de corps**, ou conspiração do silêncio.

Tal corporativismo, que para alguns inexistente, tem suas raízes históricas dentro dos próprios códigos de ética, não veja-se: o de 1929 previa que a solidariedade fosse ao ponto de atenuar o erro quando realmente ele existisse (art. 48); idêntica formulação do mesmo artigo no ano de 1931; em 1945, o artigo 21 já passa a sugerir que a obrigação do médico em justificar a conduta do colega "existe sempre que não colida com a verdade dos fatos". O código de 1953, embora insistindo sobre a importância da solidariedade entre os membros da profissão, determina limites para tal (arts. 7º e 8º), mas não sem sugerir que uma forte discricção deverá marcar qualquer medida a ser tomada. O artigo 8º do código de 1965 apresenta quase o mesmo teor. O de 1984 aponta a proibição de acobertar erro ou conduta imoral de colega (art. 6º), para depois, nos artigos 11 e 33 voltar a insistir sobre a solidariedade.

O atual código (1988) procurou estabelecer um maior equilíbrio entre os interesses da classe médica e os do doente e da sociedade, perdendo assim o caráter nitidamente medicocentrista dos seus predecessores.

Entretanto, a imagem deixada ao longo dos anos de corporativismo e solidariedade da classe ainda está viva e bem presente na memória dos julgadores e, não raro, tem colaborado para para que o fiel da balança da justiça penda para o lado errado, configurando-se, aí sim, um erro - não de médico -, mas de magistrado.

4. O ERRO

A expressão **erro** pode encerrar uma variada gama de sentidos que são diferentes entre si, mas que o cidadão comum costuma englobar a todos, indistintamente, dentro do universo do erro, o que não só dificulta situações como pode trazer consequências desastrosas.

Exemplificando, pode-se tomar expressões tais como falha, lapso, omissão, equívoco, negligência, desatenção, descuido, imperícia, esquecimento, inexactidão, imprudência e todas elas estarão, dentro do entendimento da maioria, englobadas pelo termo **erro**, ainda que diferentes entre si em valor, sentido e gravidade.

O próprio erro em si tem as suas variantes: de caráter voluntário ou involuntário, surgido em função de risco ou de dificuldade, de gravidade maior ou menor e até o erro honesto ou escusável. E é exatamente essa gama de diferentes possibilidades e situações que deve ser levada em conta no momento da análise de um erro médico; entretanto, o que se tem visto - auxiliado gigantescamente pela mídia -, é o conceito ser tomado num sentido global pelo uso inadequado e generalizante da própria expressão **erro**.

4.1. Conceito de erro médico

Erro médico pode ser entendido como o mau resultado ou o resultado adverso decorrente de uma ação ou da omissão do médico. Conforme já frisado, ele pode ocorrer por imperícia, imprudência ou negligência e a participação do médico será sempre culposa e não dolosa.

Pode, como consequência, provocar condenação por crime culposo na esfera do direito penal, ou, indenização reparatória na seara do direito civil.

4.2. A visão mítica

Na antiguidade entendia-se ser a doença a expressão material do pecado ou a expressão somática da culpa. O curandeiro, ou mago - ungido pelo poder divino -, dispunha do poder de cura e, até hoje, por tradição, deduz-se que aquele que pode curar também absolve o pecado e desfaz a culpa.

Tal pensamento pode ainda ser detectável na não aceitação pelas camadas mais simples que um médico possa ficar doente, bem como se considera um despropósito que o mesmo possa errar, especialmente em seu mister de curar.

No plano geral, observa-se que tanto para o leigo como para a sociedade mal-informada a Medicina tem um poder sem limites, ou, ao menos deveria tê-lo.

Esta talvez seja uma das razões para que tanto clamor suscite um erro médico.

4.3. Diferença entre erro médico e má prática

O erro médico, conforme já visto, pode ser culposo resultando em danos que poderiam e deveriam ter sido evitados; pode ocorrer, também, o erro dito honesto que é aquele oriundo de um fato imprevisível; há, igualmente, o erro escusável ou profissional que advém como resultante da imperfeição da Medicina e da precariedade dos conhecimentos humanos.

A má prática, entretanto, de todos aqueles difere, pois é o uso da Medicina em setores que atentam contra a dignidade do ser humano. Exemplo de tal situação encontra-se no artigo 130 do Código de Ética que trata da possibilidade de ocorrência de procedimentos experimentais em pacientes terminais sem que isso lhes traga benefícios, apenas sofrimentos adicionais. No referido código tal situação está incluída na classificação de imprudência, mas, tal delito vai sem dúvida além daquela, já que provocar sofrimentos adicionais em quem já sofre e está em fase terminal, é, por óbvio, contrário ao previsto pelo próprio código no seu artigo 2º, quando preconiza que "o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em **benefício** do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional". (Grifou-se).

É, pois, de extrema importância a distinção clara entre um erro honesto cometido por um profissional sério e o uso da Medicina, por um profissional menos digno, desrespeitando o ser humano e lesando-o nos seus direitos fundamentais.

Coerente com sua postura de defesa dos valores subjetivos da dignidade e da vida humanas, o código de 1988 condena como má prática, além de outros procedimentos, a participação médica em torturas e o envolvimento do médico - qualquer que seja a forma -, na execução da pena de morte. Pode-se entender, portanto, que mesmo que esta última viesse a ser adotada no País, a participação do profissional seria legal, porém anti-ética.

5. CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO MÉDICO

A Medicina, sem sombra de dúvida é, entre todas as profissões, a mais sujeita a ser atingida por um erro profissional já que seu material de trabalho situa-se na seara do subjetivo, do imprevisível e do imponderável - o o ser humano -.

É, também, a mais visada pela opinião pública que não perdoa falhas, nem faltas, daquele que é incumbido da salvaguarda de seus bens mais preciosos, a saber, a saúde e a vida.

Conforme já salientado anteriormente, os progressos da tecnologia e ciência médicas expandem a responsabilidade moral e civil do médico, uma vez que ano após ano novas conquistas são estabelecidas para o controle sobre a saúde, a vida e a morte.

Cada vez menos há que se falar em fatalismo, já que este reflete uma falta de controle sobre os acontecimentos.

Por outro lado, o avanço do conhecimento gerou a possibilidade de criação de uma verdadeira vertente de especializações e, se tal situação trouxe consigo inúmeros benefícios, teve também o seu componente negativo, qual seja o de aniquilar o relacionamento médico-paciente.

O desaparecimento da figura do médico de família é a tal ponto nefasto que em alguns locais já se está tentando reproduzi-la, ainda que artificialmente, e, sem dúvida, os resultados não se têm feito esperar.⁴

É imperioso mudar esse tipo de situação, pois muitas vezes o paciente não sabe sequer o nome de seu médico, e vice-versa; estão frente a frente, mas não se vêem; falam-se, mas não se tocam. E, no entanto, são o calor humano e a afetividade entre profissional e cliente fatores fundamentais na prevenção do erro médico, pois garantem um outro nível de atendimento.⁵

A relação médico-paciente e o grau de confiança que os envolve torna-se particularmente mais importante quando um tratamento depender da observância rígida das prescrições médicas. Um bom resultado a ser atingido não depende só do médico, mas do quanto seu paciente vai interagir com ele.

5.1. A rede pública

Na continuação da análise das condições do trabalho médico é importantíssima a averiguação da problemática referente ao ambiente de atendimento na rede pública, uma vez que a esmagadora maioria dos médicos trabalha lá.

Entretanto, para uma maior compreensão da situação vigente mister se faz uma análise histórica, ainda que rápida e superficial.

As políticas sociais, ao longo da história brasileira, curvaram-se aos interesses econômicos e particularistas da fração hegemônica situada no comando da nação.

A saúde pública, representada pelo Ministério da Saúde, assistiu na década de 70 a consolidação de um modelo assistencial que tinha como características principais:

4. Em Niterói/RJ criaram-se grupos comunitários de mil pessoas, cada qual com seu médico e enfermeira especializada, nos moldes do médico de família, sendo os resultados os melhores possíveis.

5. Nos Estados Unidos os médicos russos de colônias de imigrantes aparecem nos Tribunais na proporção de 2% em contraposição aos médicos americanos e ingleses, cujo aparecimento é de 50%. Tal dado sugere que a colônia russa, por uma questão de confiança, fica assistida pelo seu próprio médico tendo o relacionamento médico-paciente preservado. Fonte: Revista Problemas Brasileiros, nº 289, jan/fev. 1992, p. 06.

quanto às práticas: gigantismo da rede hospitalar em detrimento da ambulatorial; incentivo à especialização; consumo de tecnologia sofisticada em detrimento da mais simples; pouco desenvolvimento das ações de caráter coletivo;

quanto à organização e administração dos serviços: prestação de serviços predominantemente pela rede privada; descoordenação entre os múltiplos órgãos governamentais e desincentivo aos serviços públicos;

quanto às práticas: gigantismo da rede hospitalar em detrimento da ambulatorial; incentivo à especialização; consumo de tecnologia sofisticada em detrimento da mais simples; pouco desenvolvimento das ações de caráter coletivo;

quanto à organização e administração dos serviços: prestação de serviços predominantemente pela rede privada; descoordenação entre os múltiplos órgãos governamentais e desincentivo aos serviços públicos;

quanto ao financiamento: realizado principalmente com recursos da Previdência Social e voltado para o complexo médico-hospitalar;

quanto ao planejamento: desconsideração pelos determinantes sociais do processo saúde-doença; extremamente centralizado, tanto a nível federal como estadual.

O início da década de 80, marcado pela busca da redemocratização do País registrou um novo processo na área da saúde assegurando o seu controle social: o termo **saúde** passou a expressar qualidade de vida de uma população geográfica e historicamente diferenciada. Quer isso dizer que o termo transcende uma simples oferta de serviço para atingir a resultante de uma ação articulada entre os setores os mais variados, como educação, habitação, saneamento, transporte, agricultura.

É enfatizada a Reforma Sanitária cujas diretrizes estão consagradas pela Constituição Federal, Constituição Estadual e Leis Orgânicas. Como uma das consequências ocorreu a municipalização da saúde através o SUS, o que já pode ser considerado um avanço para o setor, desde que não se perca de vista o projeto da Reforma Sanitária.

Entretanto, para o profissional da saúde, o que toda essa pretensa mudança trouxe? Qual é o panorama que se vê no País, como um todo, e que os meios de comunicação não poupam em alardear?

O nítido perfil de tal situação é dado pelas palavras do eminente Prof. Dr. Irany Novah MORAES, em sua obra *Erro Médico*, p. 20: "O atual sistema nacional de assistência à saúde está funcionando precariamente. Dispõe de hospitais abandonados e utiliza uma rede hospitalar privada que, pelo fato de ser muito mal paga, não consegue acompanhar os progressos que a tecnologia moderna vem propiciando. Todos os integrantes da equipe de saúde são mal remunerados e consequentemente, descontentes com isso, atendem mal. Daí o espetáculo dos ambulatórios com enormes filas de espera para conseguir ver o médico e dos Pronto Socorros mal equipados e pessimamente distribuídos geograficamente".

Em entrevista a uma revista de circulação nacional o mesmo autor sendo questionado se a Previdência Social teria algo a ver com o erro médico, assim se expressou:

"Sim, pois ela controla a grande maioria dos leitos hospitalares e paga valores irrisórios pelo doente internado. Isto impede os hospitais conveniados de se atualizarem, adquirindo aparelhagem moderna. Faltam as coisas mais elementares, a começar por aparelhos de Raios X. E nem se fale em recursos mais modernos, como ultrassom, ressonância magnética e radiografia por computador. A ausência desses equipamentos impede um diagnóstico preciso e, evidentemente, é fator predisponente para ocorrer o erro médico. A rede hospitalar está sendo sucateada e essa é mais uma razão para o médico não aparecer como único vilão da história".⁶

Como manter um elevado padrão de atendimento se as "ferramentas" necessárias ao exercício de uma profissão ou inexistem, ou se existem estão em precário estado de conservação? Qual a margem de segurança que um profissional pode ter e oferecer, atuando com equipamento obsoleto e mal funcionando?

A Previdência Social paga valores baixíssimos não só aos hospitais, mas também aos médicos. Como se sente um profissional que recebe por uma consulta o mesmo que ele paga a um garoto de rua para vigiar seu carro por alguns minutos...?

Outro local crítico, sob o ponto de vista do erro médico, são os Pronto-Socorros. Se, por um lado ali trabalham médicos experientes, é bem verdade que lá também estagiam estudantes e recém-formados. Sendo um atendimento de emergência, os casos ali tratados requerem não só um certo nível de conhecimento mas, também, iniciativa própria, sangue-frio, segurança e maturidade profissional, sem contar que nem sempre as condições físicas e de aparelhagem são as ideais.

Fica fácil concluir que as condições de trabalho médico no Brasil estão longe de ser o que deveriam e que são essas mesmas condições que passam a funcionar em cadeia como geradoras de erros dos profissionais.

Se o local, equipamento e salário são alguns dos componentes gregários que favorecem o aparecimento de erro, há ainda um outro fator que não pode deixar de ser analisado, sendo gestado antes mesmo que o profissional venha a atuar na vida prática, mas que nela terá enorme influência: o ensino médico.

5.2. O ensino

A primeira escola médica fundada no Brasil ocorreu em data de 1808, na Bahia, por ato D. João VI, que logo a seguir criou a do Rio de Janeiro, e, alguns anos mais tarde a de Porto Alegre.

Durante um período de cem anos as escolas criadas não ultrapassaram o número de cinco. Em 1968 criaram-se onze escolas constituindo quase a média de uma por mês; hoje, este total beira a centena.

6. Revista Veja, 15 de maio de 1991, p. 09.

Tal constatação seria até motivo de orgulho para o País e satisfação para os estudantes não fora a triste realidade que se esconde por detrás deste dado estatístico: metade das escolas estão totalmente despreparadas, não contando com hospital nem corpo docente adequado.

Criaram-se novas escolas mas não se criaram novos professores; o fato de ser um bom profissional não faz de um cidadão um bom professor e, no entanto, é isto que se vê: aquele que melhor opera é, automaticamente, indicado para professor de Clínica Cirúrgica, e, de igual maneira as outras disciplinas são preenchidas dentro do mesmo padrão de escolha.

Como consequência, o profissional que trabalha e ainda ensina, vai se limitar a repetir o que ele sabe e o que ele faz, pois, dificilmente terá condições ou tempo para pesquisar e ir mais longe, acabando por formar um aluno que será sua própria cópia, seja ela boa ou má.

Nesse ínterim, a ciência avançou e a tecnologia disparou. Baseado nesses fatos é que, hoje, o perfil do professor ideal assenta-se naquele tipo de instrutor que faz seu aluno ir mais longe que ele próprio, atingindo horizontes que seu mestre apenas vislumbrou à distância, mas para o qual apontou-lhe a direção.

Sem dúvida esse seria o ideal, mas não é o real. Além do ensino de baixo nível, ainda ao estudante de Medicina é somada a falta de treinamento, pois aquele sai de sua escola habilitado, mas não capacitado a exercer a profissão.

Tem ele, então, o dever e a necessidade de um treinamento tutelado que lhe será ministrado no programa de Residência Médica, com duração de três anos ou mais, dependendo da especialidade escolhida.

Entretanto, a desoladora realidade é que por falta de hospitais-escola em número suficiente, apenas um terço dos estudantes graduados terá acesso àquele tipo de treinamento, caindo, os restantes dois terços, diretamente no mercado de trabalho, concentrando-se nas grandes cidades pelo temor de enfrentar, sozinhos, os desafios de uma clínica de interior.

Tal realidade dá origem a uma nova espiral, sempre crescente, de erros na profissão.

6. O MÉDICO-PACIENTE

Quantas vezes já, um paciente, em especial o internado, expressou - ao menos em pensamento - a vontade de que seu médico estivesse em seu lugar...?

