

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v.13 n.52 - outubro / dezembro - 1996

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**GESTÃO 1993/1998**  
**DIRETORIA**

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Zacarias Alves de Souza Filho
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2ª Secretária:	Cons. Marília Cristina Milano Campos
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro- Adjunto:	Cons. Hécio Bertolozzi Soares

**MEMBROS EFETIVOS**

Dr. Agostinho Bertoldi  
Dr. Daebes Galati Vieira  
Drª Eleusis Ronconi de Nazareno  
Dr. Gerson Zafalon Martins  
Dr. Hécio Bertolozzi Soares  
Dr. Ivan Pozzi (Londrina)  
Dr. João Batista Marchesini  
Dr. Kemel 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 Ibraim 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 Escholz 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 Barufatti 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. Mal. 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	n. 52	p. 315 - 377	Out/Dez.	1996
-------------------------------	----------	------	-------	--------------	----------	------

**EDITOR**

Ehrenfried O. Wittig

**CONSELHO EDITORIAL**

Carlos Ehlike Braga Filho

Duilton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

**IMPRESSÃO**

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremin, 1855-b

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

A Ética e as Condições do Trabalho Médico .....	315
Crítérios Éticos e Legais Para Doação Temporária do Útero .....	325
Atestado de Óbito .....	334
Complemento de Salário, de Honorário em Instalações Coletivas ou Não, em Hospitais Estaduais, Privados ou Filantrópicos .....	337
Doação de Córnea na Cidade de Curitiba .....	339
O que Fazer Com os Médicos Que Não Preenchem os Documentos Hospitalares (AIH, Laudos, etc.) .....	345
Quando um Paciente o Procura Com Medicamento Errado, Prescrito Por Colega, Como Proceder? .....	346
É Permitido Transcrever ou Prescrever Receita, Baseado Apenas em Uma Receita? ....	347
A Eutanásia e a Legislação da Pena .....	348
Como Matar Sua Entidade .....	350
Conselho Examina Parecer Sobre Tratamento Sem Transfusão de Sangue .....	351
Médicos do Reino Unido Terão Que Denunciar Erros de Colegas .....	352
Tribunal de Justiça Decide Sobre Responsabilidade do Hospital .....	353
Culpa Médica e "Perda de Uma Chance" .....	354
Espanha Usa Mendigo Como Cobaia .....	356
Hospital Comete Engano em Caso de Inseminação .....	357
California Pune Crime Sexual Com Castração .....	357
Castração Química do Sexo .....	358
Médico e Imprensa - Uma Relação Muito Delicada .....	359
Anuidades do CFM Para 1977 .....	360
Médico Auditor .....	362
Recomendação de Não-Comparecimento a Congresso Médico Não Configura Ilícito Ético .....	363
A Luta Médica Contra o Oculto Inimigo Interno .....	364
Apelo do Paciente à Equipe Médica .....	365
Representantes de Laboratórios: Efetivos se Utilizados Adequadamente .....	367
Responsabilidade do Médico Residente em Anestesiologia e de Seu Preceptor ...	369
Convênio de Cooperação Mútua CRM PR e o Ministério Público .....	372
Conselho Regional de Medicina do Paraná	
- "Diploma de Mérito Ético-Profissional",	
- "Melhor Monografia de Ética Médica",	
- "Medalha de Lucas - Tributo de Mérito Médico" .....	373
Museu de Medicina da AMP .....	376

# 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, afóra 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 cartilina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (Nº 02): 281-295, 1985.

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

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

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

# A ÉTICA E AS CONDIÇÕES DO TRABALHO MÉDICO

Adriana Carla de Miranda Magalhães\*

***“Salvaguardar o caráter liberal da profissão é assegurar-lhe a moralidade”***

**Dr. Hilton Rocha**

A recomendação do insigne médico mineiro, feita há catorze anos, não se comprovou eficiente no decorrer histórico para garantir o ideal de liberalidade da profissão médica.

O capital possui sua lógica própria que é a de lucro, se apropriando de tudo que se apresenta como força de trabalho e atropela toda e qualquer ética, se essas relações (capital-trabalho) não forem regulamentadas.

Essas constatações óbvias introduzem assim um paradoxo inicial e a crise ética que se nos apresenta. Por um lado temos no Artigo 10 dos princípios fundamentais do nosso Código de Ética Médica vigente (aprovado na Resolução CFM, nº 1246, de 8 de janeiro de 1988) que: “O trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”; e por outro, “empresas da doença”, em nada comprometidas com a ética médica ou com as condições de saúde propriamente de seus clientes conveniados.

Esse surgimento das empresas da medicina de grupo, no Brasil, nas últimas décadas representa apenas um aspecto das novas condições de exercício da profissão, que urge uma discussão ética. Único, mas não desprezível, considerando que abarca de 35 a 40 milhões de brasileiros, com restrições importantes aos direitos dos usuários; exploram desenfreadamente o trabalho médico e possuem um forte lobby no Congresso Nacional.

Tramita atualmente no Congresso, o projeto de lei 4.425/94 que “dispõe sobre planos e seguros privados de assistência saúde e dá outras providências”. Mas informa o Dr. Cláudio Drummond, médico do Hospital Felício Rocho, presidente da Felicoop (Cooperativa Médica do Hospital Felício Rocho) e vice-presidente da Federação Mineira de Cooperativas Médicas (Femcom) em artigo publicado no jornal Estado de Minas em 21/12/96 que:

1 - Foi apresentada proposta de emenda constitucional nº 32, modificando o artigo 196 da Constituição Federal que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. O novo texto com a redação “a saúde é direito de todos nos termos da lei”... já aprovado no Comissão de Constituição e Justiça significa que os direitos serão definidos através de uma lei ordinária ou mesmo por acordo de lideranças. Significa ainda que o Estado se desobriga à pretensa assistência universal e pressiona a classe média brasileira para a assistência médica dos planos e seguros de saúde.

---

\* Médica clínica geral e intensivista, residente em Belo Horizonte, MG. Trabalho classificado em primeiro lugar no concurso “Melhor Monografia de Ética Médica”, promovido pelo CRMPR, 1996.

## 2 - Segue-se o próximo passo: a de "moralizar" o setor privado.

Os planos de saúde considerados como suplementares à assistência médica de seguridade social e como atividade privada, não seriam a princípio, submetidos à regulamentação. No entanto, a ação aética de tais empresas, com cobertura restrita dos convênios ou má qualidade das unidades credenciadas, fazem com que boa parte do contingente da população assistida acabe se utilizando do SUS. Detecta-se uma artimanha de alta rentabilidade na qual tais empresas excluem procedimentos médicos onerosos que recaem também sobre os cofres públicos.

"Neste projeto, delegaram ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) a incumbência de controle, normalização e fiscalização das empresas administradoras de planos e seguros de saúde e a aprovação da tabela de honorários médicos e serviços hospitalares, cabendo à Susep (Superintendência de Seguros Privados) a operacionalização dessas ações! Também aumentaram o número de membros do CNSP, acrescentando-se aos já existentes, os seguintes representantes:

- dois da medicina de grupo (Abramge);
- um das cooperativas médicas (Unimed);
- um das entidades de autogestão (Ciefas);
- dois representantes dos usuários.

Conclui-se, as entidades representantes da classe médica como um todo, membros do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Federação Nacional dos Médicos não se encontram incluídos numa discussão na qual a sua participação é prioritária na defesa da dignidade profissional.

Honrem-nos como determinarem e bem sabemos, será com o mínimo necessário para manter suas margens de lucro.

Nos encontramos assim, num segundo ponto de conflito entre preceitos éticos e condições de trabalho médico.

Consta no Capítulo VIII, artigo 86 do Código de Ética Médica, ser vedado ao médico "receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios".

Infelizmente será o que nos aguarda, desde que solapada a autonomia de decisão médica quanto aos seus honorários e veta até mesmo a participação em tal comissão.

Tal preâmbulo tem como objetivo exemplificar a atualidade de um conceito de ética materialista-histórico no qual a ética, enquanto princípios e normas que orientam a conduta humana no sentido axiológico - sentido de valor, seria também produto histórico e portanto contingente e aberto ao devir; produto da atividade social dos homens nas suas relações de vida e trabalho.

Nessa perspectiva usando uma metáfora ótica mudemos o campo de visão teleobjetivo para um campo grande angular para melhor percebemos a conjuntura sócio-econômica histórica na qual se realiza a práxis médica atual.

Segundo Giorgio Romano Schutte, mestre em Relações Internacionais pela Universidade de Amsterdã e coordenador da área "Globalização e Trabalho" do Instituto Cajamar, em artigo intitulado - Globalização - Mito ou Realidade? - Publicado em 20/08/96 no Jornal Folha de São Paulo, é necessário desmitificar a opinião segundo a qual a atenção sobre o tema seja fruto do "eterno provincianismo" brasileiro. Destaca o autor que o debate sobre a Globalização tem sido usado no mundo inteiro como forma de justificar medidas anti-populares dos governos. Exemplifica com o caso da Holanda, onde se organizou no ano passado uma conferência nacional sobre globalização, cuja conclusão "foi que a Holanda deveria rapidamente fazer reformas na Previdência Social, flexibilizar,

desregulamentar e, dessa forma, diminuir o "custo Holanda" para se tornar mais competitiva no mercado internacional e enfrentar a realidade da economia globalizada".

Mas que economia globalizada é essa, nova "religião" dos economistas? Corresponde ao novo processo de integração das economias nacionais por via de investimentos externos diretos.

Verifica-se desde os anos 50 um crescimento do comércio maior que o da própria economia mundial e, além disso, que os investimentos estrangeiros diretos, por sua vez, crescem mais do que o comércio internacional. Aceleração ainda maior, a partir dos meados dos anos 80 no crescimento dos investimentos estrangeiros diretos, refletindo a rapidez do desenvolvimento tecnológico (microeletrônico, novos materiais e biotecnologia), trazendo consigo novos conceitos e produção.

Valoriza-se ainda, nesse processo de globalização, o crescimento da internacionalização do sistema financeiro que "aproveitando o avanço na área de telecomunicação e tecnologia de informática"... aumentou sua capacidade de processar transações ao longo das 24 horas do dia, em nível global.

"A globalização é ligada a um projeto político-econômico através do qual se identificam interesses sócio-econômicos.

É também um projeto ideológico, já que tenta vencer a opinião pública de que os sindicatos e autoridades governamentais devem enquadrar-se nessa lógica.

O que deveria ocupar o centro das atenções é o limite da desregulamentação, uma vez que ela vem criando insegurança, caos no sistema financeiro e mais exclusão, aumentando as diferenças sociais em todas as partes do mundo".

Ainda mais, 70% dos investimentos externos mundiais são feitos nos EUA, Japão e Alemanha e 70% dos investimentos no 3º Mundo são feitos na China.

Segundo o economista Antônio Delfim Netto (Artigo Exportação e Investimento, Folha de São Paulo, 21/08/96) "o problema do investimento estrangeiro direto precisa ser analisado com maior cuidado". Diferencia simples troca de titularidade do investimento direto verdadeiro. No primeiro caso, haveria pequeno efeito sobre a quantidade e a qualidade da produção e do emprego e se favorecia a formação de estruturas oligopolistas.

No segundo caso, do "investimento direto verdadeiro, isto é, aquele que vem para aumentar a capacidade produtiva interna, melhorar a qualidade do produto, treinar e educar a mão-de-obra e explorar não apenas o mercado interno, mas também o mercado externo"... esse, é tão mais atraído quanto maior o desempenho exportador do país hospedeiro. Esse é o resultado das pesquisas mais recentes feitas no âmbito do Banco Mundial.

Assim, segundo Delfim, não basta para atrair tais investimentos o nosso "imbatível" mercado interno pois à ele se contrapõem as deficiências do dinamismo exportador do Brasil.

Essa análise de economistas competentes levam ao arrefecimento de uma possível "crise maníaca" globalizante e neoliberal.

O que assistimos é um aumento da produtividade mundial simultâneo ao da desigualdade social. Este é o grande estigma capitalista, a tendência a concentração de renda acompanha a competência produtiva.