Isso ocorre, basicamente, porque o paciente além de doente é sempre um ser carente que se encontra - ao menos momentaneamente -, em posição de inferioridade seja afetiva ou emocional, frente ao outros semelhantes e, em especial, frente a seu médico que a seus olhos, ao lado de seu leito, passa a tomar as proporções de um gigante.

Para comprovar o quão importante é a maneira com que o profissional trata o seu cliente basta ver os resultados negativos oriundos do esfacelamento da relação médico-paciente.

Não há mais, portanto, como argumentar contra o fato de que um bom relacionamento entre ambos vai não só facilitar a cura ou a melhora do doente, como minorar a possibilidade de ocorrência de erro.

O médico deve tratar seu cliente como ele mesmo gostaria de ser tratado e não é raro observar que certos profissionais depois de passarem por uma experiência como "pacientes", mudam a sua maneira de se relacionar com os seus próprios. Tal fato vem apenas comprovar que eles não estavam interagindo da maneira ideal.

7. FATORES CONCORRENTES

Conforme analisado até agora, existem situações e condições aliadas a fatores outros que contribuem para aumentar a incidência do erro médico, ou o seu agravamento.

Enumeram-se, abaixo, na sua totalidade, os mais expressivos:

1. exercício da Medicina em condições adversas, tais quais, escassez de recursos materiais, abrangendo desde o local físico até o equipamento utilizado;
2. número excessivo de pacientes;
3. limitação dos meios de diagnóstico;
4. padrão de atendimento massificado;
5. predominância de atendimento em instituições públicas por médicos desprovidos de recursos adequados;
6. dificuldade de acesso a clínicas e hospitais que têm alto poder resolutivo, sejam do sistema público ou do privado;
7. cursos de graduação médica deficientes em qualidade e de pós-graduação insuficientes em quantidade;
8. falta de estudo continuado para maior informação e melhor capacitação do profissional;
9. quase inexistência de condições e espírito de pesquisa;
10. relação médico-paciente deficitária;
11. espírito mercantilista por parte de alguns profissionais.

8. MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Do acima exposto deduz-se que as medidas de prevenção contra o erro médico não podem ser vistas de uma maneira isolada já que na sua possibilidade de ocorrência está inserida uma somatória de fatores que não dependem apenas do profissional. Tais medidas, portanto, têm que ser coletivas, partindo do médico, do governo, das entidades e da sociedade como um todo.

Entende-se serem prioritárias:

- existência de boas escolas com hospitais suficientes para um treinamento tutelado efetivo ao alcance de todos;

- formação de bons professores;
- distribuição geográfica de médicos proporcionada de uma maneira mais homogênea;
- diminuição do número de pacientes atendidos por cada médico;
- melhora das condições físicas de atendimento: local, técnicas, aparelhagem;
- salário digno compatível com o custo e o esforço despendido num curso médico, a par da responsabilidade que o exercício de tal profissão encerra;
- estudo e pesquisa constantes;
- esclarecimento ao paciente do que será feito e do quanto poderá ou não ser atingido;
- melhora no relacionamento com os clientes;
- tentativa de colocar-se sempre no lugar do paciente, especialmente o internado.

Como se conclui, algumas dessas medidas são fáceis de serem postas em prática, já que de cunho pessoal; outras há, porém, que apontam para uma dificuldade maior, pois dependem do sistema. Entretanto, em nenhuma hipótese o difícil quer significar o impossível e qualquer tentativa com a finalidade de diminuir a incidência de erro já significa um caminho percorrido, pois, cada vez mais o médico vê diminuída a sua segurança no exercício da profissão devido ao verdadeiro furor indenizatório que se instalou no País na última década, como consequência dos erros médicos.

Cada vez mais é necessário que se dê condições dignas para que este profissional - que tem tanta importância no seio de uma comunidade -, possa mostrar o seu valor separando o joio do trigo, o mau profissional do bom, o erro que foi seu ou que foi do sistema, ou aquele que simplesmente foi fruto de força maior ou da imprevisibilidade, imponderabilidade e subjetividade desta máquina humana que é o seu material de trabalho.

9. CONCLUSÕES

1. O erro médico é hoje assunto comentado e debatido cotidianamente, repousando a culpa apenas sobre aqueles profissionais sem que, de uma maneira geral, lhe sejam perquiridas as causas.
2. A responsabilidade médica, aumentada pelo avanço científico e tecnológico, é tratada em Códigos, leis e pela jurisprudência.
3. A responsabilidade civil deriva de uma manifestação de atividade e tem por escopo a manutenção ou restauro do equilíbrio social.

4. A obrigação do médico é considerada de meio e pessoal, ficando na dependência de suas forças físicas e mentais e dos meios disponíveis para o tratamento do paciente.

5. O médico será responsabilizado quando agir com culpa (imperícia, imprudência, negligência) e que desta tenha havido um dano ao paciente, existindo entre o dano e o ato um nexo de causalidade.

6. Imprudência é procedimento sem cautela. Imperícia é falta de habilidade para praticar atos que exigem certo conhecimento. Negligência é inobservância das normas que norteiam a conduta normal do indivíduo.

7. Nexo causal é a relação estabelecida entre a ação e o resultado final.

8. A solidariedade na profissão, enfaticamente recomendada nos Códigos de Ética, gerou uma certa prevenção acerca do corporativismo da classe, concorrendo para que o laudo pericial nem sempre tenha o peso que poderia ou deveria ter.

9. A expressão erro engloba, para o cidadão comum, uma gama muito variada de situações que diferem entre si em valor, sentido e gravidade.

10. Erro médico é o mau resultado advindo de uma ação ou omissão daquele profissional.

11. O antigo mito do poder de cura ainda hoje é, de alguma maneira, associado ao médico e à Medicina.

12. A diferenciação entre erro médico e mal prática é fundamental porque nesta última caracteriza-se um desprezo pela dignidade do ser humano.

13. O avanço do conhecimento, gerando inúmeras especialidades, favoreceu o esfacelamento da relação médico-paciente e o quase desaparecimento da figura do médico de família.

14. Reabilitar o bom relacionamento entre profissional e cliente favorecerá a obtenção de bons resultados e a diminuição da incidência de erros.

15. O atendimento através a rede pública é precário não propiciando ao médico condições seguras de trabalho condizentes com o atual desenvolvimento da Medicina.

16. Hospitais e médicos que servem à rede pública são mal remunerados, tendo cada vez menos condições de atender melhor.

17. O ensino médico é deficitário: há muitas escolas e poucos professores bem preparados. Faltam hospitais-escola para propiciar o indispensável treinamento tutelado após a conclusão do curso.

18. O médico deve tratar seu paciente como gostaria que fosse tratado se no lugar daquele estivesse.

19. Com base na análise dos fatores concorrentes para a formação do erro médico, medidas de prevenção há que serem tomadas, sendo esta não uma tarefa isolada do profissional, mas um trabalho conjunto do Estado e da sociedade como um todo.

**“O respeito que a sociedade deve à
profissão médica só continuará
justificado se, além de a sentir
capaz, a souber responsável”.**

Afrânio Peixoto

Abstract

If this present essay the author stresses the nature of the physicians civil responsibility based on the fault nexus, bringing out the important difference between medical error and malpractice. It's also emphasized the characteristics of the physicians practice and pointed out the causes which are responsible for an increasementee of the medical errors. Finaly the author indicates suggestions that could work as precaution and prevention in order to avoid a kind of situation which could compromise the professional efficiency an the pratice of the ethical precepts.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues de. **Responsabilidade médica perante o paciente, o médico, a justiça, o seguro.** Rio de Janeiro: JK Editora, 1971.

ALMEIDA, Marcos de, MUNHOZ, Daniel Romero. **A responsabilidade médica: uma visão ética.** In Revista Bioética, vol 2. Brasília, 1994.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e Política.** 3ªed. São Paulo: Hucitec, 1987.

CHAVES, Antônio. **Responsabilidade civil do ato médico. Ato médico - contrato de meios.** In Revista Trimestral de Jurisprudência dos Estados. Vol. 117, Ed. JV.São Paulo, outubro de 1993.

DIAS, José de Aguiar. **Da responsabilidade civil.** 10ª ed. 1º e 2º vols. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

- DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**. 2ª ed, 2ª vol. São Paulo: Saraiva, 1985.
- DURKHEIM, Emile. **As regras do método sociológico**. 2ª ed. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1960.
- GAUDERER, E. Cristian. **Os direitos do paciente - um manual de sobrevivência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- GOMES, Julio César Meirelles. **Erro médico. Reflexões**. In Revista Bioética, vol 2, Brasília, 1994.
- FRANÇA, Genival Velloso de. **Direito médico**. 2ª ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK-Prociencx, 1978.
- HODJA, Matilde Josefina Sutter. **Da responsabilidade civil e penal dos médicos**. In Revista da Faculdade de Direito das Faculdades Metropolitanas Unidas de São Paulo, 1988.
- KFOURI NETO, Miguel. **A responsabilidade civil do médico**. In Jurisprudência Brasileira. Curitiba: Juruá, 1990.
- LEME, Pedro de Alcântada da Silva. **O erro médico e suas implicações penais e civis**. In Revista dos Tribunais, ano 1, jan./mar., 1993.
- MAGALHÃES, Tereza Ancona de. **Responsabilidade civil do médico**. In Responsabilidade Civil - Doutrina e Jurisprudência. Coord.: Yussef Saad Cahali. São Paulo: Saraiva, 1984.
- MARTIN, Leonard Michael. **O erro médico e a má prática nos códigos brasileiros de ética médica**. In Revista Bioética, vol. 2, Brasília, 1994.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Mesa redonda: saúde e qualidade de vida**. In Revista Espaço para a Saúde, vol 4, jan. Curitiba, 1995.
- MONTEIRO, Washington de Barros. **Direito das Obrigações**. 5ª vol. São Paulo: Saraiva, 1990.
- MONTENEGRO, Antonio Lindbergh C. **Responsabilidade civil**. Rio de Janeiro: Anaconda Cultural Edições, 1986.
- MORAES, Irany Novah. **Erro médico**. 2ª ed. São Paulo: Santos Maltese, 1992.
- **Profissão sob suspeita**. In Problemas Brasileiros, nº 289, jan/fev. 1992.
- **In Revista Veja**. Ed. 1.182, 15 de maio de 1991
- PANASCO, Wanderby Lacerda. **A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos**. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

PEIXOTO, Iranyr Marsicano, OLIVEIRA, Sérgio Rodrigues de. **E o que é erro médico?** In Revista de Resseguros do Brasil, nº 44, set/dez, Rio de Janeiro, 1983.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Responsabilidade Médica.** In ADV Seleções Jurídicas, vol 2, junho 1994.

RAMOS, Pedro Lúcio Tavares Ramos. **Erro médico. Aspectos jurídico e médico-legal.** In Revista dos Tribunais, vol. 625, nov. de 1987

SOUZA, Djalma Sanzi. **A saúde no sistema único de saúde.** In Revista Divulgação, nº 06. Rio Grande do Sul, 1992.

**ENDEREÇO : Alameda Augusto Stelfeld, 395. Apto 10
80430-140 - Curitiba - PR**

" Só resta discutir o que voce teria feito se estivesse na pele de Poncio Pilatos".

Mario Quintana

“VACINA ANTI-FRAUDE MÉDICA”

E. Christian Gauderer

Existem na nossa legislação mecanismos extremamente eficazes para se coibir e cercar a fraude na Medicina. Cabe a você e a mim exercermos a nossa cidadania e a nós aplicarmos a lei. O “novo cidadão brasileiro” tem demonstrado notório senso cível e político. Ele é no meu entender o personagem ideal para ajudar a implementar essas “Vacinas Anti-fraude” e com isso ajudar não só democratizar a nossa saúde, mas também evitar o assalto ao patrimônio público, ou seja, ao seu, meu, ao nosso dinheiro.

A Portaria nº 74 de 4 de maio de 1994 que segue abaixo, não foi (misteriosamente) divulgada, donde poucos sabem o que ela permite, especificamente no serviço público. Exijo uma resposta do meu Ministro: “Quem se beneficia com isto Dr. Jatene?”

Esta portaria garante ao cidadão o Direito de ter acesso a todo o demonstrativo contábil deste paciente inclusive item por item. Quanto foi gasto em medicamentos, cirurgia, enfermagem, aparelhagem e hotelaria. Quanto cada profissional recebeu. Em resumo: basta pedir “A notinha por favor”, como se faz em qualquer restaurante para não ser passado para traz.

Além da “notinha” o paciente tem Direito a ter cópia integral de todo o seu material médico, de enfermagem, psicológico psiquiátrico, etc. Inclusive exames médicos em letra legível. Isso obriga os profissionais de saúde a se comprometerem por escrito, assinando embaixo do que fazem. Claro que isso evita que se forjem e adulterem laudos e contabilidades.

Como estes Direitos estão consignados no Código de Ética Médica, artigos 39,69,70 e 71 e no Código de Defesa do Consumidor art.72, o cidadão consciente pode recorrer aos Conselhos Regionais destes profissionais e também ao Procon. Para tal sequer precisa de dinheiro, nem de advogado. Basta querer!

Claro que pode também acionar a Justiça comum.

A “Vacina Anti-Fraude” está nas mãos, não do paciente, que como diz o nome, pacientemente aguarda que alguém faça algo, mas sim, em poder do cliente/consumidor assumindo o seu papel de cidadão.

Leia com atenção e carinho a bula desta vacina e tire as suas próprias conclusões.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE **Portaria nº 74 de 4 de maio de 1994**

O SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE no uso de suas atribuições legais e considerando o disposto no Artigo 8º da Portaria GM/MS 1386 DE 26/10/93 E A PORTARIA 956 DE 27/04/94 resolve:

1. Que as unidades hospitalares do SUS (públicas, universitárias, privadas não lucrativas e lucrativas) deverão emitir demonstrativo aos pacientes internados ou ao seu responsável, quando da alta hospitalar, com os seguintes dados:

- a) Nome do Hospital;
- b) Localidade (Estado/Município);

Christian Gauderer* - Pediatria & Psiquiatria infantil - Especialista em Pediatria pelo American Board of Pediatrics (Univ. Tennessee) - Especialista em Psiquiatria pelo American Board of Psychiatry (Clínica Mayo) - Especialista em Psiquiatria Infantil e do Adolescente pelo American Board of Child Psychiatry (Univ. Harvard)

- c) Motivo da internação;
 - d) Tempo de permanência;
 - e) Número da AHI correspondente à internação;
 - f) Valor dos pagamentos referentes aos Serviços, Profissionais (discriminando o profissional);
 - g) Valor do pagamento referente ao SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica);
 - h) Valor do pagamento referente aos Serviços Hospitalares (discriminados);
 - i) Valor do pagamento referente a Ortese, Prótese, Material e Procedimentos Especiais;
 - j) Valor total referente à internação
- l) o cabeçalho do documento conterá o seguinte esclarecimento: "Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".
2. Que os Hospitais Públicos deverão emitir o demonstrativo a partir de 01/06/94 e os Hospitais da rede conveniada contratada à partir da assinatura dos convênios e contratos.
3. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gilson de Cássia Marques de Carvalho

Mais detalhes quanto ao modo de usar desta "Vacina", como indicações, contra-indicações e efeitos colaterais, são ensinados passo a passo no livro "Os Direitos do Paciente", Editora Record, 5ª ed., do médico Christian Gauderer.

Pela primeira vez no Brasil o cidadão pode efetivamente fiscalizar o bem público. Basta você querer!

PRINCIPAIS DIREITOS DO PACIENTE

- Ter direito a ter uma papeleta ou ficha médica.
- Ter acesso e cópia integral do prontuário médico, ficha clínica ou similar, inclusive exames laboratoriais, laudos médicos, psicológicos, psiquiátricos ou notas de enfermagem.
- Ter acesso integral a todas as suas contas e sua contabilidade médica ou hospitalar, inclusive no serviço público.
- Ter acesso aos custos ou orçamento de um tratamento.
- Obter cópia de todas as anotações do médico para mostrar para outro médico.
- Requerer ficha clínica após receber alta.
- A letra tem que ser legível.
- Permanecer com o seu acompanhante no momento da consulta.
- Levar gravador ou vídeo para registrar a conversa com o médico.
- Dispor de exames laboratoriais e seus resultados em original.
- Reunir especialistas para discutir o diagnóstico do médico.
- Decidir como e onde morrer: em casa ou no hospital.
- Recusar certos tratamentos, medicamentos ou intervenções cirúrgicas.
- Visitar no hospital um parente ou filho fora do horário de visita.
- Segurar seu bebê no colo quando ele sofrer alguma intervenção.
- Permitir que crianças visitem o pai, a mãe ou um irmão no hospital.
- Acompanhar um filho dentro da sala de cirurgia.
- Ter explicações, esclarecimentos e instruções em linguagem que você entenda.
- Poder recorrer ao Procon e também ao Conselho Regional do Profissional que lhe atendeu, como o Conselho Regional de Medicina, Farmácia, Enfermagem, Psicologia sem nenhum ônus.
- Poder recorrer à justiça comum.

Transcrito Informativo Hospitalar
Brasileiro - Nov/95

O Médico e a Lei nº 9.099/95 (Juizados Especiais)

Carlos Ehke Braga F^{2*}
Márcia R. V. Marcondes Braga^{**}

Com a entrada em vigor da lei que criou os Juizados Especiais Cíveis e Criminais, cujo objetivo se encontra definido no art. 2º (o processo orienta-se pelos critérios da oralidade, simplicidade, informalidade, economia processual e celeridade, buscando sempre que possível a conciliação e a transação), espera-se a rapidez na solução de pequenos conflitos que até então eram os responsáveis pela demora nos processos e pela crescente perda de credibilidade dos Poderes Judiciário e Executivo, em razão da impunidade causada principalmente pela prescrição.

Uma das conquistas da nova lei foi a sedimentação da conciliação e da transação como forma judicial para a solução dos conflitos agasalhados pela competência e aplicação da lei, que diga-se de passagem não elaborada para a solução de todos os problemas judiciais.

O artigo 61 estabelece a competência da lei para os Juizados Especiais Criminais restringindo-se aos crimes de menor potencial ofensivo (contravenções penais e os crimes que a lei comine pena máxima não superior a 1 ano).

Busca a lei a reparação dos danos sofridos pela vítima e a aplicação de pena não privativa de liberdade, portanto as penas restritivas de direitos (prestação de serviços à comunidade, interdição temporária de direitos, limitações de fins de semana) e a pena de multa.

Tomando ciência do fato delituoso a autoridade policial, a pedido da vítima, lavrará o Termo Circunstanciado (que substitui o inquérito policial formal) e o encaminhará ao juizado para audiências, já agendada. Acompanhará o Termo Circunstanciado o laudo pericial, quando for o caso, para que isto seja possível e com rapidez que a lei exige, é preciso que o exame seja precoce (não necessariamente imediato) sucinto e que desapareça o formalismo até então necessário.

Considerou a lei que todos os meios de prova oralmente legítimos são hábeis para provar a veracidade dos fatos alegados pelas partes.

O espírito da lei refletido no art. 62, que orienta-se pela oralidade, informalidade da economia processual e celeridade deve necessariamente refletir-se na produção de provas.

É clara a lei quando dispensa o exame de corpo de delito quando fala na materialidade do crime; se estiver documentada por boletim médico ou prova equivalente. É aqui o objeto do nosso texto.

O primeiro reflexo desta norma é o direito de acesso do paciente aos dados contidos no prontuário médico, direito este exaustivamente repetido nos pareceres dos Conselhos de Medicina e muitas vezes ignorados pelos dirigentes hospitalares.

Entendendo que nesse momento caberá uma manifestação do CFM no sentido de alertar ao médico a respeito deste direito e orientá-lo a ceder uma fotocópia do prontuário sempre que solicitado pelo examinado, principalmente quando este for aparentemente vítima de agressão física ou acidente de trânsito.

Este procedimento simples proporcionará na maioria dos casos na dispensa do exame médico-legal reservando este para aqueles casos mais graves onde o conhecimento técnico é imprescindível para uma perfeita elucidação médica.

* Médico legista; ** Delegada de Polícia

Uma segunda conclusão é necessária mudança no formalismo dos exames médicos legais cuja prova esteja sob o efeito da nova lei, para as demais situações os exames periciais e laudo devem continuar sendo elaborados de acordo com os critérios e os detalhes já consagrados doutrinariamente.

Citamos como exemplo a elaboração do laudo médico legal de lesões corporais notadamente àquelas classificadas como de natureza leve, onde as mudanças já devem ocorrer.

O laudo de lesões corporais deve ser conciso, desapareceu aquela necessidade do laudo ser uma "imagem fotográfica" do que viu o perito, o que a justiça espera do laudo é a rapidez da documentação de suas conclusões, que deve refletir panoramicamente o exame, pois caso contrário bastava substituí-lo por fotos ou até uma fita de vídeo onde estariam visíveis as lesões.

Os Institutos Médico-Legais necessitam mais do que nunca sair de sua hibernação.

Necessário se faz que diante da sensibilidade demonstrada pelo legislador com a condição em que se encontra a estrutura do Poder Judiciário e a necessidade de aliviá-lo com a implantação de Juizados Especiais admitindo a presença de juízes leigos, com o título de conciliadores, que as instituições médico-legais se adaptem rapidamente para não se tornarem entraves obsoletos à aplicação da lei e acabem por ser amplamente substituídos por instituições públicas, assim como outros médicos capazes de atestar tal lesão sem os transtornos da burocracia que se visualiza no espírito centralizador dos seus dirigentes que recusam-se a perceber que a competência passa pela simplificação dos atos.

Transcrito da Gazeta do Povo
20/02/96

" A verdadeira dificuldade não está em aceitar idéias novas, mas em escapar das idéias antigas".

John Maynard Keynes (1883 - 1946)
Economista Inglês

Prontuário médico: importância jurídica e omissão do SUS

Luiz Augusto Pereira*

Entende-se por prontuário médico o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde pública ou privada. É elemento valioso para o paciente e para a instituição que o atende, para o médico, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública, servindo também como instrumento de defesa legal. É um meio indispensável para aferir a assistência médica prestada.

O presente artigo pretende alertar a categoria médica da importância jurídica do preenchimento correto do prontuário e denunciar a omissão do SUS, ao negar condições para que, ao menos a ficha clínica, seja elaborada em nível ambulatorial.

O prontuário médico é constituído por um vasto acervo documental padronizado, ordenado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados e aos documentos anexos. Fazem parte dele a ficha clínica, a ficha de evolução, a ficha de prescrição terapêutica, a ficha de registro de resultado de exames laboratoriais e de outros métodos diagnósticos auxiliares. O prontuário médico constitui um verdadeiro dossiê que abrange também os relatórios de enfermagem, os relatórios da anestesia e da cirurgia e, até mesmo, cópias de atestados e solicitações de exames. Não deve ser considerado uma peça meramente burocrática, pois, além de ser elemento de importância para prestação de serviços essenciais de melhor qualidade ao paciente, é um elemento de valor probante fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades cometidas.

O Código de Ética Médica considera a não elaboração do prontuário médico como falta ética. O artigo 69 é esclarecedor. "É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente".

O Sistema Único de Saúde, em especial o ambulatorial, não proporciona ao médico condições para a elaboração de prontuário médico, cabendo-lhe exigir estas condições sob pena de ter configurada infração ética. Os médicos devem buscar nesta exigência uma maior segurança para si e para os pacientes, pois atualmente ambos são vítima deste sistema, que não conseguiu até hoje melhorar, como se esperava, a assistência médica do país.

O médico que assim não proceder infringe o artigo 14 do Código de Ética Médica. "O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde" e não usa o seu direito do artigo 23: "É direito do médico recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente".

A inexistência de prontuário ou sua má elaboração é prejudicial ao paciente e ao médico. É necessário que todos os dados do prontuário sejam registrados por escrito, de forma legível, pois o mesmo adquiriu hoje uma importância jurídica fundamental ao ponto de ser considerado a principal peça de defesa do médico, talvez mais importante que a escolha do advogado.

O juiz deve se socorrer de todos os meios válidos de prova: testemunhas, registros sobre o paciente, laudos fornecidos e perícia, sendo que uma das formas de fazer prova

* Conselheiro de Cremers

dos fatos é a exibição do prontuário que todo médico deve elaborar (art. 69 CEM), e a cujo acesso o paciente tem direito (art. 70 CEM). Em juízo, cabe o pedido de exibição, cuja recusa permitirá ao juiz admitir como verdadeiros os fatos que se pretendia provar, se não houver a exibição ou se a recusa for considerada ilegítima (art. 355 e 359 do CPC).

O assunto prontuário médico é vasto e muito mais poderia ser escrito; detive-me somente sobre dois aspectos, que considero importante para a categoria e que não podem ser negligenciados. A título de informação, acrescento que o prontuário médico é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde (Resolução CFM 1331/89), mas após decorrido prazo não inferior a 10 (dez) anos a fluir da data do último registro de atendimento do paciente, o prontuário pode ser substituído por método de registro capaz de assegurar a restauração plena das informações nele contidas. Uma outra informação pertinente é que não há obstáculo na utilização da informática para elaboração de prontuários médicos, desde que seja garantido o respeito ao sigilo profissional. A informatização de prontuários médicos, em hospitais de grande porte, passou a ser uma exigência da modernidade. Como exemplo cito o Serviço de Arquivo Médico e Informações de Saúde do Clínicas de Porto Alegre, que conta com 650 mil prontuários.

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao Médico

Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.

Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Combine ou ajuste sempre o valor dos seus honorários. Isto evita aborrecimentos.

Assédio Sexual

Marco Segre*

O assédio sexual é a novidade (já não tão nova) que importamos dos EUA. E, para esse tipo de importação, nosso governo não institui aumento das alíquotas. Ainda assim não teria adiantado, porque, para mentes sôfregas de imbecilidades, o "assédio sexual" é néctar dos deuses.

Pretende-se considerar a mulher (ou o homem) como incapazes, dando-lhe proteção legal contra o assédio sexual". Compara-se, essa tentativa de envolvimento afetivo-erótico, ao crime de sedução, ainda existente em nosso anacrônico Código Penal, mas restrito a mulheres virgens, de 14 a 18 anos e "inexperientes" ou ludibriadas em sua "justificável confiança" (Art. 217), ou, então, ao crime de "corrupção de menores" (Art. 218), em que se parte do pressuposto de uma autonomia limitada de quem não tenha atingido a maturidade decorrente de um limite etário aleatoriamente imposto (18 anos).

Uma "cantada" é absolutamente inócua se uma das partes "não quer". Já existem instrumentos legais trabalhistas suficientes para punir (e evitar) uma demissão injusta ou a não admissão discriminatória de quem quer que seja.

E por mais leis que existam, um chefe nunca será obrigado a escolher uma secretária que o desagrade. No âmbito das relações humanas, pode-se dizer, tudo é troca. A amizade, o amor, a solidariedade e mesmo o ódio são sentimentos que trafegam por duas mãos de direção.

A reciprocidade é condição necessária. É claro que uma relação profissional nada tem a ver, em princípio, com a sexualidade. Ou sim? Como saber? É o funcionário (a) quem gostaria de ser "cantado" pela patroa (ou patrão) ou vice-versa? E a relação homossexual? Estaria, ela também, protegida sob esse "guarda-chuva paternalista"?

Não me parece muito difícil entender que o que se passa na intimidade das pessoas é dificilmente comprovado. Os sentimentos são habitualmente inescrutáveis e não faz sentido pretender evitá-los ou puni-los. Já os atos humanos, esses sim são objetivos. Mas, para a punição dos atos que violem a liberdade, já existem leis. Ademais, repito, é inútil querer punir o que é insondável, freqüentemente até para o próprio "criminoso".

Positivamente, não dá. Por esse caminho iremos proibir as saias curtas (para proteger os homens indefesos em face da excitação das coxas femininas) ou as camisetas justas (que podem atrair as mulheres para os braços masculinos).

E a autonomia de cada ser humano, sua condição de decidir sobre o seu corpo e a sua vida, onde a colocamos?

O conceito de assédio sexual é oco, sua comprovação, inútil e seu embasamento ideológico, totalmente equivocado.

Transcrito de Folha de São Paulo
18/06/95

*Médico e Professor Titular de Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A Declaração de Princípios Éticos Médicos do Mercosul, aprovada no dia 18 de março em Assunção.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 - Considerando como essencial a integração entre as nações, especialmente na área da saúde

2 - Considerando a saúde como princípio fundamental e indissociável dos demais componentes da cidadania

3 - Considerando que é direito de cada indivíduo lutar pela democracia e pelas conquistas sociais.

4 - Considerando que o homem não deve, sob nenhuma circunstância, renunciar aos direitos básicos da cidadania, que são o direito pela vida, pela liberdade, pela saúde e pela segurança pessoal

5 - Considerando inaceitável, sob qualquer pretexto, a violação da integridade física e/ ou psíquica da pessoa humana

6 - Considerando a medicina como uma disciplina a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, devendo ser exercida sem discriminação de qualquer natureza

7 - Considerando os enunciados dos Códigos de Ética vigentes nos países integrados do Mercosul e os princípios emanados das convenções, organizações e assembleias mundiais dedicadas à promoção do bem-estar humano.

8 - Considerando o objetivo humanitário e benéfico da medicina

9 - Considerando o acervo do conhecimento médico, patrimônio universal e inalienável da humanidade, resolve-se anunciar os seguintes.

PRINCÍPIOS ÉTICOS

1 - O objetivo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá atuar com o máximo zelo e o melhor da sua capacidade profissional.

2 - O médico deve ter absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Não obstante, deve tomar em consideração a existência de outros princípios morais, autonomia e justiça, fundamentais na integração de seu trabalho com o paciente, os familiares e a sociedade.

3 - A medicina não pode ser praticada com a intenção primária de comércio, nem o trabalho médico deve ser objeto de exploração por terceiros com fins de lucro, finalidade política ou religiosa.

4 - Cabe ao médico exercer a medicina sem sofrer nenhum tipo de discriminação e recusar-se a exercê-la em locais impróprios ou indignos, desprovidos das mínimas condições técnicas, de infra-estrutura e remuneração adequada.

5 - Ao médico está vedado participar da prática de tortura ou outras formas degradantes, inumanas ou cruéis de sofrimento, estando também proibido de ser conivente com tais práticas ou auxiliá-la obtendo meios, instrumentos, substâncias ou conhecimento que acarretem danos físicos ou psíquicos a seus semelhantes.

6 - É direito do paciente decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, sendo-lhe assegurado todos os recursos da ciência médica onde for atendido, sem discriminação de qualquer natureza.

7 - Está vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica não liberada para uso no país, sem autorização dos órgãos competentes e sem o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal.

8 - Os conhecimentos cientificamente comprovados devem estar sempre ao serviço do homem. O médico tem a obrigação de divulgá-los, estando a ele vedado o privilégio de guardá-los para seu uso pessoal ou restringir sua utilização em detrimento do bem-estar da humanidade.

9 - Os médicos devem respeitar as normas éticas vigentes e a legislação do país em que exercem a profissão, devendo colaborar com as autoridades sanitárias e assumir a quota de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

10 - As relações dos médicos entre si e com os demais profissionais da saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

18 de maio de 1995
Assunção - Paraguai.

" Se tudo parece estar andando bem é porque não estamos enxergando direito todas as coisas".