As economias socialistas, com seu planejamento centralizado foi praticamente varrido do mundo. Esses sistemas, "cheios de boas intenções, jamais conseguiram aproximar-se da fatura gerada pela mesquinhez empresarial capitalista". Essa é a opinião econômica de Luiz Paulo Rosenberg, diretor da Rosenberg Consultoria e da Linear Administração de Patrimônio em artigo intitulado Redistribuição de Renda sem Paternalismo, Folha de São Paulo, 20/08/96. Conclui assim, o mesmo autor, que "há fundamento teórico, portanto, em

se exigir do Estado uma ação corretiva às injustiças decorrentes da liberdade da iniciativa privada”...

Onde se encontra o Brasil e como situar as questões relativas a infra-estrutura de atendimento à saúde e condições de trabalho médico diante dessa conjuntura?

Numa posição de dependência das economias do 1º Mundo, devido a políticas particularmente dependentes de recursos externos e com franco aumento das desigualdades sociais.

É axiomática, nos tratados de saúde pública, a associação inversa entre o nível sócio-econômico da população e o risco de doença e morte.

“Os relatórios divulgados pela PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) analisaram, por meio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a qualidade de vida dos povos baseados na renda, na escolaridade e na expectativa de sobrevivência da população.

O IDH do Canadá, o primeiro colocado, foi 0,95. O Brasil ficou em 63º lugar, com 0,084, atrás de muitos países da América do Sul”. (José Kreplich. Vida longa e dinheiro curto. Folha de São Paulo 16/08/96).

Segundo ainda relatório da ONU, cujos resultados foram analisados no jornal do CFM (julho/96), a renda média dos 10% mais ricos do país é quase 30 vezes superior à renda média dos 40% mais pobres. “Na Holanda, esta relação é inferior a 4; na Argentina, é de 10 vezes;”... Somam-se, no Brasil, 42 milhões de pessoas abaixo da linha da pobreza.

Apesar das dificuldades apontadas, vislumbram-se horizontes menos sombrios:

- Configura-se no cenário internacional uma tendência à estabilidade das taxas financeiras dos mercados mais importantes na definição das tendências globais - EUA, Alemanha e Japão, favorecendo “uma gradual retomada do crescimento global sem inflação e sem grandes turbulências nas taxas de câmbio”. (Edital Folha de São Paulo, Esperando a Onda, 21/08/96)

- Foram criados no Brasil, no período 1990-1993, em plena recessão, nada menos que 4,5 milhões de empregos e maciçamente no setor rural;

- A continuidade do esforço anti-inflacionário tem sido uma tônica real do governo;

- Pela primeira vez na história do Brasil, a população está crescendo menos, o que gerará para o país duas décadas de ouro até o ano 2020, antes que a redução da população jovem possa causar desajustes previdenciários. Décadas essas que propiciarão investimentos em qualidade nas áreas de educação e saúde, segundo relatório da ONU;

- Destaca-se, ainda, no mesmo relatório citado, uma tendência a melhoria no quadro social do país, que a partir de 1990 começou a investir em programas de combate à pobreza. Algumas novidades na política social brasileira são detectadas:

“1 - Reforço da seletividade e focalização em necessidades básicas;

2 - Combinação de programas universais e seletivos” - nos quais as políticas públicas de educação e saúde são cruciais;

3 - Programas de renda mínima e eficazes quando acopladas às áreas de educação e saúde;

4 - Parceria pública/privada;

5 - Ampliação de programas do tipo produtivo, refletindo a preocupação com aumento da produtividade de setores mais pobres.

Vem se instalando também uma tendência de descentralização do Estado Federal e um conseqüente fortalecimento dos estados e municípios.

Especificamente no setor de saúde diz o relatório: “O processo de descentralização na saúde enfrenta, no momento, o desafio de redefinir e implementar um novo modelo de



atendimento e de estabelecer novas formas de gestão que redefinam, ao mesmo tempo, a relação público/privado e a relação Estado/Sociedade". E acrescenta que a gestão municipalizada "aponta possibilidades inovadoras para a conquista da universalidade e da equidade na saúde".

Essas perspectivas otimistas reavivam o ânimo em expectativas de exercício ético da profissão. No entanto, a realidade objetiva encontrada no trabalho cotidiano é bem outra.

O Sistema Único de Saúde no Brasil que se apresenta idealmente como modelo quase completo de planejamento na saúde, impregnado de princípios cívicos fundamentais encontra entraves importantes para sua efetivação, principalmente de ordem econômica. E não nos esqueçamos da necessária boa vontade política...

Sistema que atende a grande maioria da população brasileira, sofre cronicamente da falta de verbas. As piores condições de trabalho médico certamente podem ser encontradas nos serviços de urgência e emergência médicas hospitalares.

Ao stress inerente à prática médica nesses setores, via de regra em sistema de plantões, somam-se a grande demanda de atendimento, e infra-estrutura de apoio ao atendimento deficiente (demanda de vagas em CTIs e UTI, no serviço público ultrapassando a oferta).

Nesses casos específicos o médico depara-se freqüentemente com restrições e imposições que podem prejudicar a eficácia do seu trabalho, mas que no entanto tem que muitas vezes se submeter, não desrespeitando assim sua responsabilidade profissional, na qual é vedado ao médico: "Artigo 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria".

O SUS ultrapassou todos os limites imagináveis de desrespeito à profissão médica ao instituir vergonhosos R\$ 2,04 como honorários (?) pela consulta médica.

Cito frase atribuída a um político mineiro ao enfrentar greve do sistema de saúde pública durante seu governo - médico é como sal; branco, barato e se encontra em todo canto.

Por mais ofensiva que nos soe o melhor é ouvir a verdade que encerra: desrespeito explícito à classe e ao trabalho médico por parte de tal governante e daqueles que permitem honorários como os vigentes pelo SUS; reflexo do grande número de profissionais que chegam a tal mercado de trabalho anualmente, fazendo com que sejamos nesse sistema nada menos que mão-de-obra barata.

E ainda um pouco mais, responsáveis diretos pelo atendimento ao paciente, independentemente das relações econômicas que se interponham, funciona muitas vezes a classe médica como pára-raios que atrai as queixas e críticas dos pacientes por condições que ultrapassam os seus limites de atuação.

Se a classe médica apresenta ao longo de sua história um poder de aglutinação e mobilização deficiente, que não se consolidem as forças de conflito ideológicas que separam. Profunda consciência e compromisso com ideais éticos que afirme a indispensável integração entre os direitos dos médicos a um exercício digno de sua profissão e o seu compromisso pela melhoria das condições de saúde do povo brasileiro se tornam absolutamente necessários.

Livres de obsessões liberais que tendem à solidificar um corporativismo estéril anti-ético para um médico, nem sectarismos políticos anti-liberais, mas "busca de uma composição justa de interesses justos" (GLOGHER, Marx. Jornal CREMEMG, julho de 1996).

Que o SUS seja implementado nacionalmente e que funcione o mais próximo do ideal possível, deve eticamente, ser o esforço de apoio da classe médica como um todo e de

suas entidades representativas, num esforço claro de corrigir as distorções que hoje se apresentam.

O empenho exemplar do ministro da Saúde, Adib Jatene, em buscar recursos que pudessem sanear a doença do sistema de saúde, me parece altamente louvável, mesmo que o aprovado CPMF (Contribuição Provisória de Movimentação Financeira) tenha caráter provisório. Ele conhece situações emergenciais.

Os bons exemplos de funcionamento já surgem para serem seguidos - A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS) adotando o novo método gerencial, a gerência pela Qualidade Total vem apresentando resultados comprovadores de qualidade e eficiência. Recebendo R\$ 65 milhões/ano do SUS, atende duas vezes mais doentes que o Hospital das Clínicas local que recebe R\$ 122 milhões e que é considerado instituição eficiente. De cada R\$ 100,00 que gasta com pacientes do SUS a Santa Casa recebe R\$ 70,00 de reembolso e financia o restante com serviço para terceiros - convênios médicos e seguros de saúde. De um tempo de espera para marcação de consulta de 13hs, até abril de 1994, baixou para 8 minutos e 12 segundos em julho de 1995. Exibe um padrão de limpeza e organização que lhe permitem concorrer com os hospitais privados na atração de convênios e seguros de saúde quase que dobrando seu faturamento com convênios do ano passado para esse ano. ( de R\$ 17 milhões para R\$ 33 milhões).

A municipalização do SUS é o primeiro passo para implantação da gerência pela qualidade Total. O segredo do programa é mudar o foco de atenção para o cliente, tratando-se de um evidente exercício de cidadania.

A união da classe médica é apontada como o caminho para solução da crise ética que hoje se apresenta.

Do Cap. I, Artigo 15 do Código de Ética Médica, consta "Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico".

As entidades médicas têm sido atuantes e obstinadas na busca de soluções, no entanto, a força política das mesmas depende da participação ativa da classe médica.

A atual crise que abala o profissional médico e suas condições de vida, aliado à impotência da resolução de tal crise a nível individual talvez mudem a tendência de não se articular politicamente, se aglutinar.

Esse movimento espontâneo foi por exemplo o responsável pela criação, há 2 anos das cooperativas médicas por locais de trabalho no Estado de Minas Gerais e há 1 ano da Federação Mineira das Cooperativas Médicas, com os mesmos e objetivos para os quais se criou nesse ano o Departamento de Convênios de AMB: "representar os médicos associados junto às empresas contratantes, oferecendo seus interesses relativos a trabalho e honorários." ( JAMB, Julho/96)

Instaurou-se também um Comitê de Defesa do Exercício Ético da Medicina com um representante da AMB, CFM e Fenam. Seu objetivo é congregar sociedades, sindicatos e conselhos regionais, buscando unir forças em defesa do exercício ético da medicina. O comitê busca um consenso da classe médica em torno de seus históricos ideais:

"Livre escolha, (des) credenciamento universal, fim do intermediário atravessador (transformando em promotor de planos de saúde)".

Diante do empenho das entidades médicas em defesa da dignidade profissional, nos perguntamos, quem são esses médicos que andam esquecidos do Artigo 15 do Código de Ética no qual se determina como um dos princípios fundamentais que "Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional

da medicina e seu aprimoramento técnico.”?

Encontramos a resposta nos resultados da pesquisa sobre o perfil dos médicos do Brasil, viabilizada por essas mesmas entidades, em meados de 1994; e que são os seguintes:

1 - A profissão médica leva a uma forte adesão ao projeto profissional, mais de 90% dos médicos exercem a sua profissão, ou então, os médicos, de fato querem ser médicos.

2 - Médico urbano: mais de 65% dos médicos vivem e trabalham nas capitais brasileiras.

3 - Linhagem médica: quase metade dos médicos respondeu positivamente a pergunta - tem médicos na família, confirmando o senso comum de que o médico tem origem médica.

4 - Médico jovem: mais de 75% do contingente médico tem idade inferior a 45 anos.

5 - Fenômeno de feminilização da classe médica: nota-se que na faixa entre 25 e 34 anos o número de médicas é de ordem de 50%.

6 - Médico especializado e mercado segmentado: “A medicina acompanha o fenômeno mundial de especialização do processo de trabalho, predominantemente nas esferas de domínio técnico-científicas”. O público leigo, simultaneamente encontra no atendimento especializado a melhor opção para seus problemas de saúde, o que leva à segmentação do mercado.

7 - Médico assalariado e a múltipla segmentação do exercício profissional. A nova representação social da categoria aparece, não mais como profissão liberal e autônoma, mas como classe assalariada.

Atesta-se ainda a multiplicidade de vínculos empregatícios (setor público/privado), sendo que a maior parte dos médicos tem entre três e quatro atividades, incluindo o consultório.

Essas características de multi-emprego e perda de autonomia são fatores importantes para o desgaste e o descontentamento dos médicos hoje no Brasil, com as condições que lhe são oferecidas para o exercício de sua atividade.