G. P. Murphy

NORMAS PARA A MEDICINA HIPERBÁRICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.457/95

O Conselho Federal de Medicina, no uso da atribuição 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 o Conselho Federal de Medicina, em conjunto com os Conselhos Regionais de Medicina, constitui o órgão supervisor e fiscalizador do desempenho profissional dos médicos em todo o país;

CONSIDERANDO o surgimento de novas técnicas e procedimentos de pesquisa em medicina, cuja aplicação implica na fiel observância dos preceitos contidos no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer uma correta definição sobre as características e fundamentos da Medicina Hiperbárica;

CONSIDERANDO a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) como procedimento terapêutico consagrado nos meios científicos e incorporado ao acervo de recursos médicos, de uso corrente em todo o País;

CONSIDERANDO o decidido na Reunião Plenária de 15 de setembro de 1995,

RESOLVE:

Adotar as seguintes técnicas para o emprego da OHB.

I - DISPOSIÇÕES GERAIS

1.1 - A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) consiste na inalação de oxigênio puro, estando o indivíduo submetido a uma pressão maior do que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica;

1.2 - As câmaras hiperbáricas são equipamentos resistentes a pressão e podem ser de dois tipos - multipaciente (de maior porte, pressurizada com ar comprimido e com capacidade para várias pessoas simultaneamente) e o monopaciente (que permite apenas a acomodação do próprio paciente, pressurizada, em geral, diretamente com O₂);

1.3 - Não se caracteriza como oxigenoterapia hiperbárica (OHB) a inalação de 100% de O₂ em respiração espontânea ou através de respiradores mecânicos em pressão ambiente, ou a exposição de membros ao oxigênio por meio de bolsas ou tendas, mesmo que pressurizadas, estando a pessoa em pressão ambiente.

II - INDICAÇÃO

2 - A indicação da oxigenoterapia hiperbárica é de exclusiva competência médica.

III - APLICAÇÃO

3 - A aplicação da oxigenoterapia hiperbárica deve ser realizada pelo médico ou sob sua supervisão;

4 - As aplicações clínicas atualmente reconhecidas da oxigenoterapia hiperbárica são as seguintes:

4.1 - Embolias gasosas;

4.2 - Doença descompressiva;

4.3 - Embolias traumáticas pelo ar;

4.4 - Envenenamento por monóxido de carbono ou inalação de fumaça;

4.5 - Envenenamento por cianeto ou derivados cianídricos;

4.6 - Gangrena gasosa;

4.7 - Síndrome de Fournier;

4.8 - Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fasciites e miosites;

4.9 - Isquemias agudas traumáticas: lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplantação de extremidades amputadas e outras;

4.10 - Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas (aracnídeos, ofídios e insetos);

4.11 - Queimaduras térmicas e elétricas;

4.12 - Lesões refratárias: úlceras de pele, lesões pré-diabéticas, escaras de decúbito, úlcera por vasculites auto-imunes, deiscências de suturas;

4.13 - Lesões por radiação: radiodermite, osteorradionecrose e lesões actínicas de mucosas;

4.14 - Retalhos ou enxertos comprometidos ou de risco;

4.15 - Osteomielites;

4.16 - Anemia aguda, nos casos de impossibilidade de transfusão sangüínea.

IV - TRATAMENTO

5 - O tratamento deve ser efetuado em sessões, cuja duração, nível de pressão, número total e intervalos de aplicação são variáveis, de acordo com as patologias e os protocolos utilizados.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 15 de setembro de 1995.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antonio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Parecer aprovado
Sessão Plenária de 15/09/95

NOVO MÉTODO DE PROcriação ESTÁ PROVOcando POLÊMICA NA FRANÇA

Paris (AFP) - Com o objetivo de lutar contra a esterilidade masculina, uma equipe francesa de pesquisadores médicos conseguiu o nascimento de um bebê procriado mediante a injeção em um óvulo de um espermátide masculino, ou seja, o precursor do espermatozóide que contém habitualmente o esperma, o que desencadeou uma grande polêmica nos meios científicos franceses.

No ano passado, os cientistas franceses já haviam conseguido o nascimento de um bebê concebido por microinjeção de um espermatozóide diretamente no óvulo (ICSI, Intra Cytoplasmic Sperm Injection), uma técnica revolucionária aperfeiçoada pelo professor Jacques Testart, diretor de pesquisas do Instituto Francês de Investigação Médica (Inserm), com o objetivo de superar certos casos de esterilidade masculina.

Mais recentemente, a equipe do professor Testart conseguiu o nascimento de um bebê utilizando a mesma técnica de microinjeção no óvulo feminino, mas não de um espermatozóide e sim de um precursor, um espermátide, extraído de um homem que até então era considerado irremediavelmente estéril, pois seu esperma carecia inexplicavelmente de espermatozoides (enfermidade chamada de azoospermia).

O novo método sem dúvida é de uma imensa ajuda para os homens estéreis, devido à azoospermia, pois poderão conceber com sua companheira um filho mediante suas próprias células germinais, sem necessidades de recorrer a um doador masculino, como é o caso até agora.

Doze casais voluntários já recorreram a essa técnica, apesar de seu caráter experimental, sete com êxito, porque conseguiram formar embriões em um óvulo depois da microinjeção de um espermátide "redondo", ou seja, sem os flagelos característicos dos espermatozoides.

As vantagens potenciais da fecundação por meio de espermátides são importantes, porque a proporção de homens "estéreis" capazes de procriar com suas próprias células aumentaria sensivelmente, afirmou recentemente o professor Testart ao divulgar suas experiências.

Evitar o recurso ao esperma de um doador na maioria dos casos de esterilidade masculina, atualmente tratados por inseminação com um doador ou por fecundação em proveta com um doador, apresentaria uma vantagem ética de enorme significado, acrescentou o especialista francês.

Entretanto, o novo método desencadeou críticas de alguns meios científicos, que precisamente põem em pauta de julgamento o caráter ético de uma experiência tão delicada e complexa com um embrião de ser humano.

A procriação através da injeção de espermátides não constitui um teste "no ser humano", mas testes "de seres humanos", sem ter obtido previamente, através de experiências em cobaias de laboratório, a segurança de que o método não apresenta perigos, advertiu o professor Axel Kahn, um eminente especialista em biologia molecular.

O especialista destacou que estavam sendo utilizadas células reprodutoras antes de seu amadurecimento definitivo, o que representava uma temerosa incógnita sobre a qualidade dos seres humanos que serão procriados com este método.

Com o método de injeção citoplásmica, tomava-se ao acaso um espermatozóide sem a segurança de que possuía todas as qualidades exigidas para fecundar o óvulo, informou outro especialista, o professor de genética Jean Mattei.

Mas com o novo método, utiliza-se uma célula que não efetuou o processo normal de amadurecimento, em certa medida pretendendo que essa etapa natural não tinha utilidade, ou supondo que se trata de um simples processo mecânico, o que abre a porta a desvios insensatos, concluiu o professor Mattei.

* Transcrito da Gazeta do Povo.

REGISTRO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

RESOLUÇÃO Nº 1.288, DE 8 DE JUNHO DE 1989

Estabelece normas relativas ao registro dos títulos de Especialistas, visando à sua racionalização e uniformização.

O Conselho Federal de Medicina, no uso de suas atribuições, conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de racionalização e uniformização dos critérios e procedimentos dos títulos de Especialistas;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária, realizada em 8 de junho de 1989, resolve:

1 - Os Conselhos Regionais de Medicina devem registrar os títulos de Especialistas conferidos por:

a) Sociedades de Especialidades filiadas à Associação Médica Brasileira, respeitados os Termos do Convênio CFM/AMB, regulamentado pela resolução CFM nº 1.286/89;

b) residências Médicas credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica e reconhecidas pelo Ministério da Educação;

c) Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Sociedade Brasileira de Angiologia e Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular, conforme estabelecem os convênios respectivamente firmados e regulamentos através das Resoluções CFM nºs 1.139/83, 1.140/83, 1.141/84, 1.186/84 e 1.188/84;

2 - Os Conselhos Regionais de Medicina só deverão registrar os títulos de especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3 - Os títulos de Especialistas registrados e a registrar nos Conselhos Regionais de Medicina têm validade por tempo indeterminado.

4 - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Francisco Álvaro Barbosa Costa
Presidente do CFM

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CRMPR 1995

Resumo das atividades de 1995

Procedimentos	Totais
Ofícios emitidos geral	4963
Ofícios circulares emitidos geral	0009
Portarias emitidas geral	0379
Declarações emitidas geral	1085
Certidões emitidas geral	0047
Telegramas enviados	0058
Reuniões plenárias	0048
Reuniões de diretorias	0040
Reuniões extraordinárias	0004
Assembléias gerais	0001
Resoluções aprovadas	0002
Sessões solenes para entrega de carteiras	0012
Consultas gerais ao CRMPR	0364
Pareceres emitidos pelo CRMPR	0168
Palestras, representações e outras atividades sociais	0097
Registros de especialidade aprovados	0889
Registros de especialidade indeferidos	0115
Revalidação de títulos de especialidade	0083
Anotação especialidade em carteira	0904
Relações de especialistas para aprovação em plenária	0028
Inscrições primárias pessoa física	0362
Inscrições pessoa jurídica	0046
Inscrições secundárias no CRMPR	0058
Transferências para o CRMPR	0175
Regimento interno do corpo clinico aprovado	0004
Denúncias apuradas - Cofep	0027
Visitas de fiscalização	0019
Alterações diversas no cadastro de médicos	2583
Revistas publicadas (45, 46, 47 e 48)	0004
Atas de julgamento	0011
Resolução aprovada	0001
Reuniões da COFEP	0055
Fax emitidos	0502

Procedimentos**Totais****Pendências:**

Registros pendentes CQP	0040
Denúncias em andamento - DIR	0096

Dívida:

Devem de 1988 até 1995 em reais	R\$ 818.174,11
Valor não inscrito em Dívida Ativa (1993 até 1995)	R\$ 528.528,10
Inscrições secundárias em outros estados	0177
Transferências para outros estados	0222
Cancelamento de inscrição primária	0045
Cancelamento de inscrição secundária	0021
Autorização 90 dias	0017
Falecimentos	0064
Ausência do país	0009
Retorno ao país	0018
Registro de médicos estrangeiros	0005
Retorno às atividades médicas	0001
Aquisição de equipamentos de informática	0021
Aquisição de software	0018
Listagem e etiquetas emitidas pelo CPD	0092
Documentos protocolizados	4715
Denúncias apuradas - DIR	0154
Processos instaurados	0063
Câmaras instauradas	0018
Peças acusatórias	0063
Processos julgados	0011
Audiências realizadas	0336
Audiências realizadas COFEP	0042
Audiências diretoria	0090
Inscrição pessoa jurídica - aprovada	0046
Inscrição pessoa jurídica - cancelada	0007

Cons. Wadir Rúpollo
Presidente do CRM/PR

FAMÍLIA, MÉDICO & MÉDICO DE FAMÍLIA

Perceber com Brian Jarman que "Medical educations is a lifelong privilege", é uma grande descoberta para um médico na eufemística terceira idade.

Dante Romanó Jr*.

A FAMÍLIA

Seleciono duas caracterizações de Família, com algumas observações.

Primeira observação

De Censo Demográfico, Sociológico e de condições de saúde da Vila São José, 2696 moradores, na periferia da cidade de Curitiba, ao lado do primeiro mundo (Fábrica da Volvo).

Não há registro de nenhuma moradia que não seja habilitada por estrutura familiar nuclear, afora alguns solitários, nas três áreas bem distintas do território da responsabilidade da Unidade de Saúde da Prefeitura. Uma primeira área com seu nome antigo de Vila Maqueto, constituída de pequenas propriedades rurais, originalmente de produtores de hortifrutigranjeiros; uma segunda área, a própria Vila São José urbanizada e residência de trabalhadores da indústria e em serviços na cidade. A terceira área de assentamento irregular, às margens de antigo arroio, hoje curso de água degradado e que inclusive se presta para conduzir os dejetos das moradas simples ou extremamente precárias, dejetos que depois de 50 metros vão desaguar na represa do Passaúna.

Difícil não valorizar, para nosso trabalho social, registro da uniformidade do achado nos três grupamentos distintos.

Segunda observação

Seguindo recomendação acadêmica leio de Jean Stoetzel que analisa a estrutura milenar da família francesa, e destaco na parte referente à situação presente que "numa sociedade onde os privilégios econômicos e políticos se multiplicam, a família constitui base de apoio que garante compensações incontestáveis" - está cogitando à luz da ciência jurídica - "a certos meios e classes sociais em desvantagens na luta social".

Aplicável, por certo para a área urbanizada e área de ocupação da Vila São José.

O MÉDICO

A sociedade organizada pretende a medicina como atividade humanitária. Já a pretendia humanitária antes, pretendeu durante e a pretende hoje, no após a liberação da medicina da camisa de força materialista científica. De materialismo científico que, na conceituação de Howard Nemerov "tende ao cepticismo face tudo que há no mundo e em relação a si mesmo tornando-se extremamente crédulo."

Pois nem se havia institucionalizada a medicina rígida, empírica (diga-se, a bem da verdade, responsável por histórico progresso técnico de nossa saúde, e hoje no limiar de fase de avanços fantásticos na senda da biologia molecular!) e já um de seu paladinos, A. Flexner, propugnava pela necessidade de profissionais que trabalhassem como

* Médico angiologista

elementos integradores tanto na vertente doutrinária como na prática, sucedendo a Sydenham, Trousseau, Virchow, Osler, James Mackenzie o que pessoalmente testemunhei nos contemporâneos de Mariano Castex na Argentina, com Gimenez Dias em Madrid, e na prática de Dr. Manoel Pereira da Cunha e seu irmão no trabalho, nosso Professor Lysandro Santos Lima aqui em Curitiba, sem esquecer Dr. Acir Rachid.

Isto ocorrendo num estágio da história de estonteantes progressos de uma cem número de ramos do conhecimento humano e que vem sendo colocados à disposição daqueles que se interessam pelo bem estar do homem. Quase dispensavelmente me refiro àqueles que lidam nas fronteiras virtuais entre corpo e mente, aos que aprofundam o entendimento melhor de sofrimento e satisfação, e do comportamento humano. Passamos também a nos apoiar mais e mais nas ciências sociais com vistas a neutralizar a fonte mais dolorosa do sofrimento humano que reside na insuficiência de nossos recursos para regular as relações entre as pessoas e grupos sociais (Freud).

Ainda mais; libertos dos limites do materialismo científico fomos nos fixando mais sobre o nosso verdadeiro objeto da medicina que só pode ser o bem estar do homem, em vez de uma afixação sobre o patológico.

Tanto e mais ainda na linha do que já havia sintetizado a genialidade de Rudolph Karl Virchow, ainda nos fins do século XIX, "medicina" (diríamos hoje saúde) "é uma ciência social e política não é mais que medicina" (saúde) "em larga escala".

Enquanto tantos avanços iam se acumulando crescemos no campo da avaliação mais rigorosa de nossa atuação: a etapa que se iniciou pela análise estatística de dados semióticos e de resultados terapêuticos desembocou, pelo aperfeiçoamento, na análise epidemiológica dos condicionantes de saúde/doença.

MÉDICO DE FAMÍLIA

A ampliação do corpo de conhecimentos e recursos para atuar a disposição dos profissionais de saúde resultou no aumento das suas já vastas responsabilidades. Com conseqüência, na atualidade, vem ocorrendo em substituição à anterior fragmentação simplista e limitadora, uma racionalização de nosso trabalho. Racionalização balizada por melhor resolubilidade, nunca se distanciando da humanização e da responsabilidade; traçando seus objetivos apoiada na epidemiologia, e sempre que possível chegando antes da doença tanto pela educação como pela promoção da saúde. Objetivos que exigem a presença de profissionais atuando com toda responsabilidade na ponta do sistema, em áreas delimitadas, no que convenciou designar de Sistema Local de Saúde.

Se Canadá, Cuba e Reino Unido vem mostrando que médico/equipes assim atuando conseguem resolução de mais de 90% dos agravos à saúde atendidos, em nosso meio as tarefas são de maior monta, uma vez que as equipes têm que se desdobrar, lutando pela pré-condição de saúde que via de regra são precários.

Por outro lado as equipes assumem a total obrigação de facilitar recursos mais sofisticados quando estes se impõem. Ai então haverá condições para a democratização da sofisticação desde que as equipes se integrem a uma política e um sistema de saúde efetivo. Racionalidade que gerou e estimula o desenvolvimento de equipes de Saúde da Família.

Desde antes mesmo das últimas três gestões da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - responsáveis pela implantação da Saúde da Família - o Município vem se estruturando dentro de um projeto de Sistema Local de Saúde, tendo hoje alcançado aperfeiçoamento respeitável. Quanto ao preparo dos profissionais para Saúde da Família a Secretaria tem buscado se apoiar no que há de melhor em recursos nacionais e

internacionais. As perspectivas vieram melhorar com a implantação de reciclagem de nossos profissionais em saúde por Docentes do Departamento de Saúde da Família da Universidade de Toronto, Canadá. Realidade que se alcançou num conjunto de esforços da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Prefeitura Municipal de Curitiba.

Na seqüência, por certo, contaremos com boas Equipes de Saúde da Família, pela racionalidade e pelo humanitário que contém, desde que prevê a atenção não discriminatória para pessoas com nome e endereço. Sem pretensa originalidade, pois já em 1927 W. Peabody afirmava: "O que se designa quadro clínico não é simplesmente a fotografia de uma pessoa doente na cama; é sim o quadro impressionista de um paciente cercado por seus parentes e amigos, suas alegrias e tristezas, esperanças e medos."

Perito Pode Ser Testemunha ?

Transcrito do parecer do Desembargador Paulo Viana Gonçalves sobre a convocação de Peritos como se fossem testemunhas em processos criminais:

"Aos senhores Juizes de Direito. O diretor do Instituto Médico Legal de Belo Horizonte oficiou à Corregedoria, informando que os médicos legistas, com frequência, tem sido convocado a depor como testemunha, nos processos criminais em que funcionaram como peritos.

Como é curial, não se confundem as declarações prestadas em audiência, por Testemunhas e Peritos. Enquanto esses trazem esclarecimentos técnicos ao juiz, oriundo da formação específica que possuem sobre determinada matéria, aquelas falam sobre os fatos articulados na causa, segundo seu conhecimento pessoal e comum.

Flagrante, como se vê, a diferenciação entre o que dizem em juízo, perito e testemunha.

Desta forma, com remissão às normas do art. 400, II e 435 do C.P.C., aplicáveis supletivamente ao processo penal, por força do que dispõe o art. 3º, do C.P.P., recomendo que os peritos somente devam ser convocados a prestar delcaração em juízo para responderam a quesitos suplementares, previamente apresentados, por escrito, evitando-se, de tal arte, sua convocação como se testemunha fossém, para evitar erro im procedendo.

Belo Horizonte, 6 de agosto de 1990.

a) Desembargador Paulo Viana Gonçalves
Corregedor de Justiça

Transcrito do J. da SBMLegal

A Remuneração Médica por Produtividade é Válida?

SIM

MÁRIO ROGÉRIO CARDOSO
Médico-oftalmologista e diretor de
Defesa Profissional da APM

Remuneração médica por produtividade: Você é a favor? Sim, respondi monossilabicamente à assessoria de imprensa, criando a oportunidade de dirigir estas linhas aos leitores do Jornal do Cremesp.

Defino-me como um homem que crê no "livre arbítrio", no coletivo como resultante da somação das ações individuais, no desejo dos indivíduos de se perpetuarem pela materialização de suas concepções e na licitude de suas lutas para que estas concepções sejam reconhecidas como meritórias. Por isto, os leitores saberão compreender melhor os meus pontos de vista sobre o proposto.

Governos assistencialistas e demagogos associados à alienação e hipocrisia social, geraram o Brasil de nossos dias, onde a corrupção e a impunidade fortalecem a "lei do Gerson" que, por sua vez, abala a dignidade e corroe a cidadania. Falta fé no futuro e os baixos salários, junto com a inflação, promovem a ignorância, a pobreza e a miséria. O médico, guiado por esse quadro social, tornou-se refém dos intermediadores de serviços de saúde, privados ou públicos, e se obriga ao sacrifício diuturno de correr de cá para lá, tal qual numa faina sob tempestade, para marcar presença em mais de um emprego, colocando em risco o correto exercício de seu mister. Com os parcos proventos obtidos com suas andanças e tarefas, busca garantir os recursos materiais mínimos para uma existência condizente com seus esforços de estudo e trabalho. Impossível!

O perigo da mediocridade ou da morte profissional o ameaça e deriva da limitação do tempo para reciclagem, fruto dessa desgastante dinâmica de vida. Frustra-se, então, diante das dificuldades para mudanças mas, apesar de tudo, sonha com um consultório para conquistar o exercício autônomo da profissão, pois esta é a maneira ideal de exercer-se a medicina!

Estima-se que, atualmente, cerca de 2% dos médicos vivam, exclusivamente, da atividade liberal, arbitrando os seus honorários de acordo com as leis do livre mercado. Os 98% restantes têm atividade laborativa assalariada, em tempo pleno ou parcialmente autônoma, com honorários fixados, via de regra, por contratos e tabelas.

Há quem interprete que a remuneração do médico por produtividade ameaça a qualidade do ato médico. Julgo ser exatamente o contrário, pois, a remuneração por produtividade busca, fundamentalmente, a melhoria da qualidade de bens e serviços pelo aumento da eficácia e efetividade do trabalhador, o que, no caso do médico, não se traduzirá tão somente, pelo aumento do número de seus atendimentos, mas, principalmente, pela melhoria de sua capacidade de resolução.

Tive oportunidade de conhecer as maneiras de trabalhar de médicos de outros países (França, Inglaterra, Espanha, Estados Unidos, Rússia, Alemanha, Venezuela e Itália). Nos países onde os médicos são remunerados por produtividade, como na França, por exemplo, onde cheguei a clinicar alguns anos, nota-se que a medicina é de boa qualidade, com preservação do bom relacionamento médico-paciente, rareamento das

demandas ético profissionais, diminuição do número de médicos com múltiplos empregos e permanente incentivo à reciclagem dos profissionais e equipamentos de saúde. Registre-se que o seguro social estatal francês respeita a livre escolha de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, pelos seus segurados, permite a livre fixação de honorários pelos prestadores de serviços de saúde e garante o reembolso, direta e exclusivamente, ao segurado dos seus gastos com saúde, obviamente, respeitados os limites impostos por fator moderador contratual. A defesa firme da "livre escolha" pelo Conselho de Ordem Médica da França (similar ao nosso CFM) responde por estas conquistas médico-sociais. Ao contrário, e torne-se como exemplo a Inglaterra, países onde os médicos são meros funcionários, privados ou públicos, amargam a existência de profissionais desmotivados, corrupção (na Rússia vendiam-se lugares nas filas, trocava-se manteiga pela liberação mais rápida de resultados de exames complementares, etc.) e desperdício.

Pelo já exposto e, principalmente, pela certeza de que a grande maioria dos médicos almeja o exercício autônomo da profissão e, por conseguinte, a remuneração por produtividade, dou por encerrada esta mensagem, conclamando: Colegas, retornem aos consultórios! Sim à livre escolha e ao exercício autônomo da medicina, redentor do bom relacionamento médico-paciente.

NÃO

JUAN S. YAZLLE ROCHA
Secretário Municipal de Saúde de
Ribeirão Preto e professor da FMRP -
USP

As condições do trabalho médico sofreram grandes transformações como conseqüência do avanço científico e tecnológico nas ciências biomédicas, da reinserção da profissão na sociedade urbano-industrial de massas e das mudanças no papel do Estado capitalista no estágio neo liberal.

São conhecidos seus efeitos: o assalariamento médico e o parcelamento do processo assistencial em múltiplas tarefas; diferentes "prestadores" intervêm em momentos e sob mecanismos diversos e perde-se o controle do processo assistencial que instituições (públicas ou privadas) tentam gerenciar, com os defeitos e deficiências conhecidos. Sofre o profissional da saúde e, sobretudo, sofrem os pacientes com as novas conjunções que determinam a forma como decorre a prática médica.

A remuneração profissional é um dos aspectos conflitivos, não resolvidos, neste cenário maior. Desde o modelo liberal às diferentes formas de assalariamento, passando pelo pagamento por produção (CH, US, AIH) e formas "compostas" (assalariamento mais produção, produção com pisos e/ou tetos definidos), sempre procurou-se atender aos interesses das partes envolvidas, com sucesso cada vez menor. Devemos considerar que o tensionamento das relações profissionais deve-se em grande parte à pauperização das camadas populares, ao empobrecimento da "classe média" e à crise do Estado decorrente do modelo fiscal numa economia que não cresce, embora não faltem lucros a determinados setores (o Brasil é o único país do mundo capaz de proporcionar lucros equivalentes a 40 a 50% do capital investido, em apenas um ano). Não podemos esquecer, também, as políticas de saúde que aplicam mal, gerando desperdício dos minguados recursos e as fraudes, que são casos de polícia; estes fatores agravam a falta de recursos

e dificultam o encaminhamento do problema. O tensionamento em torno da remuneração revela as virtudes e defeitos de cada "subsistema" instituições públicas garantem direitos trabalhistas (encargos sociais, férias, etc.), as privadas possuem controle mais apurado e admitem/demitem mais facilmente embora, nem sempre, paguem melhor.

Neste contexto, a exigência e o pagamento por produtividade é um recurso de "controle" das atividades do profissional que garantiria ao empregador uma "produção" mínima; todavia, dada a característica parcelar da assistência, garante-se a produção de serviços (consultas, interconsultas, exames, etc.) mas não se garante a assistência e, menos ainda, a resolução do problema do paciente. Esta dependerá da "vontade" do profissional ou da capacidade do "sistema" de oferecer a solução; vontade e capacidade não são produtos, hoje, do nível de remuneração, embora este aspecto seja sempre importante. Daí que o inverso também não é válido: bom salário não representa, sempre, o encaminhamento/solução dos problemas dos pacientes, da melhor forma possível; muitas vezes representa, apenas, a fidelidade ao cumprimento do número de procedimentos que devem ser implementados, ainda que de forma burocrática. Neste caso teríamos o cumprimento da produtividade faltando o compromisso profissional com o paciente. A melhor prática médica seria a que promove o compromisso entre o paciente e o médico; esta é a característica, imbatível, da medicina liberal que os outros modelos não conseguem fornecer, pelos fatores citados e, freqüentemente, pela falta de consciência social (visão histórica e política) da categoria médica. Enquanto os fatores sociais e políticos não permitem um novo pacto social entre agentes e usuários, devemos torcer para que experiências locais possam ser ampliadas e aprofundadas

Todavia, duas perspectivas de encaminhamento são hoje emergentes: uma que leva de volta ao médico o controle do processo de assistência, estreitando o compromisso com seus pacientes e garantindo bom nível de remuneração e reconhecimento social; refiro-me ao Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Exige dedicação exclusiva do profissional e disponibilidade para atender chamados fora dos horários habituais de serviço; como contraparte ofereceria salário de até 2.500 dólares. O PSF sob controle direto da comunidade se articula com a rede pública de serviços para referência e supervisão técnica. Esta proposta, independentemente da sua factibilidade hoje, abre uma discussão que ilumina os defeitos dos sistemas vigentes. O que nos interessa é que o salário referido, altamente competitivo, remunera, inegavelmente, o compromisso do profissional com a "sua" comunidade.

Outra possibilidade é a integração do processo assistencial através da informatização (total) do trabalho na saúde; neste caso os agentes são redirecionados em cada nó crítico permitindo o gerenciamento geral do processo e a sua democratização: controle social

Transcrito do jornal do Cremesp

ACUPUNTURA: UMA ESPECIALIDADE MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.455/95

O Conselho Federal de Medicina, no uso da atribuição 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 anteriores pareceres do CFM, mais especialmente o Parecer nº 22/92 de 14 de agosto de 1992, que entende ser a Acupuntura ato médico;

CONSIDERANDO a necessidade do avanço acadêmico da Acupuntura inclusive com sua inserção nos cursos de graduação e pós-graduação das escolas médicas;

CONSIDERANDO a necessidade do diagnóstico clínico e específico do prognóstico, de instituição terapêutica peculiar;

CONSIDERANDO o fato de não encontrar paralelo entre este ato médico e outras especialidades médicas;

CONSIDERANDO o parecer CFM nº 028/95, aprovado em 11 de agosto de 1995;

CONSIDERANDO, finalmente, a decisão acatada pelo Plenário deste Conselho Federal de Medicina, em Sessão realizada no dia 11 de agosto de 1995, resolve:

RECONHECER a Acupuntura como especialidade médica.

Brasília-DF, 11 de agosto de 1995.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antonio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-

Geral

Parecer aprovado
Sessão Plenária de 18/09/95

Porque a Acupuntura é uma especialidade médica?

Parecer CMF

Posiciona contrariamente ao Projeto de Lei nº 383 - B, do Deputado Marcelino Romano Machado, que regulamenta a profissão de técnico em acupuntura, referenda pareceres anteriores e reconhece a Acupuntura como Especialidade Médica.

INTRODUÇÃO

A Consulta foi originada através do ofício s/n, de 17 de janeiro de 1995, enviado pela Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), que solicitava ao Conselho Federal de Medicina apoio quanto à posição daquela entidade frente ao Projeto de Lei nº 337/91, de autoria do Senador Fernando Henrique Cardoso, em tramitação no Senado, visando instituir a profissão de técnico em Acupuntura. Essa mesma Sociedade Médica encaminhou ofício ao CFM, protocolado sob o número 000893, em 10 de março de 1993, e assinado pelo seu então presidente, Dr. Norton Moritz Carneiro em que solicitava o reconhecimento da Acupuntura como especialidade médica.

Segundo informe do Sr. Assessor Parlamentar, os Projetos de Lei nºs 337/91 e 306/91 - que tratam da regulamentação da profissão de terapeuta em Medicina Natural - devem ser arquivados por razões regimentais.

Existem, no entanto, dois projetos em tramitação na Câmara, sob os nºs 383/91 e 935/91, apensados, que tratam do mesmo assunto. Estes PL, que sofreram emendas, foram aprovados na Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, recebendo seu texto final em 14 de dezembro de 1994:

"PROJETO DE LEI Nº 383-B, DE 1991 (do Sr. Marcelino Romano Machado)

TEXTO FINAL - Regulamenta o exercício profissional de técnico em acupuntura e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - São considerados habilitados para o exercício profissional de técnicos em acupuntura:

I - os profissionais de saúde, de nível superior, inscritos na forma da lei e portadores de certificados ou diploma de conclusão de curso ou título de especialização em acupuntura, emitidos ou reconhecidos pelo Conselho Federal de sua atividade profissional de origem e pela Associação Brasileira de Acupuntura.

II - os portadores de certificado de conclusão de curso em acupuntura com duração mínima de 3 (três) anos e reconhecido na forma da lei.

§ 1º - Os certificados ou diplomas expedidos por instituições estrangeiras reconhecidas no país de origem serão revalidados na forma da lei.

§ 2º - Os portadores de diplomas ou certificados emitidos por Escolas ou Associações de Classe de Acupuntura não reconhecidas, expedidos até a data da promulgação desta lei, terão sua validade reconhecida para o exercício da

profissão de Técnico em Acupuntura após, inscrição dos respectivos diplomas ou certificados no órgão competente.

Art. 2º - A fiscalização do exercício profissional de acupuntura far-se-á pelos órgãos públicos federais e estaduais das áreas de saúde e educação.

Art. 3º - A profissão de técnico em acupuntura incorporar-se-á, para os efeitos legais, no quadro das profissões liberais anexo à Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Sala da Comissão, em 14 de dezembro de 1994"

JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO DE LEI

O ilustre Deputado Marcelino Romano Machado reapresenta o Projeto de Lei nº 852/88 de autoria do Deputado Antônio Salim Curiati, retomando suas ponderações, à época, objetivando a sua aprovação.