8 - Médico insatisfeito, desgastado e “empobrecido”: 79,6% dos médicos consideram a atividade médica desgastante e apontam como causa o excesso de responsabilidade, excesso de trabalho, pressão social por um atendimento de boa qualidade, más condições de trabalho, salários baixos e insatisfatórios.

9 - Quanto ao futuro da profissão médica, o predomínio dos sentimentos de incerteza e pessimismo, uma incapacidade de vislumbrar um futuro realizador.

Claro é que o novo perfil do médico brasileiro esteja correlacionado às mudanças tecnológicas, sócio-econômicas e políticas da sociedade.

Acrescento, ainda que seja também resultado das tendências da formação médica.

Esse perfil bem justifica a falta de engajamento às entidades médicas-desmotivação e pessimismo, aliadas a desinformação das atribuições e possibilidades de cada entidade. Mantêm-se com as mesmas, mais frequentemente, vínculos burocráticos, obrigados por lei e de aprimoramento técnico-científicos.

Surpreendente e louvável diante desse perfil é o alto grau de comprometimento com o aperfeiçoamento técnico-científico, apesar de apenas 3,1% dos médicos associarem a profissão à competência.

Alguns dados comprovadores são: 91,29% dos médicos têm acesso a revistas técnico-científica, 55% as assinam, 98,16% são filiados a sociedades científicas; 96,38% sentem necessidade de aprimoramento profissional.

Apesar de 80,02% dos médicos conhecerem o código de ética médica - apenas 48,37% são filiados aos sindicatos médicos e 67,89% são filiados à sociedade médica local.

É no sentido dessa intensa continuidade da formação tecno-científica, sem dúvida

virtuosa, e na deficiente reflexão ético-política humanística que associa as tendências da formação médica ao novo perfil médico.

Georges Canguilhem, médico e filósofo, considera a medicina, muito mais do que uma ciência propriamente dita, mas uma técnica ou arte situada na encruzilhada de várias ciências. Considera que "Se a medicina deve ser renovada, cabe aos médicos a honra e o risco de fazê-lo. (CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico, pg. 16)

Se o princípio centrei a reflexão sobre as condições de trabalho médico e os conflitos éticos suscitados, abordando uma ética aberta e em evolução no devir histórico, faremos a seguir outras distinções terminológicas e conceituais que nos levam a inverter a relação. A ética seria então a própria condição de possibilidade de existência da praxis médica.

Etimologicamente encontram-se duas raízes para a palavra ética:

1 - *iqãos* (êthos): (grego) costume, convivência, hábito constante, repetido, estável.

2 - *Sqãos* (éthos): morada do homem. Quanto a moral, do latim "morale": relativo ao costume.

Sigo aqui as distinções terminológicas feitas por Giovanni Reale, na História da Filosofia Antiga, Volume I; que correlaciona ética ou filosofia moral. As distinções são as seguintes:

a) moralidade ou conduta moral que todos os homens possuem indistintamente, independentemente do grau de complexidade da cultura, presente até mesmo em sociedade tribais ou primitivas. Seria um comportamento de determinados modos que subsistem e são bem reconhecidos, necessários à convivência.

b) Convicções morais que os homens expressamente professam e que são uma herança espiritual de todos os homens. Se constituem do núcleo familiar, em primeiro lugar, depois dos ambientes freqüentados e em geral da sociedade em que vive.

No nível da pura conduta moral a razão intervém em grau mínimo "uma vez que pode bastar a imitação instintiva, a mimese de exemplos ou de paradigmas de vida intuitivamente escolhidos"... (REALE, História da Filosofia Antiga, Volume I, pg. 179).

Ao nível das concepções morais naturalmente se faz necessário o raciocínio, pois não se podem explicitar, e exprimir regras da vida senão raciocinando.

No entanto, ainda nesse nível esse tipo de reflexão e de razão permanece pré-filosófico, ... "por que voltado para o particular, permanecendo ancorado e disperso nele, sem elevar-se a princípios universais". (Idem, Ibidem, pg. 180)

c) Ao nível da filosofia moral ou ética propriamente dita, que busca estabelecer não regras que valham para casos particulares, mas estabelecer os princípios universais e necessários que fundam as normas de vida e a ação moral do homem.

Esse princípio, encontram os gregos no que chamam a natureza ou essência do homem que só se realiza plenamente na realização de sua excelência ou "areté". Nesse sentido é que seria possível ao homem estabelecer em que consistem os autênticos valores (o bem, o justo, o belo, o santo, etc) nos quais realiza sua virtude e o faz ser plenamente homem. "Sócrates pode ser considerado, como quer Aristóteles, o verdadeiro iniciador da ciência do ethos". (VAZ, Henrique C. Lima. Escritos de Filosofia II - Ética e Cultura p. 45)

Nesse sentido, o mestre do Cós, Hipócrates (460 a.C. - 375- 351 a.C. (?)) fundou verdadeiramente uma ética médica, princípios da ação virtuosa daqueles que se dispusessem a exercer tal arte e que permanecem praticamente intactos até hoje. Reencontramos assim, o aspecto atemporal da ética hipocrática.

Instaurou também, o campo da liberdade do médico, liberdade no sentido kantiano que se diferencia de livre-arbitrio ou liberalidade. Liberdade como dom de criar leis e a elas se submeter, livrando-se do jugo das paixões ou das inclinações.

Assim conclui, o que faz como juramento: "While I continue to keep this Oath

unviolated, may it be granted to me enjoy life and the practice of the art, repected by all men, in all times! But should I trespass and violate this Oath, may the reverse be my lot". (Hippocratic Writings, The Oath).

Permaneceu respeitado por todos os homens em todos os tempos. "...Aristóteles, na "Política", o denomina "o Grande", Heróciano o eleva às alturas de Homero, Apolônio de Quito o denomina "Divino" e Galeno o proclama "o admirável inventor de todas as coisas belas".

Pertencente a ordem dos Asclepiades, homens devotados a arte de curar, seguidores de Apolo e Esculápio, filho de pai também ilustre asclepiade, Heraclide; além dos fundamentos éticos, separa os conhecimentos da arte médica - vinculados mitologicamente ao Deus da Ciência e da Razão - do obscurantismo ligado às superstições.

Conclui-se assim que não é propriamente a aquisição de conhecimentos técnico-científicos que tornam alguém médico, mas a entrada para o campo de um ethos próprio a essa arte da saúde e da doença.

As infrações a esse ethos fazem com que o indivíduo não possa mais ser reconhecido como médico. Diz Platão, na República: "na minha opinião é apenas uma maneira de falar dizer que o médico se enganou, que o calculista, o gramático se enganaram; na realidade, eu acho que nenhum deles, enquanto merecedor do nome que lhe damos, jamais se engana; e, rigorosamente falando, já que você pretende ter rigor em sua linguagem, nenhum artista se enganou; pois ele só se engana na medida em que sua arte o abandona, e então ele não é mais artista".

Neste sentido, discutido anteriormente, para que a formação ética do médico não se restrinja à conduta moral mimética ou às convicções morais, julgamos que mais do que deparar com situações definidoras de uma ética, onde possivelmente atuará baseados nas convicções morais de sua educação ou se baseará na "postura" ética de seu professor, a formação de plena consciência reflexiva do "tornar-se médico" faz-se necessária para que se torne em sua plenitude.

Assim quem sabe encontrará na nobreza que define a profissão conforto por trabalhar em campo tão árduo e no re-encontro com essa dignidade, sinta-se mais bem disposto para defender seus direitos e entender que é na superação desses obstáculos que pode vir a se realizar.

*"A vida é breve, a arte longa, a crise súbita, a experiência perigosa e a decisão difícil. O médico deve estar preparado não apenas para fazer o que é certo em si mesmo, mas também fazer com que o paciente, os acompanhantes e os que se acercam cooperem".*

Aforisma Hipocrático

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Forense-Universitária, Rio de Janeiro.
- CLAVREUL, Jean. A Ordem Médica - Poder e Impotência do Discurso Médico. Brasilense, São Paulo.
- Código de Ética Médica. Legislação dos Conselhos de Medicina. Perfil dos Médicos no Brasil. Análise Preliminar. Convênio FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD. 1996.
- REALE, Giovanni. História da Filosofia Antiga. Volume I. Edições Loyola. São Paulo.
- DA SILVA, Alcino Lázaro (Coordenador). Temas de Ética Médica. Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda. Belo Horizonte.
- VAZ, Henrique C. de Lima. Escritos de Filosofia II - Ética e Cultura. Edições Loyola.
- DE VASCONCELOS, Ivalino. Asclépio Historiador. Vol. I. 1964. Gráfica Editora Aurora Ltda. Rio de Janeiro.

***"Há sempre  
uma solução  
quando são  
ouvidos todos  
os lados da  
questão."***

Alexis de  
Tocqueville  
(1805-1859),  
historiador  
americano.

# CRITÉRIOS ÉTICOS E LEGAIS PARA DOAÇÃO TEMPORÁRIA DE ÚTERO

Guilherme Simas Catani\*  
Márcio Carlos Machado\*  
Maurício Maia\*  
Paolo Rogério de Oliveira Salvalaggio\*  
Raul Alberto Anselmi Júnior\*  
Ricardo Alexandre Hanel\*

## INTRODUÇÃO

A busca incessante do ser humano em atingir seus anseios transpõe constantemente, através do desenvolvimento científico, as barreiras naturais.

Decorrente deste fato; controvérsias éticas e morais surgem inevitavelmente.

O ser humano vem há muito tempo tentando ultrapassar os limites impostos pela infertilidade. Já em 1322, os árabes empregavam a inseminação artificial em equinos, além da polinização em tamareiras e outras plantas. No entanto, os verdadeiros precursores foram Marcello Malpighi ( médico do papa Inocêncio XII ), que em 1670 realizou experiências com o bicho da seda; Ludovico Jacob (1725) com ovos de salmão; e o biologista Lázaro Spallanzani (1780) que obteve sucesso com fecundação artificial com uma cadela. Um ano após, Rossi confirmou os resultados de Spallanzani, documentando seu célebre experimento em sua obra "Expériences pour servi à l'histoire de la génération des animaux et des plantes ", editada em 1785.

O primeiro relato de inseminação artificial em humanos data de 1799, onde J. Hunter conseguiu êxito numa paciente de marido portador de hipospádia, obtendo a fecundação através da injeção do sêmen conseguido, no canal cervical.

As primeiras experiências de " útero de aluguel " foram realizadas em Los Angeles em 1984 e na Inglaterra em 1985. No mesmo ano na Grã-Bretanha houve proibição de útero de aluguel com caráter comercial.

Em 1987, surgiu a primeira polêmica jurídica com o " Caso Baby- M. ", no qual um casal "alugara " por dez mil dólares o útero de uma mulher não aparentada para gerar um filho com esperma do marido do referido casal. Após o nascimento da criança ; a " mãe-de-aluguel " devolveu o dinheiro e quis ficar com a posse e a guarda da criança.

O casal, inconformado, acionou a justiça, que lhes garantiu posse e guarda da criança ( ganho de causa ), argumentando que proporcionariam melhor condição de vida à referida criança.

O estabelecimento e a modificação das leis não acompanham a evolução da ciência e da sociedade, sendo o tema útero de aluguel recente, justifica-se assim a não existência de legislação específica sobre o assunto.

---

\* Trabalho de alunos de graduação do curso de Medicina, da UFPR. Departamento de Psiquiatria e Medicina Forense. Disciplina de Deontologia Médica. Professor orientador Odair de Floro Martins.

Portanto, as decisões jurídicas são baseadas em resoluções do Conselho Federal de Medicina ( CFM ) e na jurisprudência existente.