Dentre os vários aspectos de sua justificação, destacamos:

"Conquanto se compreenda a natural preocupação dos órgãos oficiais em cercar a prática médica (grifamos) de cautelas e cuidados, com o objetivo óbvio (grifamos) de garantir maior eficiência e segurança aos pacientes, deve-se revelar o fato de que a própria Organização Mundial da Saúde consagrou as medicinas alternativas, aqui entendidas como as práticas médicas tradicionais e de origem popular, como a única alternativa de assistência médica ao alcance de grande contingente populacional que jamais terá possibilidade de receber cuidados assistenciais da medicina clássica, seja ela oficial ou particular."

"... Daí propomos que os programas atuais de interiorização da assistência médica (grifamos) ... procuram integrar no seu contingente ... os práticos de farmácia, dentista-prático e a parteira."

Já em sua justificação, o ilustre Senador Fernando Henrique Cardoso dá a seguinte definição de acupuntura.

"Acupuntura é uma Técnica Terapêutica fisiológica, de origem chinesa, que consiste na aplicação, em condições de assepsia rigorosa, de agulhas metálicas em pontos precisos da superfície cutânea, localizadas em meridianos específicos do corpo humano, objetivando a anestesia, o tratamento e a prevenção de doenças."

UM POUCO DA HISTÓRIA DA ACUPUNTURA

(extraído da publicação - O Que É Acupuntura - de Marcus Vinicius Ferreira)

A história da acupuntura confunde-se com a história da China.

Foram descobertas, em tumbas de príncipes chineses, agulhas de lascas de madeira e de pedra.

Durante a dinastia Han (200 AC), foi escrito o primeiro livro sobre a acupuntura: HUANG TI NEI CHING - Tratado Interno do Imperador Amarelo.

Durante a dinastia T'ang (600 a 900 DC), disseminou-se a acupuntura pelas regiões vizinhas. Um famoso médico chinês - Hua Tuo - era tido, pela lenda, como capaz de fazer cirurgias com o paciente anestesiado pela acupuntura.

A acupuntura é, nesta época, introduzida no Japão.

No Ocidente, a curiosidade desta técnica somente foi despertada no século XIX, tendo na França, persistido, não obstante a conotação de curandeirismo com que tal prática era revestida.

SITUAÇÃO DA ACUPUNTURA NO BRASIL

Existem hoje, no país, aproximadamente 2.000 médicos praticando a acupuntura e, numa estimativa grosseira, (por ausência de qualquer controle institucional), cerca de 20.000 praticantes não-médicos.

Várias organizações e associações congregam os praticantes da acupuntura, subdivididas em departamentos ou sociedades médicas e outras instituições que aglutinam médicos e não-médicos, a saber:

SMBA - Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura

Departamentos de Acupuntura das Federadas da Associação Médica Brasileira (Estas apenas de médicos).

E mais:

ABACO - Academia Brasileira de Arte e Ciência Oriental

SOBEA - Sociedade Brasileira de Electroacupuntura

SINDACTOR - Sindicato Nacional dos Profissionais de Acupuntura e Terapias Orientais

SATORS - Sociedade de Acupuntura e Terapias Orientais do Rio Grande do Sul

Em geral, a acupuntura é oferecida ao público por diversas clínicas e consultórios de caráter particular, seja por médicos ou não-médicos. A acupuntura, prestada exclusivamente por médicos, já foi inserida nos programas assistenciais de diversos Estados e instituições. Por exemplo:

- Hospital das Clínicas da USP
- Hospital Escola São Francisco de Assis - UFRJ
- Hospital Univesitário - SC
- Hospital das Clínicas - UFPE
- Hospital Universitário de Brasília - HUB
- Ambulatórios do SUS situados em Florianópolis, Porto Alegre, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília

Existem, ainda, vários cursos realizados exclusivamente para médicos, em integração ou vinculação com universidades e escolas oficiais, dentre os quais destacamos:

- Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
 - Universidade Federal Rural de Pernambuco
 - Escola Paulista de Medicina
 - Universidade Federal de Santa Catarina
 - Universidade de Brasília / Hospital Universitário de Brasília
- Com relação à acupuntura, o Conselho Federal de Medicina já se pronunciou, em diversas ocasiões, através dos seguintes pareceres:

1. Projeto de implantação de atendimento, através de acupuntura, em unidades do INAMPS - 09.11.85

Conselheiro Relator - Dr. Waldomiro Dantas

Conclusão - Sugestão ao INAMPS, da sustação do projeto-piloto pertinente à matéria até que se disponha de legislação reguladora da formação dos profissionais e de métodos de controle da aplicação da acupuntura.

Parecer aprovado nº 23/85

2. Processo consulta CFM nº 159/88 - Regulamentação da profissão de acupunturista - 11.10.89

Conselheiro Relator - Dr. Salomão Baruki

Conclusão - A acupuntura deve ser profissão de nível universitário, em curso de curta duração, com currículo mínimo fixado pelo Conselho Federal de Educação e Ministério da Saúde. Poderão exercê-la livremente os profissionais cuja formação básica englobe o currículo que vier a ser fixado para o acupunturista. Assim entendemos que, como método terapêutico, a acupuntura se constitui em processo a ser exercido somente mediante prescrição médica.

PARECER APROVADO Nº 43/89

3. Processo consulta CFM nº 1.301/91 - Acupuntura e Fitoterapia, reconhecimento e regulamentação de uma prática médica - 17.01.92.

Conselheiro Relator - Dr. Nilo Rezende Vieira

Conclusão - Reitera os dizeres do parecer anterior, acrescentando questões referentes à Fitoterapia.

Parecer aprovado nº 04/97

4. Processo consulta CFM nº 0788/92 - Parecer sobre o Projeto de Lei nº 337/91, de autoria do Senador Fernando Henrique Cardoso, que dispõe sobre o exercício da profissão de técnico em acupuntura - 14.08.92

Conselheiro Relator - Dr. Nei Moreira da Silva

Conclusão - Posiciona-se contrariamente ao Projeto de Lei, entendendo que a acupuntura é um ato médico, podendo ser realizada por técnicos em acupuntura, sob restrita supervisão de médicos, aos quais compete o diagnóstico e encaminhamento dos pacientes.

Parecer aprovado nº 22/92

5. Processo consulta CFM nº 0969/92 - Curso de Especialização em Acupuntura e pessoas sem graduação em Medicina - 16.04.93

Conselheiro Relator - Dr. Nilo Fernando R. Vieira

Conclusão - Discordância da possibilidade do oferecimento de cursos de pós graduação em acupuntura, enquanto método terapêutico, a profissionais cujas competências não envolvam a capacitação para realizar um diagnóstico como etapa prévia ao emprego de qualquer terapia. Ratifica, ainda, os pareceres anteriores.

Parecer aprovado nº 05/93

ASPECTOS TÉCNICOS

A acupuntura é uma abordagem do paciente, de forma holística, que pressupõe uma anamnese especial, exame físico e formulação de diagnóstico clínico, previamente, e diagnóstico diferencial. Daí a decisão da aplicação da técnica terapêutica, uma vez que existem contra-indicações à sua utilização. Há, evidentemente, a formulação de prognóstico que define a conduta médica subsequente.

A terapêutica consiste na aplicação de agulhas (mais comumente de aço inoxidável) em pontos selecionados, em função do diagnóstico, visando estimular o organismo à cura. O tratamento, no mais das vezes, é longo, variando segundo o paciente. A introdução dessas agulhas, que devem ser rigorosamente esterilizadas, obedece a técnicas acuradas, pois, haja vista tratar-se, de método invasivo, pode promover várias complicações de ordem traumática a partir do ato de introdução.

As principais contra-indicações dizem respeito a pacientes hemofílicos ou com qualquer distúrbio da coagulação sangüínea, início de gravidez e uso em pessoas muito debilitadas ou inconscientes. Outras importantes contra indicações são os tumores das doenças infecciosas severas.

As complicações mais facilmente encontradas na utilização da acupuntura dizem respeito à transmissão de doenças infecto-contagiosas (AIDS, hepatite, etc.), perfuração de vísceras, lesões neurais, complicações hemorrágicas, pneumotórax, corpo estranho (por quebra de agulha) e perfuração de vasos de grosso calibre.

Além disso, a eletroacupuntura pode causar graves complicações em pacientes portadores de marca-passo cardíaco, constituindo-se em uma de suas absolutas contra-indicações.

Do ponto de vista científico, a acupuntura provoca um estímulo no sistema nervoso autônomo, responsável por várias funções orgânicas:

- a) secreção do suco gástrico
- b) controle do sistema circulatório
- c) controle do metabolismo
- d) influências na hematopoese
- e) influência no tônus muscular
- f) controle direto e indireto do sistema endócrino
- g) outras funções

Os estímulos também provocam reflexos viscerocutâneos, tais como o dos nervos sensoriais da superfície do corpo (caso de cefaléias por anormalidades em outras sedes); o dos nervos motores superficiais (reto abdominal rígido, refletindo patologias internas); os nervos simpáticos da superfície do corpo (reflexos simpáticos viscerocutâneos por anormalidade interna) e os nervos parassimpáticos da superfície.

No que respeita ao tratamento da dor, pesquisas recentes demonstram que um estímulo de baixa frequência aciona uma via dependente de beta endorfina.

Outras indicações da acupuntura dizem respeito à sua utilização em anestesia e em obstetria, promovendo a indução do trabalho de parto.

PARECER SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 383-B DE 1991

O projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional faculta o exercício da atividade para todos os profissionais de nível superior portadores da especialização; ao nível médio com curso mínimo de 3 anos em acupuntura; e a estrangeiros, além daqueles que já a exercem por força de diplomas ou certificados emitidos por escolas ou associações de classe de Acupuntura, expedidos até a promulgação da lei.

Cerceia, além disso, a prerrogativa do médico, legalmente habilitado e inscrito no seu respectivo Conselho Regional, de exercer a acupuntura, independente de sua especialização na área, em claro confronto com a Lei nº 3.268/57.

Não reconhece a acupuntura como prática médica, não obstante entender, em sua justificação, ser um recurso diagnóstico e terapêutico.

O termo diagnóstico vem do latim *DIGNOSCO*, que quer dizer conhecer, distinguir, discernir.

A expressão "*Curvo rectum dignocere*", de C. Suetonius Tranquillus, significa distinguir entre o bem e o mal.

Ora, distinguir entre o bem e o mal equivale a dizer: distinguir entre o fisiológico (o bem) e o patológico (o mal).

Como exercitar esta distinção sem as noções básicas destas matérias?

Como poderemos discernir o mal (o patológico) se não conhecermos as funções orgânicas, os sítios anatômicos e a dinâmica orgânica para definirmos seus desvios, sua gradação e importância e estabelecermos seu retorno à normalidade?

Como, enfim entender e combater o mal se não conhecemos o bem?

Como pode um Juiz proferir sentença de ilegalidade sem o efetivo conhecimento das leis?

Um dos vieses da justificação diz respeito à diminuição da iniquidade do acesso da população a assistência à saúde, alegando ser a "única alternativa de assistência médica ao alcance de grande contingente populacional que jamais terá possibilidade de receber cuidados assistenciais da medicina clássica, seja ela oficial ou particular."

Ora, esta afirmação encerra um paradoxo e uma triste constatação.

O paradoxo é promover o acesso à "assistência médica" através de leigos. Vamos possibilitar a assistência médica a todos os cidadãos do país ou vamos expô-los a diagnósticos e tratamentos formulados e praticados por não-médicos, com todos os riscos que isto envolve, à guisa de reduzir a iniquidade?

A constatação é que, mesmo no Congresso Nacional, casa maior formuladora de leis neste país, há a afirmação, ou absorve-se a informação, de que jamais os brasileiros terão acesso à medicina, seja ela oficial ou particular.

Quais seriam as causas desta dificuldade de acesso?

Será que as precárias condições de financiamento, o sucateamento de nossos equipamentos de saúde, a existência de municípios sem a mínima infra estrutura *assistencial*, a invasão da prioridade política - com pouca ênfase nas questões sociais - e vários outros não seriam fatores marcantes da iniquidade?

Será que os legisladores não deveriam ater-se a essas questões, fundamentais para a saúde de nossos compatriotas?

Parece-nos que querer facilitar o acesso da população aos serviços de saúde através de assistência médica praticada por leigos é o mesmo que começar a construir a casa pelo telhado, sem nenhuma sustentação social. É iludir! É não atentar para as causas fundamentais!

Assim, entendemos, por tudo já relatado, pela necessidade de se conhecer a anatomia e fisiologia humanas, pela necessidade de formulação de diagnóstico clínico e diagnóstico diferencial (com óbvio conhecimento da semiologia), pela possibilidade eventual do tratamento das complicações - quer clínica, quer cirurgicamente - ser a acupuntura uma atividade exclusivamente médica, não se concebendo sua prática por outros profissionais, bem como a ministração de cursos que não sejam vinculados a escolas, sociedades ou departamentos médicos.

PRÁTICA MÉDICA E ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA

Após a percutiente análise das informações colhidas e atenta leitura de todos os trabalhos apresentados, observa-se ter a acupuntura atuações nas áreas de fisiatria, ortopedia e traumatologia, clínica, anestesiologia, obstetrícia e várias outras especialidades, não se constituindo, portanto, em subespecialidade de nenhuma delas.

Não é o caso, por exemplo, da ultra sonografia, um claro ramo da imagenologia.

Trata-se de uma atividade que requer, além dos fundamentais conhecimentos médicos da graduação, outros saberes mais aprofundados, peculiares e, portanto, especializados. Os conhecimentos filosóficos da acupuntura, o conhecimento dos meridianos, dos pontos de aplicação e, enfim da terapia propriamente dita, não encontra paralelo em nenhuma outra especialidade médica, sendo, conseqüentemente, especial.

A grade curricular para o curso de acupuntura promovido pelo Centro de Estudos Godoy Moreira, da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, apresenta características próprias, principalmente em seu II e III módulos, que a tornam diferenciada.

Os procedimentos em acupuntura não mais podem ser observados por alguma ótica mística ou paranormal, até porque, atualmente, a ciência pode demonstrar a sua prática e efeitos. Mesmo que baseada em princípios e conhecimentos diversos, a acupuntura traz, hoje, o interesse na universalização do conhecimento humano sobre a saúde da espécie, imiscuindo à sua lavra a medicina ocidental, com o intuito de reconhecer os limites seguros de sua atuação (que toda especialidade médica tem).

Para que isto se realize com segurança, somente um médico pode praticá-la e, exclusivamente, a organização acadêmica e científica pode divulgar seu ensino em busca da qualidade, devidamente fiscalizada na execução dos procedimentos. Não somente pela necessidade dos conhecimentos da anatomia humana, haja vista ser um procedimento invasivo, mas por requerer igual competência em fisiologia humana para a definição diagnóstico, prescrição e aplicação do tratamento.

Da forma como se dissemina, com práticos sem conhecimentos necessários, precariamente formados por múltiplos cursos sem qualquer retaguarda acadêmica de credibilidade, a população está sendo enganada em sua boa fé, expondo-se até, ao risco de amparo legal futuro, caso projetos de lei sejam aprovados, conforme hoje propostos, sendo submetida à prática, que deve ser médica, realizada por leigo. Mesmo médicos precisam de uma formação especializada segura e reconhecida.

Isto no tocante ao aspecto médico.

A Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, em recente consulta feita ao Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde/DCAS, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, acerca da inclusão da acupuntura como um dos componentes do procedimento 050-7 das tabelas do SIA/SUS, obteve a seguinte resposta:

" 1 - A inclusão da acupuntura no código 050/7 não poderá ser realizada, no momento, tendo em vista que os recursos financeiros...

2 - Por sua vez, a acupuntura também não poderá ser incluída como código de Atividade Profissional, já que, como a fitoterapia, trata-se de uma técnica terapêutica exercida por técnicos sob supervisão médica, não estando incluída na relação de Especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3..."Portanto, ou não se vai praticar a acupuntura nos serviços públicos (SUS) ou esta prática não será remunerada, porquanto, em respeito ao CFM, somente são incluídas nos procedimentos do SIA/SUS, em seu código de Atividades Profissionais, aquelas especialidades reconhecidas pelo Conselho.

O dano social seria aferido pelo não-acesso da grande população a esta atividade assistencial, fomentando, inclusive, a justificação do projeto de lei em tramitação.

Do ponto de vista acadêmico, é mister o reconhecimento da Especialidade Médica - Acupuntura -, por possibilitar a criação de cursos universitários de especialização e

CONCLUSÃO

Baseado na totalidade das considerações apresentadas, entendemos que o - B, de autoria do Deputado Marcelino Romano Machado.

Considerando a necessidade de conhecimento profundo e complexo do médico para o exercício da Acupuntura, somos favoráveis ao seu reconhecimento como Especialidade Médica.

Brasília, 11 de agosto de 1995

Comissão de Acompanhamento da Acupuntura:

Lino Antônio Cavalcanti Holanda
Lucio Mário da Cruz Bulhões
Paulo Eduardo Behrens
Raimundo Nonato Leite Pinto

Parecer aprovado
Sessão Plenária de 11/8/95

PORTADOR DO VÍRUS HIV VENCE EMPRESA DE SAÚDE

O atendimento nos planos de saúde a portadores do vírus HIV, causador da Aids, não pode ser suspenso pela empresa prestadora do serviço, sob a alegação de que a doença se tornou epidemia, caracterizando-se situação não coberta pelo contrato. Foi o que decidiu a 9ª Câmara Civil do Tribunal de Justiça do Estado, ao julgar, em 9 de fevereiro, a apelação cível 248.393-2/9, da Capital. Figuram no processo como apelante Omint - Assistencial Serviços de Saúde S/C e apelado, Cristiano Pinto Fagundes.

Trata-se da ação declaratória julgada procedente em primeira instância, na qual o recorrido alegou ser portador do HIV, tendo contratado os serviços de apelante em janeiro de 1991, mediante adesão ao plano de saúde mais caro da empresa. Esta, segundo ele, embora tivesse conhecimento do fato de muitos de seus beneficiários, entre os quais o apelado, serem portadores do vírus na época da contratação dos serviços de saúde, passou a rescindir unilateralmente os convênios estabelecidos com essas pessoas. O apelado pretende ver reconhecido seu direito de exigir a continuidade do cumprimento do contrato.

Consta do processo que, até 1991, a Omint conquistou numerosos clientes portadores do HIV por ser ela a única empresa de medicina de grupo a aceitar indivíduos nessas condições. Depois desse período, porém, sob a justificativa de que a Aids se convertera em epidemia, conforme havia reconhecido a Organização Mundial da Saúde (OMS), a empresa deixou de aceitar novos segurados com esse problema e, dois anos mais tarde, decidiu também suspender o atendimento aos já conveniados, com base em dispositivo do contrato que exclui epidemias de faixa de cobertura do plano. A apelante chegou a afirmar que desconhecia a situação clínica do apelado, na ocasião da assinatura do contrato, mas se acolheu em juízo prova no sentido contrário.

Relatado pelo desembargador Octavio Helene, o acórdão entendeu não configurar epidemia a doença adquirida pelo vírus HIV. Assumiu essa posição com fundamento em conceitos do Dicionário Escolar (Silveira Bueno, Ediouro) e do Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, Nova Fronteira). De acordo com o primeiro, se define epidemia como "surto de doença contagiosa que ataca numerosas pessoas ao mesmo tempo". Para o segundo, trata-se de "doença que surge rápida num lugar e acomete simultaneamente grande número de pessoas".

Ao negar esse quadro, o relator cita autoridades do governo, segundo as quais a Aids "é lenta em sua evolução, só alcança determinado número de pessoas que pertençam a um grupo da sociedade, incluindo, ao que se sabe, os hemifílicos, que têm risco no contágio". Assim, acrescenta, "a incidência da moléstia não alcança indiscriminadamente a generalidade do grupo social, o que descaracteriza uma epidemia". Com esses fundamentos, a sentença recorrida foi confirmada em julgamento de que participaram os desembargadores Celso Bonilha (presidente, sem voto), Aldo Magalhães e Ricardo Broncato, com votos vencedores.

Vontade das partes - Em declaração de voto vencedor, em separado, o desembargador Magalhães sustenta não ser relevante, no caso, verificar se a Aids constitui ou não uma epidemia. Ele reproduz considerações de sua própria autoria, apresentadas na apelação 242.619-2/8, também de interesse da empresa Omint. Segundo ele, o que importa é

apurar se as partes, ao contratar, "entendiam estar a Aids excluída por força da cláusula contratual que declara não cobertos os gastos decorrentes de enfermidades ou lesões causadas por epidemias".

Para o magistrado, que se baseia em lições de Washington de Barros Monteiro (Curso de Direito Civil, Direito das Obrigações), como se trata da interpretação de um contrato, "cumpre lembrar que isso há de ser feito segundo a boa fé, as necessidades do crédito e as leis da equidade". E que "a melhor interpretação de um contrato é a conduta das partes, o modo pelo qual elas o vinham executando anteriormente, de comum acordo". Mesmo porque, acrescenta, "a observância do negócio jurídico é um dos melhores meios demonstrativos de interpretação autêntica da vontade das partes, servindo de guia indefectível para a solução da dúvida levantada por qualquer delas".

Na opinião de Magalhães, não há como acolher o recurso, pois "a prova demonstra que a própria recorrente nunca entendeu que a Aids constitui enfermidade não coberta por assim estatuir o contrato no tocante às epidemias". Ele argumenta, ainda, que se trata de contrato de adesão, cujas cláusulas duvidosas devem ser interpretadas sempre em favor dos aderentes, como ensina Barros Monteiro.

Transcrito de Caderno de Jurisprudência
Ano 01. nº 03, 1995.

CRM TEM NOVO TELEFONE E FAX

322-8238 (Fone)

322-8465 (Fax)

O QUE PODE E DEVE SER FEITO COM ARQUIVO DE MÉDICO FALECIDO

Parecer CMF

Trata-se de consulta pela Presidência do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo, inquirindo sobre **o destino, a caducidade e a guarda dos arquivos dos médicos após o seu falecimento. Solicita, ainda, o que deve ser feito com o arquivo do laboratório do Anatomia-Patológica, de grandes proporções.**

O PARECER

A questão do sigilo médico, bem definida pela legislação vigente através do Código Penal - art. 154, do Código do Processo Penal - art. 207, do Código do Processo Civil - art. 406, e dos artigos, 11 e 102 a 109 do Código de Ética Médica, com base na Lei Federal nº 3268/57, tem seu instituto jurídico com cerne voltado a coibir qualquer publicidade sobre o conhecimento adquirido durante o exercício da profissão. O médico, mais com o dever de que com o direito ao sigilo, atua como depositário de informações de seus pacientes, as quais só poderão ser reveladas nas hipóteses de justa causa definidas em lei, de legítima defesa, de estrito cumprimento de dever ou estado de necessidade. Mesmo assim, a autoridade requisitante da informação não pode, sob estes pretextos, exigir a revelação.

Todas estas fronteiras jurídicas e ético-profissionais delimitam a garantia do segredo profissional em sua guarda.

A memorização das informações sigilosas é realizada em arquivos de prontuários, boletins, resultados de exames e assemelhados. Sob os prismas do interesse médico-científico e do histórico individual de cada paciente, o arquivo é um cofre de elevado interesse para consulta, a qualquer momento de necessidade.

Presos ao segredo médico estão todos os profissionais, funcionários e pessoas que rodeiam o exercício da medicina ou que têm acesso ao arquivo e à informação que deve ser sigilosa.

Quando o exercício profissional médico está ligado a uma instituição clínica, hospitais, clubes e outros locais de arquivo coletivo, a guarda da memória escrita, reproduzida ou digitada, pertence à instituição e outro médico poderá dar seqüência ao atendimento.

Os prazos de caducidade de documentos médicos e substituição por arquivo com a utilização de métodos de microfilmagem ou informatizados, estão bem definidos nos pareceres nºs. 16/90, 1331/89, 2969/89, 1076/92, deste Egrégio Conselho Federal e na lei nº 5433/68.

Quanto ao falecimento de um médico, guardião do arquivo de seus pacientes, observamos:

- A partir do momento da morte tanto para o médico como para qualquer outro cidadão, instala-se a cessão da pessoa natural ou personalidade jurídica. Ou seja, por motivo óbvio, o mesmo não poderá mais ser responsabilizado pelo que ocorrer com seus arquivos após o desenlace carnal. E quem poderá ser responsável em seu lugar ?

Quando o arquivo pertencer a uma instituição, hospital ou casa de saúde, um substituto ocupará a sua função e herdará os arquivos, pois, conforme já dito, o arquivo pertence ao local de trabalho.

Podem também ser considerados, herdeiros mesmo em consultórios, serviços e departamentos particulares, os médicos assistentes diretos, com os quais a própria clientela detinha o costume e a indicação da confiança do titular, quando em exercício.

Igual procedimento deve ser adotado para o arquivo de um laboratório, cujo serviço é adotado por outro profissional da área.

Resta, pois, definir-se sobre o arquivo particular sem herdeiro médico. Com a morte se esvai toda a responsabilidade do médico pelo segredo. O que deveria ter sido informado aos pacientes ou responsáveis, ou notificado compulsoriamente, com certeza já feito em vida ou, pelo seu entendimento em contrário quanto a casos específicos, de acompanhá-lo ao sepulcro. É óbvio que não podem ser os familiares responsáveis naturais ou "ad-hoc" pela guarda dos arquivos, por determinação de normas ou leis sanitárias, ético-profissionais ou da justiça comum. Na verdade, assim deve ser, não somente pela responsabilidade jurídica, mas também por que somente caberia ao médico já falecido definir o que podera ser ou deixar de ser a violação do bom senso para o acesso à informação.

A democratização do direito ao acesso à informação de ficha clínica e prontuários, da qual muito deve orgulhar-se hoje a sociedade brasileira, contemplada no código de ética médica vigente, além do interesse em saúde pública e do próprio paciente na evolução de sua doença, lamentavelmente não encontra sólida razão para obrigar a alguém ou alguma instituição a guardar tais arquivos em tela.

A informação de arquivo, mero memento de auxílio à memória de seu dono, deve igualmente acompanhá-lo ao seu fim.

Tendo em vista o exposto o arquivo particular do médico falecido sem herdeiro profissional deve então ser incinerado por pessoa de convivência diária direta, familiares ou secretária particular.

Este é nosso parecer, S.M.J

Brasília, 19 de maio de 1995..

Lúcio Mário da Cruz Bulhões
Conselheiro do CFM

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/07/95.

Qual a titulação necessária para o exercício das funções de Radiodiagnóstico, Radioterapia, Medicina Nuclear, Angiografia, Tomografia Computadorizada e/ou Ultrassom, para fins de subscrição de laudos ou realização de exames específicos junto a empresas convenientes.

Parecer CMF

EMENTA

Pode o médico exercer ato de especialidade, sendo recomendável que disponha de habilitação específica.

A subcorregedoria do CFM para Processo Consulta na pessoa de seu coordenador acolhe entendimento do ex-conselheiro Dr. Nilo F. Rezende Vieira, abaixo transcrito, mas oferece algumas considerações julgadas oportunas a respeito do interessante tema que envolve especialidades médicas e empresas fornecedoras de serviços médicos não inscritas nos Conselhos.

" O Dr. Luiz Eduardo de Oliveira Elmor, Diretor do Hospital Escola Jarbas Passarinho - Vassouras - RJ - solicita parecer deste Conselho, nos seguintes termos:

Diante da solicitação do Seguro Saúde Bamerindus, anexa, para fornecimento de Título de Especialista nas áreas de Radiodiagnóstico, Radioterapia, Medicina Nuclear, Angiografia, Tomografia Computadorizada e/ou Ultrassom, sob a orientação da Sociedade de Radiologia do Paraná e do Colégio Brasileiro de Radiologia para Clínicas e Médicos credenciados na especialidade de Radiologia, do contrário seria descredenciado o Serviço de Radiologia de nosso Hospital Escola, perguntamos:

- Qual a titulação necessária para o exercício das funções acima referida, se são de caráter obrigatório ou se prevalece o item 3 do Preâmbulo do Código de Ética Médica, que cita "para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal", assim como o Art. 18 da Lei nº 3.268 de 30.09.57, do D.O.U. de 1957: "aos profissionais registrados de acordo com essa Lei será entregue uma Carteira Profissional que os habilitará ao exercício da Medicina em todo o País?"

Portanto, gostaríamos que este Conselho nos fornecesse Parecer, pois não nos parece condizente que os Médicos do Hospital Escola Jarbas Passarinho (Hospital Universitário e de Ensino), tenham que submeter-se a normas de uma Sociedade ou de um Colégio e, que estes venham a se sobrepor ao Código de Ética Médica".

PARECER

Antes de discutir os aspectos relacionados à obrigatoriedade de exigência de titulação para o exercício da medicina nas áreas de Radiodiagnóstico, Radioterapia, Medicina Nuclear, Angiografia, Tomografia Computadorizada e/ou Ultrassom, entendo que não cabe à empresa Saúde Bamerindus credenciar e muito menos, descredenciar

médicos. Esta posição é baseada no parecer nº 23/94, de Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina, da autoria da Dra. Gislaíne Jaciara Castro dos Santos, a qual transcreve integralmente:

"O assunto em tela, traz à baila o entendimento contido no Dec. Lei nº 73/66, artigo 130, o qual transcreve-se inlitteris:

A garantia do Seguro Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Segurada à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado.

Ao que deduz-se que, o credenciamento de profissionais médicos descaracteriza a condição de companhia seguradora vinculada à SUSEP, exigindo-se a inscrição e registro da mesma ao Conselho de Medicina, sob pena de prática ilegal de atividade médica."

Isto posto, poderemos discutir sobre a questão da exigência de títulos para exercício de especialidade médica. A rigor, a única área que é exigido a comprovação de títulos de qualificação de especialista, além do registro nos CRMs, é a Medicina do Trabalho. Às demais não existe nenhum dispositivo que proíba seu exercício ao profissional regularmente inscrito.

Ao finalizar, não deixaria de manifestar ter estranhado a preocupação da Direção do Hospital Escola Jarbas Passarinho. As áreas citadas - Radiodiagnóstico, Radioterapia, Medicina Nuclear, Angiografia, Tomografia Computadorizada e Ultrassom - envolvem conhecimentos técnicos específicos, são áreas de intenso desenvolvimento de métodos e equipamentos e que exigem dos profissionais uma adequada formação especializada. O Hospital Escola Jarbas Passarinho, ligado à Faculdade de Medicina, centro de formação acadêmica, certamente acolhe em seu corpo clínico profissionais de maior qualificação profissional. Não haveria, aparentemente, dificuldade em comprovar estes títulos de especialidade."

PRELIMINARES

A prática de especialidade médica como o exercício da medicina tem seu fundamento legal no registro e inscrição do médico no Conselhos de Medicina com fulcro no artigo 17 da lei 3268/57.

A prática ética de uma especialidade médica como a neurocirurgia v.g. presume o adestramento e prévia qualificação técnica na especialidade, independente de titulação.

A titulação representa uma possibilidade de fomentar e estimular a especialização mediante prerrogativas culturais criadas pelas Sociedades médicas sem no entanto dispor de força legal para o impedimento do ato médico específico para o não-especialista. A publicidade do médico como especialista sim, exige o prévio registro no Conselho do título ou da qualificação específica conforme Resolução do CFM nº 1.288/89 para efeito de fiscalização da especialidade praticada.

As escolas médicas conforme exigências específicas do CNE devem dispor de professores com a qualificação acadêmica adequada ao serviço.

Os hospitais escolas e outros devem dispor de médicos especialistas nos diversos setores inclusive na área de diagnóstico por imagem sem no entanto vedar ou proibir ao especialista não titulado o direito de exercer a especialidade.