Os objetivos principais deste trabalho são pesquisar a opinião pública à respeito do tema, analisar a jurisprudência disponível em nosso meio, bem como discutir a literatura concernente à questão.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram entrevistadas 115 pessoas mediante questionário previamente elaborado ( ANEXO 1 ) durante o mês de março de 1995; sendo 40 alunos do terceiro ano do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná ( UFPR ), 36 alunos do terceiro ano do curso de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Paraná ( PUC-PR ) e 39 pacientes do Serviço Ambulatorial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná ( HC-UFPR ). Este questionário solicitava ao entrevistado que se posicionasse contra ou a favor do " útero de aluguel ". Caso o entrevistado fosse favorável deveria selecionar em quais dentre os seguintes casos era favorável: empréstimo para não familiares, empréstimo para familiares, empréstimo com fins lucrativos, empréstimo apenas de útero ou empréstimo de útero e de óvulo. Finalizava o questionário uma pergunta à respeito da adoção ( se o entrevistado era contra ou a favor ) .

Também foram entrevistados o Senhor Ademar Heemann, doutor em Ética, autor do livro "A Natureza e Ética " e professor de Ética do doutorado em Meio Ambiente da Universidade Federal do Paraná ( UFPR ) ; e o Senhor Paulo César Bachmann Alves, bacharel em Direito e assessor jurídico do Tribunal de Alçada do Paraná.

Após revisão bibliográfica, que se mostrou extremamente escassa a respeito deste assunto e análise dos dados obtidos pelos questionários elaborados para a enquete e dos depoimentos das autoridades entrevistadas desenvolveu-se a discussão do assunto.

## RESULTADOS

Dos 115 entrevistados; 79 mostraram-se contra ( 68,7% ) e 36 a favor ( 31,3% ) do " útero de aluguel ", o que representa fidedignamente a tendência dos três grupos pesquisados.

A tabela abaixo mostra os resultados obtidos nos três grupos:

92.3%

\* Percentuais relativos ao total de respostas a favor no item útero de aluguel.

Vale salientar , dentre os dados os seguintes:

- 68,7% de todos os entrevistados são contra o útero de aluguel em qualquer circunstância.
- 31,3% do geral são a favor.
- Cinco por cento de todos os entrevistados concordam com o empréstimo de útero para fins lucrativos ( o que equivale a 17% daqueles que são a favor do útero de aluguel).
- Não houve diferença significativa entre a porcentagem geral de entrevistados a favor do útero de aluguel (EFUA) - 31,3% - em relação a dos grupos isoladamente.



- Dos EFUA apenas no grupo de alunos de Medicina houve uma prevalência do empréstimo para familiares em relação ao empréstimo para não familiares, enquanto nos outros dois grupos a situação foi inversa.

- Nos EFUA, houve prevalência da opção empréstimo apenas de útero em relação a empréstimo de útero e óvulo, sendo que esta tendência foi mais marcante no grupo de alunos de Medicina e pacientes do HC, havendo um certo equilíbrio entre as opções no grupo de alunos de Direito.

- A grande maioria dos entrevistados (95,6%) aponta a adoção como alternativa ao problema.

## DISCUSSÃO

A grande maioria dos entrevistados (68,7%) foi contra o uso do útero de aluguel e a favor da adoção (95,6%) o que denota "os princípios aristotélico-tomistas fortemente arraigados na cultura nacional" (1)

Algumas pessoas do grupo dos pacientes do HC justificaram sua resposta contra o útero de aluguel alegando que "mãe é aquela que carrega o filho" ou "que não se sentiriam mãe de uma criança que não fosse gerada por elas".

O Código de Ética Médica (CEM) reconhece apenas a adoção como alternativa para os casos nos quais haja impossibilidade na obtenção de gametas por alguma das partes ou na incapacidade da mulher em levar a gestação a termo (2).

Quanto à adoção, Alves (3) refere que esta seria uma alternativa viável solucionando não apenas o problema do casal mas também auxiliando na melhora do nível social brasileiro.

Esta realidade ética, vai de encontro à opinião da maioria da população entrevistada - tanto naqueles a favor como contra a doação temporária de útero.

Vale ressaltar que não há legislação sobre doação temporária de útero, entre nós. O professor Caio Mário da Silva Pereira argumenta que isto é indesculpavelmente uma omissão do Código Civil quanto a matéria (4).

Segundo o CEM qualquer outra atitude médica distinta da inseminação artificial homóloga (tanto in vivo quanto in vitro) não tem amparo ético nem legal.

Na tentativa de minimizar esta falha do Código Civil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamenta a doação temporária de útero aos casos restritos a familiares (parentesco até segundo grau). Isto contrapõe-se à opinião da população entrevistada que, em sua maioria, optou pela "empréstimo para não familiares". Fato este não ocorreu no grupo de alunos de Medicina, onde a opção empréstimo para familiares (46,1%) predomina sobre o empréstimo para não familiares (38,5%).

Os pacientes do HC justificaram sua preferência por "empréstimo para não familiares" alegando "desejar distância da doadora do útero", fato este que evitaria prejuízos psico-afetivos tanto para a doadora quanto para o casal (incluindo-se a criança).

Nos EFUA, houve prevalência da opção empréstimo apenas do útero em relação a empréstimo do útero e óvulo, denotando o desejo de que a carga genética dos pais seja transmitida ao filho.

Não há ainda leis específicas que regulem as inúmeras possibilidades postas pela ciência à disposição do casal sem filhos. No Brasil, legalmente, o casal sem filhos, conforme as causas que impedem a concepção normal, dispõem de:

a) se o homem é portador de oligospermia refratária ao tratamento pode ser praticada a inseminação artificial com seu espermatozóide concentrado;

b) se mulher ovula, mas por qualquer razão não há progressão tubária para encontro com o espermatozóide do marido, pode ser praticada a fertilização in vitro ( com espermatozóide e óvulo dos cônjuges) e o ovo nidado em seu útero ( bebê de proveta);  
c) havendo esterilidade permanente absoluta ou circunstancial irremovível de um ou ambos os cônjuges, somente a adoção é legalmente aceita.

A utilização de gametas do casal para obtenção do ovo, e este nidado em outra mulher (mãe de aluguel), também traz problemas legais. Embora a origem dos gametas ditem biologicamente a paternidade e maternidade, a lei não pode desconhecer os aspectos afetivos, morais e éticos da gestação, pois a maternidade e a paternidade, especialmente aquela, não estão restritas à fecundação. Há todo um processo que se estende por nove meses e se prolonga pelo resto da vida dos seres envolvidos.

Até que se institua legislação aperfeiçoada, o médico poderá proceder apenas às práticas previstas nos itens a e b. Qualquer outra não tem amparo ético nem legal. (2)

A Igreja Católica posiciona-se contra o útero de aluguel bem como qualquer forma de inseminação artificial . Como definido por PIO XII ( 1949) (5). Isto é de grande relevância quando leva-se em conta que 70% dos brasileiros ou mais são católicos ou seja consideram em menor ou maior grau a citada orientação.

Já o Conselho Federal de Medicina posiciona-se em relação ao tema, de acordo com a Resolução CFM nº 1358/92 (6). No subitem VII-1, sobre gestação de substituição ( Doação temporária de útero):

- As Clínicas, Centros ou Serviços de Reprodução Humana podem usar técnicas de reprodução assistida ( RA ) para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.

1- As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2- A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

No livro Desafios Éticos, editado pelo CFM, Díaz e colaboradores escrevem o seguinte:

Empréstimo- 1. Mãe que gesta um embrião não ligado a ela geneticamente ( gestação de aluguel ou substituta ou portadora subrogada).

A portadora subrogada fornece o componente gestacional (útero) da reprodução, mas não o componente genético, diferente da chamada mãe subrogada que fornece tanto o componente genético como o gestacional.

O uso de uma portadora subrogada está indicado em mulheres que tenham a capacidade de produzir óvulos normalmente, mas são incapazes de levar a termo sua gestação por defeitos uterinos, má-formações , afecções limitantes para vida da mãe ou que podem por em perigo a vida do filho.

Existem opiniões contraditórias quanto ao emprego da portadora subrogada que podem ser resumidas em:

a) Para alguns é impróprio solicitar a uma mulher que atue como portadora subrogada, submeta-se aos riscos da gestação e do parto sem receber a compensação natural a este esforço.

b) O casal ou a família podem exercer algum tipo de pressão ( social ou econômica) sobre a possível portadora subrogada, que poderia ser visto como uma forma de exploração.

c) O casal ( pais genéticos) podem ser afetados se a portadora subrogada negar-se a entregar a criança após o nascimento.

d) A criança pode ser afetada psicologicamente se chegar a saber que é filho de uma portadora subrogada e quiser conhecê-la.

e) Existe a possibilidade de que o casal possa ser pressionado pela portadora subrogada ou algum intermediário em busca de benefícios econômicos por estes acordos.

f) Tem-se criticado fortemente o uso de portadora de aluguel por razões sociais mais que éticas, como é o caso de artistas, modelos e/ou executivas, que por razões de trabalho e/ou estéticas preferem utilizar estes serviços.

Por outro lado, como no caso da doação de órgãos e tecidos, o empréstimo oferece a esta mulher a satisfação de contribuir e, para muitas destas mulheres a gravidez em si é uma satisfação.

Outras preocupações relacionadas com o uso da portadora subrogada estão centradas em:

a) O risco de dano físico e/ou psicológico para todas as partes, incluindo a criança.

b) O pagamento da portadora subrogada. Muitos apregoam o empréstimo voluntário, sem fins comerciais. Para outros, o pagamento é necessário quando não se tem uma portadora voluntária, ou quando o casal quer manter o anonimato ou não querem usar um amigo ou familiar.

c) A ausência de leis que protegem o casal que usa uma portadora subrogada. Neste sentido, podem ser úteis os acordos prévios entre as partes. Em ocasiões, tem sido necessário levar o caso à justiça e solicitar o registro legal das crianças com os nomes de seus pais genéticos, em prévio acordo com a subrogada.

d) De especial importância é determinar a paternidade da criança. Existe a possibilidade de que a subrogada tenha sido engravidada por seu próprio companheiro de forma inadvertida.

Apesar do exposto, existe o critério generalizado de que o uso de portadora subrogada por razões médicas está justificado.

## 2. Mãe subrogada, mãe substituta

Uma mãe subrogada é uma mulher que é inseminada artificialmente com o sêmen de um homem, que não é seu esposo ou companheiro; leva a término sua gestação e depois entrega a criança ao pai genético para que este a crie e custodie.

A primeira indicação para o uso de mãe subrogada é a incapacidade de uma mulher para prover os componentes genéticos e gestacionais da gravidez, como é o caso das mulheres que tem o útero e os ovários extirpados. Outra indicação é quando existe a possibilidade de que a mulher possa transmitir uma enfermidade ou defeito genético a sua descendência.

Este procedimento tem suscitado inquietação similar à provocada pelo uso da portadora subrogada. A estas deve-se somar, dentre outras coisas que:

a) Devido a indefinição do estado legal deste procedimento, o casal pode pressionar a subrogada a ficar com a criança que ela não tinha intenção de criar. Isto pode acontecer quando as provas de paternidade determinam que o pai da criança não é o que contratou a subrogada, ou quando a criança nasce com algum defeito e o casal a recusa.

b) O casal pode ver-se afetado economicamente se a subrogada chega a conhecer sua identidade e começa a exercer pressões financeiras. Se por outra parte a subrogada decide ficar com a criança, o marido do casal que contratou seus serviços deve arcar com os gastos de manutenção da criança, já que é seu pai biológico.

c) O casal que paga os serviços de uma mãe subrogada pode ser acusado e condenado pelas leis criminais naqueles Estados que proíbem o pagamento a uma mulher que dá seu filho em adoção.

d) Para algumas pessoas a participação da mãe subrogada pode afrouxar os laços de união entre o casal e minar a integridade da família.

e) Também tem se observado que com o pagamento a estas mães subrogadas, a reprodução humana pode vir a comercializar-se, e a criança converter-se em um artigo de consumo.

Em geral, devido aos riscos legais, às preocupações éticas e morais, e aos efeitos físicos e psicológicos da maternidade subrogada, este parece ser o mais problemático dos procedimentos reprodutivos.