As empresas financiadoras ou compradoras de serviços médicos sobretudo as não inscritas no Conselho em conflito com a lei 6.839/80 que obriga ao registro, dispõem de autonomia administrativa e competência legal para fixar normas na contratação de serviços, como por exemplo, comprar laudos de radiodiagnóstico apenas de especialista titulado, tal como tem o paciente o direito de escolha entre o especialista e o clínico geral

não-titulado. A questão é do âmbito exclusivo dos compradores ou do usuário. Mesmo que a empresa compradora ou intermediária com fim lucrativo demonstre uma perversa lealdade ao lucro em aparente contraste com a caprichosa exigência técnica, quando se trata da compra de serviço. A empresa pode ter amparo legal para comprar ou pagar serviços de acordo com suas normas contratuais e exigências pré-estabelecidas. As instituições idôneas e mais esclarecidas deveriam rever suas relações com empresas de agenciamento voltadas para o lucro fácil e exclusão de patologias de tratamento difícil. Empresas a rigor sem compromisso com a ética médica.

A rigor não cabe ao CFM ditar normas ou disciplinar uma relação a priori ao arrepio da ética, posto que significa legitimá-la de certo modo. Por outro lado não tem como fugir a realidade e voltar as costas para o mercado de compras e vendas do serviço médico, horrível e repugnante em sua áspera rudeza comercial mas responsável por uma parcela colossal de remuneração do ato médico.

CONCLUSÃO

A titulação adequada ao exercício do radiodiagnóstico ou diagnóstico por imagem num Hospital Universitário ou fora dele, é aquela fornecido pela Sociedade de especialista/AMB pela Residência Médica, dentro das especialidades reconhecidas pelo.

A titulação necessária ou obrigatória não existe, ressalvado o disposto no artigo 17 da lei 3268/57 que dá ao médico competência legal para exercer a medicina ou seus ramos em aparente confronto com o dever legal com o art. 2º do CEM que recomenda ao médico oferecer o "melhor do progresso científico" ao paciente, sobre "tudo não praticar ato profissional danoso" (art. 29) e "não incorrer em má prática por imperícia, imprudência ou negligência", como garantia de qualidade.

Assim, entendemos que entidades como CNRM podem fixar normas e critérios para o credenciamento de hospitais que pretendem oferecer residência médica, tal como pode o "Saúde Bamerindus" em nome da discutível qualidade técnicas do serviço comprado credenciar ou não credenciar os serviços de radiodiagnóstico com ou sem especialista. A questão é imanente ao direito de compra e venda da sociedade capitalista e está garantido na constituição.

Por fim não deve o CFM fixar normas para as empresas financiadoras de assistência médica comprometidas com o lucro e não-inscritas nos Conselhos Regionais de Medicina, sob pena de estender-lhes o manto protetor da ética e da probidade. Nem pode o CFM ser árbitro de uma contenda de interesses comerciais, entre quem vende e quem compra, e que se realiza fora dos limites da ética médica. Para restar claro cabe ao Hospital adequar-se às normas das empresas compradoras ou promover os espurgo ético mediante ruptura unilateral do convênio, a seu critério.

Este é nosso parecer s.m.j.

Brasília, 22 de novembro de 1994.

Júlio Cezar Meirelles Gomes
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/07/95.

O Curso de Enfermagem Pode Implantar Disciplina de Anestesiologia?

Parecer CMF

EMENTA

A anestesiologia é uma especialidade médica, não podendo ser exercida por profissional não-médico, pois exige conhecimentos teórico-práticos de medicina que superam o previsto em uma programação específica, para a qual o enfermeiro não está habilitado.

O diretor da Escola de Enfermagem Santa Emília de Rodat, em João Pessoa - PB, recebeu, de três membros do corpo docente daquela instituição, correspondência solicitando a implantação da disciplina de Anestesiologia no curso de Enfermagem.

Em ofício a este Conselho, o COFEN, através de seu presidente, visando subsidiar parecer sobre o assunto, solicita verificar "se no currículo médico, ou mesmo na legislação em vigor que norteia o exercício profissional médico, a disciplina de Anestesiologia pode ser exercida por profissionais da área de saúde..."

No programa proposto pelos docentes consta o seguinte:

PROGRAMA PROPOSTO:

I) - Introdução ao estudo da Anestesiologia.

Definição - classificação - teorias da narcose - deveres do anestesista - ficha de anestesia e sua importância médico-legal - posições cirúrgicas e suas implicações com o ato anestésico.

II) - Exame pré-anestésico.

Exame clínico do paciente - intercorrências - quadro laboratorial - risco cirúrgico - pré-anestésico.

III) - Anestesia local - anestésicos locais - farmacologia e complicações.

IV) - Anestesia regional

V) - Anestésias espinhais

VI) - Entubação traqueal

VII) - Clínica e farmacologia dos curares

VIII) - Reanimação cardiorrespiratória

IX) - Anestesia geral inalatória equipamentos - drogas

X) - Anestesia geral endovenosa - drogas

XI) - Anestesia obstétrica

XII) - Anestésias de urgências

XIII) - Anestesia ambulatorial.

PARECER

Sem dúvida, trata-se de um programa bastante extenso e abrangente e, indiscutivelmente, qualquer indivíduo interessado em informações técnicas pode obtê-las através da leitura de compêndios especializados nos assuntos propostos.

Chama atenção, entretanto, o fato de que os requerentes objetivam, ao final do curso, qualificar os discentes como aptos a preparar o material e drogas de diferentes métodos de anestesia geral, preparar o material e drogas dos diferentes tipos de bloqueios anestésicos; determinar o estado físico do paciente; selecionar agentes anestésicos inalatórios, venosos, locais e drogas adjuvantes; conhecer os efeitos principais e secundários das drogas usadas; utilizar técnicas específicas para a reanimação cardiorrespiratória; utilizar monitores de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiograma, respiração, pressão arterial, pressão venosa, temperatura e diurese.

Ao fazer os grifos tive por objetivo alertar para o fato de que essas atividades passariam a ser prerrogativas de enfermeiros que tivessem feito a disciplina de Anestesiologia em seu curso de formação. Na realidade, as mesmas são da responsabilidade e competência exclusivas de médicos anesthesiologistas, os quais se obrigam a fazer a avaliação prévia do paciente, prescrever medicação pré-anestésica, (MPA) escolher a técnica e os agentes anestésicos adequados instalar e acompanhar a monitorização e manter vigilância do paciente durante a cirurgia e pós-operatório imediato, até a alta da sala de recuperação anestésica. Tais ações caracterizam indubitavelmente que a prática da anestesia é ato exclusivo de médico, com responsabilidade civil, penal e ética, não podendo ser exercida por outro profissional não-médico.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 29 de maio de 1995

Jocy Furtado De Oliveira
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/07/95

É válida a cobrança de serviços de monitoração pelos anestesiólogistas?

Parecer CMF

A utilização dos equipamentos exigidos pela Resolução CFM nº 1363/93 não gera o direito de percepção de um "plus" além do previsto no porte anestésico. A cobrança da utilização de aparelhos médicos decorre do direito de propriedade e não de contra-prestação de serviços.

PARECER:

Os códigos 20.02.003-1 e 20.02.004-0 da tabela que serve de base para o pagamento de honorários de serviços médicos prestados a usuários de convênio, pertencem ao capítulo de Diagnose e Terapia, na especialidade de Cardiologia, procedimento Terapia e estão sendo utilizados pelos anestesiólogistas do Estado do Pará para cobrança de serviços de monitorização transoperatória, segundo carta da Superintendência do CIEFAS/PARÁ a este CFM.

As normas para a prática da anestesia foram estabelecidas pela Resolução CFM nº 1363/93, cabendo ao Diretor Técnico garantir as condições mínimas para a realização do ato anestésico, incluindo-se a monitorização do paciente, cujos aparelhos devem ser fornecidos pelo hospital, não cabendo ao anestesiólogista qualquer cobrança extra por tal procedimento, que é inerente ao ato anestésico.

Há, entretanto, situações em que, individualmente ou em grupo, os anestesiólogistas são proprietários dos monitores (cardioscópios, capnógrafo, oxímetro, etc.), cabendo-lhes in casu, pleno direito de cobrança de uma taxa de utilização dos equipamentos, quando a instituição hospitalar deixar de fornecê-los.

Não é competência do CFM estabelecer o quantum da taxa de utilização dos aparelhos, sendo meu entendimento que o assunto deve ser discutido e decidido pelas partes interessadas, em nível associativo, junto à Comissão Nacional de Honorários.

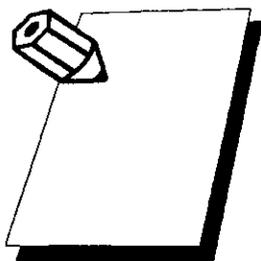
É o parecer, S.M.J.

Brasília, 23 de maio de 1995.

Jocy Furtado De Oliveira
Conselheiro Relator

Parecer aprovado
Sessão Plenária de 12/7/95

MUDOU DE ENDEREÇO?



Decreto Federal no. 44.045 de 19.07.1958 - D.O. de 25.07.1958

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

NOME: _____

Residência

Consultório

Rua: _____

Nº _____ Andar/ Sala/ Apto. _____

Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____

CEP: _____ Estado: _____

O conselho precisa dispor de seu endereço **COMPLETO** e **ATUALIZADO** para poder servi-lo cada vez melhor. Comunique-nos qualquer modificação para que nossas correspondências possam chegar ao destino.

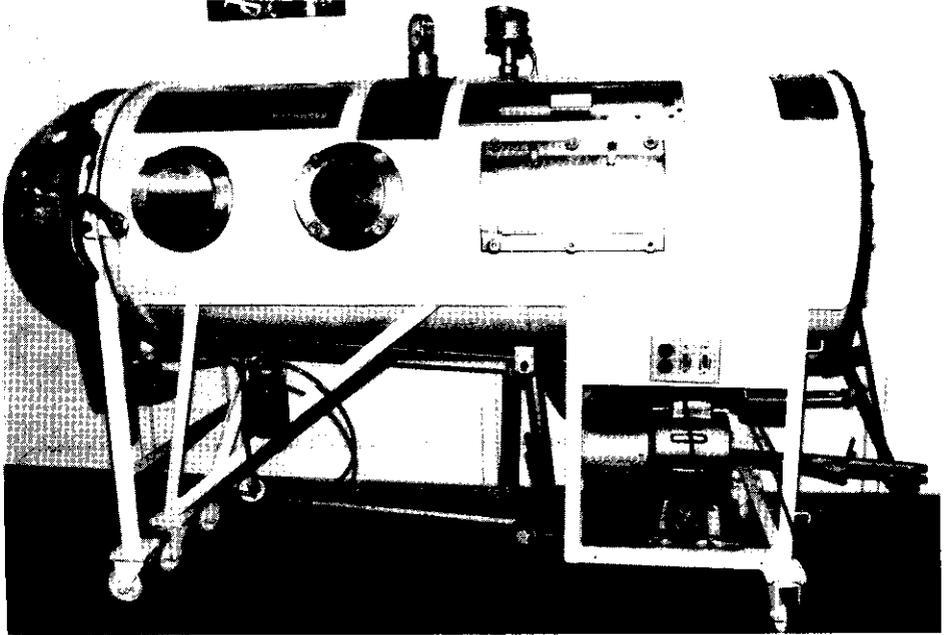
MUSEU DE MEDICINA

Associação Médica do Paraná

Colabore em sua doação

Livros, revistas, fotografias, aparelhos, instrumentos, remédios, brindes, propaganda. Qualquer material que tenha o cunho de ultrapassado, antigo, coisas simples como agulhas, seringas, peças de consultórios, vestuário etc.

Ligue para a secretaria a AMP: 342-1415



Pulmão de Aço - Doação da Secretaria Municipal da Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Pulmão de Aço

O ventilador tipo tanque, de gabinete ou pulmão de aço, foi inventado por um engenheiro de Harvard, Prof. P. Drinker.

O paciente era colocado numa maca rígida, metálica, acolchoada ficando, só com a cabeça de fora, sendo o acesso ao seu corpo realizado através de orifício no corpo do aparelho. A parte anterior era aberta para a introdução da maca e fechada com ajustes de vedação em torno do pescoço do paciente. Na parte anterior havia uma cupula de cobertura para a cabeça. O aparelho tinha na sua parte posterior um grande sistema de fole, elétrico e manual, funcionando mecanicamente. Durante a inspiração o fole se expandia criando dentro do tubo ou tanque uma pressão subatmosférica. O ar era aspirado para dentro do pulmão e mantido por 1 a 2 segundos. Durante a expiração o fole se contraía, a pressão no tanque sobia e o ar saía facilmente dos pulmões. Estes aparelhos tiveram seu uso, principalmente no período de 1950 a 1970. Eram usados especialmente em pacientes com poliomielite, polirradiculoneurite, miastenia, infecções pulmonares agudas ou quando se dejesara evitar a traqueostomia.

Vários modelos surgiram e foram aperfeiçoados. Foi na época uma grande conquista da medicina.

Referência

1. Anestesiologia. W.D.Wylie e H.C. Churchill-Davidson. Guanabara-Koogran. 1974. Tradução 3ª Edição Inglesa.

Arq. Cons. Region. Med do PR.
13(49):50, 1996

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Mário Lobato de Costa
Cons. Roberto Bastos de Serra Fieire
Cons.ª Ana Zuímira Eschholz Diniz
Cons. Antonio Carlos Bagatin
Cons. Moacir Fieis Ramos
Cons. Donizete Dimer Giamberardino Filho.

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 Letchacovski de Mello

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares
Cons. Antonio Katsumi Kay
Cons.ª Marília Cristina Miliano Campos
Cons. Ricardo Rydygier de Ruediger
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

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

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.ª Eleusis Ronconi de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons. Mônica De Biase Wright Kastrop

6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Nonenregio
Cons. Carlos Castello Branco Neto
Cons. José Carlos de Miranda
Cons. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Cons.ª Mônica De Biase Wright Kastrop
Cons. Nelson Antonio Baruffati Filho (Foz do Iguaçu)

7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Gilberto Sadioto (Guarapuava)
Cons. Luiz Sallim Emed
Cons. Odair de Floro Martins

8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Cons. Deebes Galati Vieira
Cons. Carlos Roberto Goytcaz Rocha
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Cons. Alberto Accioly Veiga

9. CORREGEDORIA DO CRM/PR

Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hamia Sobrinho
Cons. Odair de Floro Martins

10. COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Deebes Galati Vieira
Cons.ª Mara Alboneti Dudeque Pianovski

11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Gerson Zafalon Martins
Cons.ª Ivaniira 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 LONDRIÑA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Junot Cordeiro
Dr. Antonio Celso Bustardo
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas
Dr. Edgard Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Mário Tadaltti Iria
Dr. Síneio Moreira Junior
Dr.ª Sueli Aparecida Kublack Gorla
Dr. Walter Marcondes Filho

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kemei Jorge Chammass (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Mineo Okawa
Dr. Giancarlo Sandes (Secretário)
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Mário Massanu Miyazato
Dr. Cláudio Cordeiro Albino
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Tesoureiro)
Dr.ª Maria Tereza Combra
Dr. Murilo Narciso

DELEGACIAS SECCIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isaac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Elio Garletti (Suplente)
Dr. Fernando José Fuppi (Suplente)
Dr.ª Marli Marcias Tschy (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sadioto (Presidente)
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)
Dr. Argos 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 Borela (Presidente)
Dr. Idefonso Amado Canto (Secretário)
Dr. Eduardo Emesio Obrzut Filho (Colaborador)
Dr. João Fetry (Suplente)
Dr. Paulo Roberto Muzzi (Suplente)
Dr. Cesar Augusto Macedo de Souza (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Antonio Carlos de Andrade Soares (Presidente)
Dr. Keith de Jesus Fontes (Secretário)
Dr. Tomaz Massayuki Tataka (Colaborador)
Dr. Namir Cavalli (Suplente)
Dr. Faustino Garcia Allerez (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 Linhart (Suplente)
Dr. Ronaldo Borges Ferreira (Suplente)