Assim sendo, recomendam os mesmos autores:

-Recomendações gerais:

a) Propor aos organismos competentes a promulgação de uma legislação que solucione a problemática que é gerada com a aplicação das técnicas de reprodução assistida (RA).

b) Criação de uma Comissão Nacional que analise, normatize e regulamente os procedimentos em matéria de RA. Esta Comissão deverá ser integrada em primeira instância por juristas, sociólogos, pesquisadores, especialistas em bioética, psicólogos, médicos especializados e outros relacionados com esta especialidade.

c) Que a legislação reguladora da RA deve estar em concordância com o objeto do Direito Médico.

- Com respeito a subrogação:

a) Que a subrogação deve estar isenta de comercialização ou pressões de todo tipo.

b) Que o marido da mãe ou portadora subrogada deve dar seu consentimento para realização de tais práticas.

c) Que a mãe ou portadora subrogada é a mãe legal e não está obrigada a entregar seu filho.(7) ( Segundo De Plácido e Silva a maternidade resulta unicamente do fato do nascimento do filho - 8)

Vale ressaltar que não há legislação entre nós. Esta falta de leis sobre o assunto ocorre também em países como Suíça, Itália e Portugal.(4)

Nos EUA, há leis que admitem em geral a inseminação tanto homóloga como heteróloga , como fecundação in vitro e maternidade por substituição (4) sendo contra a comercialização de úteros ( womb leasing ). (9)

Segundo o Relatório Warnock (Inglaterra - 1982) há recomendações para permitir fertilização in vitro, inseminação artificial de doadora bem como compra e venda destes que deveriam ser permitidas; mediante leis controladoras .(10)

Além da vontade - necessidade de um casal ter filhos devem ser considerados aspectos éticos e médicos tais como: necessidade de interrupção de gravidez, riscos de gestação e perigo de vida para a gestante , psiquismo da mãe de aluguel, soluções em caso de má-formação fetal, uso de drogas por parte da mãe de aluguel (11) bem como possíveis casamentos consangüíneos decorrentes do desconhecimento da legítima ascendência.

Não havendo leis maiores controladoras sobre o assunto, o médico deve orientar-se pelo Código de Ética Médica que o limita a praticar a inseminação homóloga tão somente, quer in vitro ou in vivo devendo o médico estar atento a Legislação e orientação do CFM. (2) .

## CASO PROPOSTO

Curitiba, 19 de outubro de 1994.

Ilmo Dr. Vadir Rúpolo,

Saudações!

Venho através desta solicitar posicionamento do CRM-Pr quanto ao seguinte caso:  
-C.B., 36 anos, sexo feminino, Gesta IV, Para II ( 18 e 16 anos), Cesárea I ( 6 anos), Aborto I ( 10 anos), submetida a histerectomia total há 3 anos por miomatose uterina. Divorciada há 5 anos. Recasada há 2 anos com L. A., 30 anos, sexo masculino, divorciado mas sem filhos do relacionamento anterior. Referem desejo da concepção de um filho.

-S. N. S., 27 anos, Gesta I, Cesárea I ( 8 anos) prontificou-se a ser doadora temporária do útero.

Pela resolução do CFM nº 1358/92, artigo VII - 1, haveria necessidade de autorização do CRM quando a doação temporária de útero fosse realizada por uma pessoa que não tenha parentesco de até 2º grau entre receptora e doadora.

Debatido exaustivamente com os 2 casais envolvidos, onde a doadora temporária do útero, após longo conhecimento das aspirações do casal solicitante, prontificou-se a doar temporariamente seu útero, até o término da gestação, e entregando aos pais genéticos o recém-nato assim que ocorra o parto.

Temos planejado sincronização dos ciclos já para o próximo mês, no entanto necessito da aprovação deste conselho para que assim esteja amparado pela legislação vigente.

Agradecendo a atenção me coloco a inteira disposição para esclarecimento de qualquer dúvida.

Observação: Também fazem parte da solicitação de posicionamento ao CRM, duas declarações de ciência quanto aos riscos inerentes ao procedimento bem como envoltimentos legais assinadas pelos dois casais envolvidos ( concordantes da não existência de fim lucrativo).

Resposta à solicitação ( proposta pelos autores):

Visto que não há envolvimento financeiro, e que ambas as partes ( casais) estão cientes dos riscos e benefícios oferecidos pelo procedimento, bem como das disposições ético-legais vigentes, autoriza-se a doação temporária do útero mesmo não havendo parentesco de até segundo grau entre os casais.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FORENSE  
DISCIPLINA DE DEONTOLOGIA MÉDICA

**ÚTERO DE ALUGUEL**

1) VOCÊ É:             CONTRA             A FAVOR

2) SE A FAVOR, EM QUAIS CASOS:

EMPRÉSTIMO PARA NÃO-FAMILIARES              
EMPRÉSTIMO PARA FAMILIARES              
EMPRÉSTIMO COM FINS LUCRATIVOS              
EMPRÉSTIMO APENAS DE ÚTERO              
EMPRÉSTIMO DE ÚTERO E ÓVULO           

3) ADOÇÃO COMO ALTERNATIVA:

SIM             NÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heemann, A. Entrevista concedida pelo Professor em Ética e Doutor em Meio Ambiente da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 11 mar 1995.

2. Coutinho, L.M. Código de Ética Médica Comentado. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 1994.

3. Alves, P.C.B; Entrevista concedida pelo Acessor Jurídico do Tribunal de Alçadas do Paraná. Curitiba, 11 mar 1995.

4. Freitas Gomes, L.R. Questões Jurídicas em Torno da Inseminação Artificial. Revista dos Tribunais. Rio de Janeiro, V.659, Fasc.2, P.268 - 274, Abr 1992.

5. Enciclopédia Saraiva de Direito.

6. Brasil. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1358/92, 11 de novembro de 1992. Estabelece critérios para Inseminação Artificial e doação temporária de útero. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, São Paulo, sessão 1, P. 16.052, 19 nov. 1992.

7. Dias, J.M.E Cols. Aspectos Éticos e Ylegales de La Reproduccion Assistida. In: Desafios Éticos. Brasilia, Ed. Conselho Federal de Medicina, 1993. P. 154 - 157 e 167.

8. Silva, D.P. Vocabulário Jurídico. 3º Ed. Brasil: Ed. Companhia Editora Forense, Vol.III, 1973, P.1002.

9. Buckner, A. e Cols. Medical Ethics. Ed. Mit, 1983.

10. Knight, B. Legal Aspects of Medical Praticce. 5º Ed. Inglaterra, Ed. Churchill Livingstone, 1992.

11. Braga Filho, C.E. Reprodução Humana: Questões Éticas na Atualidade. In: Carvalho, N.S e Cous. Ginecologia, Obstetrícea e Reprodução Humana - Questões Preparatórias para TEGO. Curitiba: Ed. Retisul, 1º Ed, 1992. P. 543 - 545.

12. Warnack Committes, Report of the Committee of the Inquiry into Human Fertilization and Embriology. London, Ed. The Partament of Helth and Social Security, 1984.

13. Moraes, L.G. Inseminação Artificial. In: Coogan, A. Enciclopédia Delta - Larousse. Paris: Ed. Librarie - Larousse, Vol.14, 1964. P. 7464 - 7469.

**"A imprensa deve manter distanciamento crítico em relação ao assunto que cobre, além de ter uma inabalável postura de imparcialidade e isenção diante dos fatos - quaisquer fatos. Na dúvida, um bom jornal deve ouvir todos os lados, checar todas as opiniões, garantir espaço para todas as versões. Jamais um jornal pode se colocar no papel de juiz dos fatos, sob o risco de oferecer ao leitor uma visão contaminada deles".**

# ATESTADO DE ÓBITO

Parecer CRM-PR

Em resposta a consulta formulada ao Dr. Luiz Antonio de Melo Costa, Delegado da Seccional de Umuarama, relativa a procedimentos relacionados à EMISSÃO DE ATESTADOS DE ÓBITO, passamos a responder a seguir as questões:

**1) Em caso de não funcionamento do órgão competente (SVO), por qualquer motivo, é ilícito ao médico procurado pela família emitir Atestado de Óbito?**

R) Nos casos de morte sem assistência médica, em localidades onde haja serviços oficiais destinados a verificação de causas de óbito, cabe a estes serviços proceder ao exame cadavérico, depois do qual é passado o atestado pelo médico que o realizou, conforme determina o artigo 630 § 7º do Regulamento da Lei Complementar nº 04/75, do Código Sanitário do Estado.

O médico, se nomeado perito pela autoridade competente, poderá então, após o exame cadavérico, emitir o Atestado de Óbito. No caso da autoridade policial ou judiciária entender que tal morte não necessita de investigação por não existir indícios de violência e não sendo possível o exame pelo SVO, poderá o médico, procurado pela família, emitir o atestado de óbito, pois o artigo 77 da Lei dos Registros Públicos permite inclusive, quando não há médico, que duas pessoas que tiveram presenciado ou verificado à morte, supram a formalidade.

Em conclusão, inicialmente compete ao SVO a emissão do atestado de Óbito e no caso de sua impossibilidade, qualquer médico poderá fazê-lo e se não houver médicos, duas pessoas que presenciaram ou verificaram a morte.

**2) Se afirmativo o quesito anterior, e como só é possível atestar óbito após exame cadavérico, pode o médico cobrar honorários?**

R) Certificada a impossibilidade do SVO realizar o exame por não funcionamento do órgão no horário e, procurado o médico para fazê-lo e este aceitando o encargo e combinando previamente seus honorários com a família, poderá o médico cobrar honorários respeitando as limitações econômicas dos familiares ou responsável, as circunstâncias do atendimento e a prática local, conforme preconiza o artigo 89 do Código de Ética Médica.

**3) Se afirmativo o quesito anterior, pode o profissional cobrar honorários diferenciados nos casos em que o corpo do falecido é trazido ao seu ambiente de trabalho, e em que o corpo permanece na residência do falecido (que, em nossa região às vezes representa muitos quilômetros de estradas ruins e difícil acesso?)**

R) Como já comentamos anteriormente, o Código de Ética Médica diz que o médico deve se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, fixá-lo previamente e considerar as limitações econômicas dos familiares ou responsável, as circunstâncias do atendimento e a prática do local; portanto os honorários poderão ser diferentes, mas combinados previamente.

**4) Em horários de funcionamento normal do Serviço de Verificação de Óbito, o**



**funcionário da Secretaria de Saúde Pública designado a examinar o corpo e emitir o respectivo Atestado de Óbito, cabe-lhe solicitar condições de transporte adequado e pleitear direitos relacionados a diárias ou correlatos por cumprimento de incumbência fora do seu local de trabalho?**

R) Sim, a matéria é regulada pelo Estatuto do Funcionário Público e pelo Regimento da Secretaria de Saúde.

**5) É atribuição do médico que vinha assistindo o doente fornecer atestado de Óbito, sendo o mesmo obrigado a emití-lo, ou o fato do falecimento ter ocorrido fora do ambiente hospitalar o desobriga disto, passando a competência do Serviço de Verificação de Óbito?**

R) O artigo 630 § 2º do Regulamento da Lei Complementar nº 04/75, do Código Sanitário do Estado é incisivo:

“O médico tem o dever de firmar o atestado de óbito de pessoa a que vinha prestando assistência médica, o que será feito depois de certificar-se pessoalmente da realidade da morte”.

O § 12, alínea “e” do mesmo artigo diz ser vedado ao médico :

“Recusar-se a firmar Atestado de Óbito de doente a quem vinha prestando assistência médica, salvo quando houver motivo justificado, do qual deverá dar ciência à autoridade sanitária competente”.

O Serviço de Verificação de Óbito tem apenas competência para determinar a “causa mortis” em caso de moléstia mal definida ou em casos de morte sem assistência médica; o fato do falecimento ter ocorrido fora do ambiente hospitalar não desobriga o médico assistente de emitir o Atestado de Óbito a não ser que exista suspeita de morte violenta, conforme preconiza o artigo 115 do Código de Ética Médica.

**6) Na eventualidade do médico que assista o paciente dispuser-se a emitir o Atestado de Óbito, e sendo isto possível apenas mediante o prévio exame do cadáver, cabe-lhe cobrar honorários, ou se considera ônus ao médico, incluído tal ato médico ao tratamento que até então estava sendo administrado ao paciente?**

R) A emissão de Atestado de Óbito, exige sempre o prévio exame do cadáver para constatar a realidade da morte. Quanto ao fato de ser possível a cobrança de honorários no caso de óbito no curso do atendimento, por ser esse procedimento, um ato médico, somos de opinião contrária. A emissão do atestado é um complemento do atendimento que vinha sendo prestado, não devendo por isso, ser cobrado a parte. O Atestado de Óbito nessa situação, é um dever legal e não se pode remunerar uma obrigação imposta pelo Estado, além de que do ponto de vista moral, essa cobrança fere aos mais elementares princípios humanísticos.

**7) Pode o médico atestar óbito, simplesmente, sem atestar as causas, por considerar insuficientes as informações de que dispõe (como, por exemplo, quando havia efetuado apenas uma consulta e o paciente ainda se encontrava em fase de investigação semiológica?**

R) Nessa situação, o exame deveria ser feito pelo Serviço de Verificação de Óbito, na sua impossibilidade, o médico poderá fazê-lo desde que não exista suspeita de morte violenta.

**8) Pode o médico, à semelhança dos itens 2 e 3, arbitrar honorários diferenciados pelo exame do corpo, caso o faça em seu ambiente de trabalho ou se desloque à residência do falecido?**

R) O quesito já foi respondido em questões anteriores.

OBSERVAÇÃO: Na medida do possível, deverá o Estado dar condições de funcionamento efetivo aos Serviços de Verificação de Óbito.

Curitiba, 04 de abril de 1989.

Carlos Ehlke Braga Filho  
Conselheiro

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/4/89.

Nota do Editor: A respeito do assunto vide "Arquivos" nº.5 e o Código de Ética Médica

### **PROCURE SEU**

### **Título de Especialista**

**O Conselho avisa ter algumas centenas de "Título de Especialista" aguardando que os interessados os busquem. Você não solicitou? Ligue pedindo ou vá a sede do CRM pegar. Ele lhe será muito útil. Você só poderá anunciar-se dispondo do título registrado.**

# **COMPLEMENTO DE SALÁRIO, DE HONORÁRIO EM INSTALAÇÕES COLETIVAS OU NÃO, EM HOSPITAIS ESTATAIS, PRIVADOS OU FILANTRÓPICOS.**

(INTERPRETAÇÃO DO ARTIGO 95 DO C.E.M.)

RESOLUÇÃO CRM-PR

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº. 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº. 44.045, de 19 de Julho de 1958, e

## **CONSIDERANDO**

- Que os artigos 198 e 199 da Constituição Federal estabelecem que as ações e Serviços de Saúde serão prestadas:

a) diretamente pelo Poder Público;

b) complementarmente pelas Instituições de direito privado, mediante contrato ou convenio de direito público;

- Que em ambos os casos, a assistência à SAÚDE assim prestada é de natureza pública;

- Que as entidades prestadoras de assistência médica, desde que mantidas pelos cofres do Governo Federal, Estadual ou Municipal, o fazem de forma direta.

- Que as demais, denominadas Instituições Jurídicas de direito privado, podem participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS) e, quando o fizerem - mediante contrato ou convênio - são igualmente prestadoras de serviços públicos;

- Que o artigo 12 do Decreto nº. 44.045/158, estabelece que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar dos Conselhos de Medicina;

- Que a tabela de honorários médicos da A.M.B. fixa critérios para os procedimentos médicos;

- Que se faz necessário o posicionamento do Conselho no que respeita ao artigo 95 do Código de ética Médica.

## **RESOLVE**

1) É vedada a cobrança de honorários de pacientes em hospitais estatais ou paraestatais, como complemento de salário, mesmo em acomodações individuais.

2) Nas instituições filantrópicas ou privadas, conveniadas ou não com o poder público, os atendimentos em instalações coletivas, determinado pela entidade contratante, serão ressarcidos exclusivamente por estas. É vedado, portanto, cobrar complemento de salários ou de honorários.

3) Nas instituições filantrópicas ou privadas, conveniadas ou não com o poder público, quando o paciente optar por acomodações individuais superiores às contratadas pelo sistema, é lícito a cobrança de honorários médicos.

4) Os honorários devem ser livres e antecipadamente ajustados, por escrito, entre as partes ou seus responsáveis. Quando não o forem, deverão ser cobrados segundo a Tabela de Honorários Médicos da AMB.

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 24/07/89

Nota do Editor: A respeito do assunto vide "Arquivos". nº. 22

# **Colega**

## **Seja criativo**

### **Não presenteie com fumo ou bebida alcoólica**

# DOAÇÃO DE CÓRNEA NA CIDADE DE CURITIBA

Hamilton Moreira \*  
Simone Zanardo Gonzales \*\*  
Karyme Molina Arrata \*\*  
Luciana de Souza Vicente \*\*  
Maurício Maia \*\*\*  
Rodrigo Beraldi Kormann \*\*\*

## INTRODUÇÃO

Muitas doenças corneanas cursam com deficiência visual importante, mas que pode ser revertida através do transplante de córnea. Estima-se que o sucesso do transplante seja de aproximadamente 95% em 3 meses e 89% em 1 ano do seguimento, na dependência da doença de origem<sup>10</sup>.

Há milhares de pessoas hoje, no Brasil em fila à espera de uma córnea e estima-se que muitas dessas pessoas morrerão aguardando por um transplante. Acredita-se que a falta de doadores seja um fator limitante, embora tenha sido recentemente aprovada no Brasil uma lei que estimula a doação de órgãos.

A escassez de doadores se deve aos preconceitos por parte dos familiares e médicos bem como a falta de conhecimento por parte destes últimos. Dentre os médicos, o intensivista desempenha papel fundamental no processo de doação de órgãos com opiniões que podem influenciar na decisão da família.

No sentido de avaliar os obstáculos encontrados pelos médicos intensivistas bem como suas opiniões e conhecimentos em relação a doação de córnea realizou-se este trabalho.

## MÉTODO

Num período de 2 semanas foram distribuídos questionários para um grupo piloto de 10 médicos com a finalidade de avaliara viabilidade do projeto.

Após análise das principais dificuldades encontradas para se responder tal questionário, formulou-se um protocolo definitivo composto por 19 questões, as quais analisaram as dificuldades dos intensivistas sobre o processo de doação e transplante de córnea.

Entre os meses de março/95 a maio/95, noventa e sete médicos intensivistas que trabalham nas unidades de terapia intensiva (U.T.I) de adultos e crianças em 10 hospitais da cidade de Curitiba, foram entrevistados. Determinou-se o percentual de respostas corretas e incorretas, sendo que as respostas incompletas e respostas tipo "não sei" foram consideradas incorretas.

\* Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná - UFPR- e Prof. Assistente da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná-FEMPAR.

\*\* Médica Residente do Serviço de Oftalmologia do Hospital de Clínicas (HC) - UFPR.

\*\*\* Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

## RESULTADOS

Dos 97 entrevistados, noventa e três (95,9%) responderam o questionário sendo este grupo composto por 54 homens (58%) e 39 mulheres (42%).

A idade dos intensivistas variou entre 23 a 61 anos, com média de 31,05 anos.

O número de anos de formado variou de 2 meses a 38 anos, com uma média de 7,11 anos.

Oitenta e oito médicos (94%) fizeram ou estão cursando alguma residência médica. Todos os intensivistas (100%) dentre os 93 que responderam

o questionário são favoráveis à doação de córnea. Noventa e dois (98,92%) doariam suas córneas e 91 (97,94%) autorizariam a doação de córnea de seus próprios familiares.

Trinta e oito (40,86%) já solicitaram autorização a familiares de seus pacientes para retirada de córneas. Destes, 31 (81,57%) solicitaram até 10 retiradas e somente 7 (18,43%) solicitaram acima de 10 retiradas. Do total de médicos, 59,14% nunca solicitou aos familiares dos pacientes a autorização para retirada de córnea. O principal motivo da não solicitação foi não ter se lembrado (45,46%) seguido pela falta de esclarecimento em saber como proceder (36,36%). **Vide tabela 1**

**Tabela 1: Motivos da não solicitação (pelo intensivista) de autorização para retirada de córnea aos familiares de pacientes.**

Não se lembrou	45,46%	n=25
Falta de conhecimento médico	36,36%	n=20
Falta de oportunidade	16,36%	n=09
Esclarecimento familiar suficiente	01,82%	n=01
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>n=55</b>

Quarenta e seis (49,46%) saberiam como proceder frente a um potencial doar de córnea e 18 (19,35%) julgaram-se em condições de explicar aos familiares sobre o processo do transplante de córnea. Noventa e um (97,84%) mostraram-se dispostos a solicitar aos familiares consentimento para doação de córnea.

Segundo os intensivistas, os principais motivos que levam os familiares a não doarem a córnea são: **Vide tabela 2.**

**Tabela 2: Opinião dos intensivistas sobre os motivos que levam os familiares a não doarem a córnea.**

Não solicitação pelo médico	27,58%	n=32
Preconceito com relação a doação	29,31%	n=34
Burocracia para doação	11,20%	n=13
Falta de conhecimento	30,17%	n=35
Problemas religiosos	0,87%	n=01
Não souberam responder	0,87%	n=01
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>n=116 *</b>

**\* Um mesmo intensivista pôde responder mais que uma vez.**

Trinta e oito (40,86%) conhecem critério médico ou situação legal que contra indique ou exclua um paciente de ser provável doador de córnea.

Quinze (16,12%) responderam que a retirada da córnea deve ser feita antes de diagnosticada a morte clínica (parada nos batimentos cardíacos) enquanto 78 (83,87%) responderam não haver necessidade da retirada da córnea antes deste diagnóstico.

Destes 37 (47,43%) responderam que a retirada da córnea deverá ser realizada até 6 horas após a morte clínica.

Cinquenta e dois (55,92%) responderam não haver necessidade de solicitação de exames complementares pelo médico que pediu autorização para retirada da córnea enquanto 41 (44,08%) afirmaram ser necessário que o médico solicitante da autorização requisitasse tais exames.

Setenta e um (76,34%) desconhecem o procedimento cirúrgico de retirada de córnea e nenhum soube responder como a mesma é preservada após a retirada.

Apenas 3,22% responderam que a córnea retirada deve ser transplantada em até 15 dias, enquanto 59 (63,44%) desconhece este fato.

Oitenta e sete (93,55%) gostariam de receber orientação sobre o processo de doação de córnea a fim de melhor informar aos familiares de pacientes potenciais doadores.

## DISCUSSÃO

A limitação da doação de órgãos é o maior obstáculo ao aumento no número de transplante 1,3,6,7. Em Curitiba e região metropolitana, o número de óbitos em 1994 foi 11.416. Neste mesmo período 535\_córneas foram doadas (268 óbitos) enquanto cerca de 400 pacientes ainda aguardam na fila do banco de olhos a espera de uma possível doação. Um número elevado de órgãos adequados não são doados por vários motivos. Dentre eles, incluem-se a recusa familiar, problemas sociais, religiosos, desconhecimento do processo de doação de órgãos, medo de morte prematura 3,9 e falta de solicitação pelo médico assistente 1. A opinião e conhecimento do médico intensivista sobre o processo de doação de córnea influencia decisivamente no consentimento de familiares para a doação 1. Em

nosso estudo, todos os intensivistas entrevistados são favoráveis à doação de córnea e 97,84% estão dispostos a solicitar aos familiares o consentimento para doação. Porém, 59,14% desses intensivistas nunca solicitaram autorização para a retirada de córnea. Os principais motivos alegados foram: não ter se lembrado de pedir a doação e não saber como proceder frente a um potencial doador.

Segundo os intensivistas, os principais motivos que levam os familiares a não autorizarem a doação de córnea são a própria falta de solicitação pelo médico 27,58% , o preconceito em relação a doação de órgãos 29,31% , e o desconhecimento no processo de doação de córnea 30,27%.

O Conhecimento básico dos intensivistas sobre a legislação brasileira em relação a transplante de órgãos é insatisfatória 1,7, sendo este fato comprovado pelo nosso estudo. No Brasil, a lei nº8489 de 18 de novembro de 1992, regulamentada pelo decreto n.º 879 de 22 de julho de 1993, estabelece os critérios legais para doação e transplante de órgãos.

Cinquenta e cinco (59,14%) dos intensivistas desconhecem critérios médicos ou ético-legais que contra-indiquem a doação de córnea. Dentre os critérios médicos incluem-se: a) morte de causa desconhecida; b) certas doenças infecciosas do sistema nervoso central (doença de Jacob-Creutzfeldt), leucoencefalopatia multifocal progressiva; c) doenças infecciosas (AIDS, hepatite B e C, sífilis, septicemia); d) leucemias e linfomas disseminados; e) doenças intrínsecas oculares (inflamação ativa e doenças malignas) ou cirurgias intraoculares prévias 5. Dentre os critérios ético-legais que contra-indicam a doação, incluem-se: a) artigo 72 do código de ética médica :veda ao médico da equipe do transplante participar do diagnóstico de morte;b)artigo 75 do código de ética médica : é vedado ao médico participar da comercialização de órgãos<sup>2</sup> .

Apesar de 83,87% dos intensivistas saberem que a retirada da córnea pode ser feita mesmo após a morte clínica, somente 47,43% conheciam o fato de que a retirada da córnea deve ser realizada até 6 horas após a parada dos batimentos cardíacos<sup>5</sup>. A córnea pode ser transplantada até 15 dias após sua retirada. Logo, não há necessidade do médico intensivista solicitar exames laboratoriais antes da doação, pois isto é de responsabilidade do Banco de Olhos a fim de identificar causas que contra-indiquem o transplante.

As publicações médicas sobre transplante e discussão deste assunto nas escolas e residências médicas são reduzidas, o que poderia explicar o pouco conhecimento dos intensivistas sobre tal assunto<sup>1</sup>. Em nosso estudo, 93,55% dos intensivistas gostariam de receber orientação a este respeito.

Com propósito de aumentar o número de doação de órgãos, tem-se sugerido que se instalem comissões e centrais de informações sobre doação de órgãos a nível estadual e municipal, bem como realização de campanhas de esclarecimento tanto a médicos e paramédicos como a população geral<sup>1,4,7,8</sup>

Pestana e cols.<sup>7</sup> consideravam a possibilidade de se criar uma linha telefônica direta localizada no próprio hospital reservada exclusivamente ao serviço de captação de órgãos. Townsend e cols. realizaram um estudo com o objetivo de orientar a população sobre a doação de órgãos. A taxa de aceitabilidade após o mesmo aumento em 40%<sup>10</sup>.

Todos os intensivistas entrevistados são favoráveis a doação de córneas. Entretanto, a grande maioria não sabe como proceder frente a um potencial doador tanto por desconhecimento como por falta de orientação.

Acreditamos que a criação de programas de orientação nas faculdades e residências médicas, além de centrais de informação a nível estadual e municipal bem como campanhas de esclarecimentos à população contribuiriam para o aumento do número de doação de córneas, melhorando a qualidade de vida desses pacientes.



## **RESUMO**

Os autores analisam as dificuldades dos médicos Intensivistas bem como suas opiniões em relação a doação e transplante de córnea na cidade de Curitiba. Este estudo foi realizado através da análise de questionários respondidos por 93 médicos intensivistas que mostraram-se todos favoráveis à doação de córnea. Apesar disso, 59,14% dos médicos nunca solicitou retirada de córnea, justificando tal comportamento, em parte, por falta de conhecimento em saber como proceder frente a um potencial doador. Somente 40,86% conhecem critério medico ou legal que exclua a doação e 93,55% gostariam de receber informações sobre o processo de doação e transplante de córnea. Estes resultados indicam que os médicos intensivistas são favoráveis à doação porém grande parte não sabe como proceder frente a um potencial doador tanto por desconhecimento quanto por falta de orientação básica.

## **SUMMARY**

### **CORNEA DONATION IN CURITIBA CITY**

The authors analyse the intensive care doctors' difficulties as well as their opinion about cornea donation and transplantation in the city of Curitiba. This study was performed through questionnaire polls which were answered by 93 intensive care doctors'. All of them are favourable to cornea donation. In spite of that, 59,15% had never required cornea withdrawal justifying this behavior, partially, due to inability in how to act facing a potential donor. Only 40,86% know medical or lawful criterion that excludes donation procedures and 93,55% would like to receive some information about cornea donation. Besides, great part of them do not know how to proceed facing a potential donor and this fact probably occurs not only due to lack of knowledge but also due to lack of basic orientation.

**Instituição: Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná - UFPR**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 - Coelho, J.C.U; Fontan, R.S.; Pereira, J.C.; et al. Doação de órgãos: Opinião e conhecimento de médicos intensivistas da cidade de Curitiba. Rev.Ass.Med. Brasil:1994; 40(1):36-8.

2 - Coutinho, L.M. Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos. In: \_\_\_\_\_. Código de Ética Médica Comentado. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 1994. Pg. 89 e 91.

3 - First, M.R. Transplantation in the nineties. Transplantation :1992; 53(1):1-11.

4 - Gaber, A.O.; Hall G.; Phillips, D.C.; et al. Survey of attitudes of health care professionals toward organ donation. Transplantation proceedings: 1990; 22(2):313-5.

5 - Kanski, J.J. Disorders of the Cornea and Sclera. In: \_\_\_\_\_. Clinical Ophthalmology. 3rd ed. London: Butter Worth - Heinemann Ltda, 1994. Pg.141

6 - Mosimann, F.; Gehrig, D.; Friedlander, J. et al. Organ donation: Opinion Poll of the Medical Community in the Canton of Vaud, Switzerland. Transplantation Proceedings: 1990;22(4):2080-1.

7 - Pestana, J.O.M.; Santos Vaz, M.L; Delmonte, C.A. Estimativa do número de potenciais doadores de órgãos na cidade de São Paulo. Rev. Ass. Med. Brasil: 1992;38(2):97-100.

8 - Saraiva, D.T; Rovelli, M.A.; Schweizer, R.T. Donor Family Surveys Provide useful information for organ procurement. Transplantation Proceedings: 1990;22(2):316-7.

9 - Townsend, M.E.; Rovelli, M.A.; Schweizer, R.T. Value of Discussion Groups in Educating Blacks about Organ Donation and Transplantation. Transplantation Proceedings:1990;22(2):324-5.

10 - Vail, A; Gore, S.M; Badley, B.A.; Easty, D.L.; Rogers, C.A. Corneal Graft Survival and Visual outcome. A Multicenter Study. Ophthalmology;1994;101(1):120-7.

*Endereço para correspondência:*

*Dr. Hamilton Moreira  
Rua Carlos de Carvalho, 1310  
CEP: 80.420-000  
Curitiba - Pr*

**"Se sua carreira for bastante longa voce terá muitas decepções e verá que muitas verdades não eram tão verdadeiras"**

# O QUE FAZER COM OS MÉDICOS QUE NÃO PREENCHEM OS DOCUMENTOS HOSPITALARES (AIH, LAUDOS, ETC.)

Parecer CRM-PR

## **O Dr. Guilherme Antonio Schmitt pergunta sobre que atitudes pode o hospital adotar quando:**

Médicos pertencentes ao Corpo Clínico do Hospital não preenchem laudos do S.U.S., ou preenchem os mesmos e/ou A.I.Hs. de maneira incompleta, e que acarretam todo final de mês, em avisos, solicitações de preenchimento de laudos durante vários dias, cuja questão permanece se arrastando por vários anos.

Todo final de mês, no fechamento das contas hospitalares. desenvolve-se a mesma rotina para os funcionários administrativos com a recusa de preenchimento, solicitação para preencher depois, esquecimento do laudo em branco, ou A.I.H. incompleta, o que acarreta em não poder enviar a A.I.H. para o processamento em tempo hábil, levando à prejuízos hospitalares de considerável monta.

Está estabelecido que o não preenchimento dos documentos do paciente (prontuário, etc), constituem uma infração ética. Já o não preenchimento de guia de internação e documentos correlatos, de interesse do hospital, constituem problemas administrativos e portanto devem ter resolução nesse nível.

### **Em relação às perguntas formuladas:**

1) Pode haver exclusão do Corpo Clínico?

**R.:** Não, pois a infração é de cunho administrativo.

2) Pode haver bloqueio de honorários particulares até o preenchimento das guias que permitam a cobrança do atendimento pela Previdência ou outro órgão de assistência?

**R.:** Da mesma forma que na pergunta anterior, nosso parecer é contrário, pois também fere o Código de Ética Médica.

3) Pode cobrar a conta do profissional e ressarcir o dinheiro, quando a Previdência pagar ao Hospital?

**R.:** Novamente opinamos que não pode ser cobrado do profissional relapso.

O Regimento Interno do hospital deve prever quais medidas cabíveis nestes casos, como por exemplo: não poderá mais atender pacientes previdenciários, aquele que estiver em atraso com o preenchimento das guias.

É nosso parecer.

Curitiba, 26 de setembro de 1991.

Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki  
Presidente da COFEP

Daebes Galati Vieira  
Conselheiro

Tânia Mara Cunha Schaeffer  
Conselheiro

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 21/10/91

# **QUANDO UM PACIENTE O PROCURA COM MEDICAMENTO ERRADO, PRESCRITO POR COLEGA, COMO PROCEDER ?**

Parecer CRM-PR

1. De quem seria a responsabilidade por algum efeito secundário na aplicação de uma medicação: o Centro de Saúde ou o médico de outras instituições?

De acordo com o Princípio VII, Capítulo I e os artigos 7º, 13º e 16º do Capítulo II do Código Brasileiro de Deontologia Médica, a responsabilidade é única e exclusiva do médico que receita. No caso da receita inadequada, deve o Centro de Saúde orientar o paciente para que volte a procurar o médico assistente ou, quando houver possibilidade, deve o médico do Centro de Saúde ou os profissionais paramédicos (enfermeiras e farmacêuticos) tentarem efetivamente um contacto com o médico assistente, mencionando a este, de forma a não ferir os artigos 33, 38, 41 e 43 do Capítulo II do Código Brasileiro de Deontologia Médica, as inconsistências observadas e fazendo sugestões de forma a preservar a saúde ou o bem-estar do paciente, evitando riscos iatrogênicos.

Vale ressaltar que o artigo 39 do Capítulo II do Código Brasileiro de Deontologia Médica, veda, de forma incisiva, que se altere prescrição de colegas.

2. Tendo em vista o Código da Deontologia Médica, em seu artigo 6º "vedando ao médico acobertar erro ou conduta imoral de colega" e no artigo 16º "vedando ao médico praticar atos profissionais danosos aos pacientes que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência", gostaríamos de saber qual a melhor conduta em relação a estas pessoas que chegam ao nosso serviço com receitas absurdas feitas em outras Instituições?

Concordamos com o consulente quanto ao argumentado e, complementando a resposta ao quesito anterior, somos de parecer que, em casos de absoluta impossibilidade de consulta ao colega prescritor, e quando a prescrição apresentar riscos indiscutíveis ao paciente, não deve o Centro de Saúde responsabilizar-se pela aplicação de medicação receitada. Em casos de urgência, os médicos do Centro deverão examinar o paciente e medicá-lo de acordo com o quadro clínico e o melhor de sua competência, solicitando aos pacientes que retornem ao médico assistente para seguimento. Quando não houver urgência, aplicar a primeira resposta deste parecer.

Como consideração paralela, compreende-se que a população carente será afetada nesse processo, mas não deverá correr maior risco de saúde, pois entendemos que o Princípio II do Capítulo I do Código Brasileiro de Deontologia Médica é o mais importante, devendo predominar sobre outros que orientam as relações entre profissionais.

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/12/84

## É PERMITIDO TRANSCREVER OU PRESCREVER RECEITA, BASEADO APENAS EM UMA RECEITA ?

Parecer CRM-PR

Designado pela Portaria nº 018/92-AJ, para análise e parecer do constante em correspondência proveniente dos Drs. João Cezer Lemos de Brito, Wagner de Castro e Joachim Graf, passo às seguintes considerações:

Conforme a dita correspondência, os médicos acima mencionados, compõe o Serviço Médico do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento e vêm a este Conselho solicitar orientação quanto a dúvida com que se deparam diariamente no seu exercício profissional. Os colegas têm sido solicitados a transcrever receitas médicas emitidas por outros médicos, não ligados àquele serviço, inclusive receitas de odontólogos.

Esta atitude tem sido praticada no intuito de beneficiar os pacientes a quem se destinam as receitas, em vista dos mesmos terem direito de ressarcimento de parte dos gastos com farmácia, através da Associação de Funcionários daquele Ministério. Esta Associação condiciona o ressarcimento a que a emissão da receita seja feita por médicos conveniados a Associação ou por médicos do Serviço Médico daquele Ministério. Assim sendo, os colegas tem sido pressionados a transcrever tais receitas.

Considerando o artigo 62 do Código de Ética Médica, que diz ser vedado ao médico: **“Transcrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto no paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento”**, fica evidente que a prática de transcrever receitas incorre em falta ética, ainda que os objetivos possam ser o de ajuda no ressarcimento de despesas junto a determinadas instituições como é o caso em questão.

Assim sendo, ficam os colegas médicos desobrigados a fazê-lo e ainda mais, aconselhados a não cometer tal infração, pois caso contrário, poderão sofrer processo ético-profissional.

É o meu parecer.

Curitiba, 24 de fevereiro de 1992

Carlos Augusto Ribeiro  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 02/O4/92

# A EUTANÁSIA E A LEGISLAÇÃO DA PENA

Dyrceu Aguiar Dias Cintra Junior\*

"Tão atroz, e talvez pior, parece-me a morte muito tempo deferida pelas técnicas médicas, essa morte que não acaba. Em nome do juramento de Hipócrates, que coloca acima de tudo o respeito pela vida humana, os médicos criaram a forma mais refinada das torturas modernas: a sobrevivida. Isto me parece criminoso" (Luiz Buñuel, *Meu Último Suspiro*).

O debate a respeito da eutanásia vem à tona com frequência quando a imprensa noticia casos de médicos que interrompem terapia em situação de morte certa e sofrimento do paciente.

Ressurge o tema, agora, em face da polêmica causada por um tetraplégico que quer autorização judicial para que o ajudem a eliminar a própria vida (cf. *Folha, Caderno Cotidiano, 12/03/95*).

Trata-se de questão delicada, cuja disciplina jurídica deve ser muito bem pensada e, ao nosso ver, discriminada apenas em casos extremos e no âmbito da atuação do médico.

No Código Penal vigente nenhum tipo penal se refere ao chamado homicídio eutanásico e, em face disto, há dois enquadramentos possíveis. Em primeiro lugar, pode a conduta se amoldar ao conceito de homicídio, havendo quem o considere um homicídio privilegiado, quando se trata de causar a morte por compaixão pelo doente terminal, que sofre e é mantido artificialmente vivo. Deste teor, acórdão publicado na *Revista de Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo, 41/346*.

Entende-se haver aí o que a lei chama de relevante valor moral (artigo 121, parágrafo 1º, do Código Penal), capaz de reduzir a pena do homicídio - que é de seis a 20 anos de reclusão - de um sexto a um terço, conforme as circunstância. Em segundo, caso se trate de resposta manifesta a expresso desejo do doente de se matar, configura-se o auxílio ao suicídio (artigo 122 do Código Penal), ficando o agente sujeito a pena de dois a seis anos de reclusão.

A omissão legal quanto à eutanásia, tem sido criticada e por isto, andaram bem os integrantes da primeira subcomissão de reforma do código Penal - nomeados pelo governo Itamar, cujas reflexões e trabalhos espera-se tenham continuidade no governo FHC -, ao delinear, em pré-projeto, divulgado há tempos, duas figuras específicas: a eutanásia ativa e a eutanásia passiva.

A primeira (ativa), se aceita a sugestão dos especialistas no tema, passaria a ser um homicídio privilegiado com pena reduzida de um terço à metade, considerada a motivação piedosa, de menor reprovabilidade, desde que haja pedido da vítima, que sofre de mal irreversível grave e permanente, segundo o atual estágio da medicina, com insuportável sofrimento físico.

Entenderam os integrantes da comissão que a discriminação de tal situação ensejaria a possibilidade de pactos de morte, aos quais não pode ficar indiferente o Direito Penal.

A segunda (passiva), também chamada de ortotanásia, praticada exclusivamente pelo médico, desde que cumpridos determinados requisitos, seria permitida. Configuraria uma causa de exclusão de ilicitude, passando a ser conforme ao direito.

A conduta descrita no texto proposto é a do médico que omite ou interrompe terapia em situação de morte iminente e inevitável de acordo com o conhecimento médico atual,

---

\* Juiz criminal, 39, é membro do IBCCrim (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais) e do Conselho Executivo da Associação Juízes para a Democracia.

de pessoa que perdeu completamente a consciência ou não chegou a adquiri-la (anencefalia).

Mas, para a legalidade do ato seriam necessários três requisitos: 1) atestado assinado por dois médicos (outros que não o que deva praticar a conduta) a respeito das condições objetivas, enquadráveis no conceito; 2) autorização da família (cônjuge, companheiro, filhos, pais, conforme o caso); 3) autorização judicial a ser dada em três dias, após os quais, não vindo, fica autorizada a providência.

O conceito, último, que se tenta introduzir com razão, é o moderno a respeito da vida. Seu prolongamento, quando já não é um dado da realidade, mas puro artifício cientificamente obtido, não se justifica (cf. Alberto Silva Franco, A eutanásia passiva no novo Código Penal, em Boletim IBCCrim n° 5, junho/93).

Tanto que a vida assim preservada será meramente vegetativa; não dará jamais à pessoa qualidade de vida compatível com a dignidade humana, suporte constitucional básico de todos os direitos. A sobrevivida, nestas condições, como disse Buñel, passa a ser uma tortura.

Transcrito da Folha de S. Paulo  
"DATAVENIA" 3/95

**Se você está chegando para criticar o que está feito  
Está chegando tarde  
Deveria ter chegado mais cedo para ajudar a fazer  
Assinado quem fez, quando ninguém queria fazer**

## COMO MATAR SUA ENTIDADE

Dicas para ver sua entidade de classe fracassar em suas iniciativas

1. Não freqüente a entidade, mas quando for lá procure algo para reclamar.
2. Se comparecer a qualquer atividade, encontre falhas no trabalho de quem está lutando pela categoria. Nunca aceite uma incumbência, lembre-se que é mais fácil criticar do que realizar.
3. Se a diretoria pedir sua opinião sobre o assunto, responda que não tem nada a dizer. Depois espalhe como deveriam ser as coisas.
4. Não faça mais do que somente o necessário, porém quando os diretores estiverem trabalhando com boa vontade e com interesse para que tudo corra bem, afirme que sua entidade está dominada por um grupinho.
5. Não leia o jornal da entidade e muito menos os comunicados. Afirme que ambos não publicam nada de interessante e melhor ainda, diga que não os recebe regularmente.
6. Se for convidado para qualquer cargo recuse alegando falta de tempo e depois critique com afirmações do tipo: "Esta turma quer é ficar para sempre nos cargos..."
7. Quando tiver divergências com um diretor, procure com toda intensidade vingar-se da entidade.
8. Faça ameaças de abrir processo ético e envie cartas ao quadro social com acusações pesadas à diretoria.
9. Sugira, insista e cobre realizações de cursos e palestras. Quando a entidade realizá-los, não se inscreva nem compareça. Se receber um questionário da entidade solicitando sugestões, não preencha, e se a diretoria não adivinhar suas idéias e pontos de vista, critique e espalhe a todos que é ignorado.
- 10 Após toda esta colaboração espontânea, quando cessarem as publicações, as reuniões e todas as demais atividades, enfim, quando sua entidade morrer, estufe o peito e afirme com orgulho: "Eu não disse?" \_\_

Transcrito do Jornal da AMRIGS  
Out/96



## CONSELHO EXAMINA PARECER SOBRE TRATAMENTO SEM TRANSFUSÃO DE SANGUE

A transfusão de sangue está em discussão. No dia 7 de agosto, os conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro se reuniram em plenária para debater alternativas de tratamento sem o uso da transfusão de sangue e estudar a possibilidade de modificar o Parecer nº 01/94 do CREMERJ que trata do assunto. O encontro foi solicitado pelo **Grupo de Trabalho de Tratamento Médico Sem Transfusão de Sangue** do Conselho e motivado pelo grande número de pessoas que se recusam hoje a receber sangue, alegando crenças religiosas ou medo de contrair doenças, entre elas a Aids. Polêmico, o assunto voltará a ser discutido em breve, em data a ser marcada.

Além dos conselheiros, a plenária contou com a participação dos médicos Ricardo Mattos e Júlio Meyer, que realizam tratamentos alternativos à transfusão há alguns anos. Também esteve presente o advogado Miguel Andrade que apresentou as implicações legais com as quais um médico pode se deparar ao aceitar a recusa do doente e este vir a falecer. Ou contrário: ao impor a transfusão de sangue e depois processado pelo paciente ou por seus familiares.

Conselheiro e membro da Câmara Técnica de Tratamento Médico Sem Transfusão de Sangue, a oncologista Maria Izabel Dias Miorim afirmou que muitos médicos já vêm lançando mão de práticas alternativas com sucesso, de acordo inclusive com pesquisas e artigos científicos:

- Nós precisamos estudar outras técnicas, a fim de estarmos habilitados para atender bem os pacientes que se recusam a receber sangue, seja qual for sua alegação. Se já existem alternativas, por que não usá-las?

Não por questões religiosas, mas por já ter conseguido bons resultados com outras técnicas, o conselheiro Marco Botelho diz que sempre manteve conduta restritiva diante da transfusão:

- Não podemos ser radicais ao ponto de não passarmos sangue em hipótese alguma. Mas com conhecimento técnico da fisiologia e com equipamento simples, porém, de qualidade, é possível evitar a transfusão com frequência.

Quem não quer tomar sangue, muitas vezes, sofre com a negligência de médicos que não conhecem além dos procedimentos tradicionais. Ricardo diz que fatos como esse estão se tornando cada vez mais comuns:

- O paciente fica à própria sorte. Estou preocupado com o preconceito existente contra esse tipo de doente. Não sou contra a transfusão de sangue, mas acho que devemos respeitar a opinião do paciente e encontrar formas de beneficiá-lo.

O que é mais importante: a onipotência do médico ou o direito do paciente? As opiniões se dividiram. De acordo com o parecer do Conselho, o médico, ciente formalmente da recusa do paciente, deve proceder a todos os métodos alternativos de tratamento ao seu alcance, respeitando o direito deste e, caso sinta-se impossibilitado de prosseguir o tratamento, pode renunciar ao atendimento de acordo com o artigo 1º do Código de Ética Médica. O documento ressalta ainda que a responsabilidade ético-profissional do médico somente cessa quando o médico substituto recebe o paciente.

Para muitos médicos, no entanto, o poder de decidir qual a terapêutica mais aconselhável para cada caso é do próprio médico, já que é ele quem detém o conhecimento e tem o compromisso de salvar a vida de seus doentes, não sendo correto o paciente interferir nessa decisão. Segundo esses profissionais, o ideal seria exigir o maior controle da qualidade do sangue e a compra, instalação e manutenção de equipamentos de ponta.

O conselheiro Marcelo Rubens, coordenador da Câmara Técnica de Aids, pensa assim:

- Estudamos Medicina para salvar vidas e por isso a decisão é do médico. Já vi sangue salvar muita gente. Temos que cobrar qualidade. Nos países do Primeiro Mundo, por exemplo, há poucos casos de transmissão de Aids por meio de transfusão.

A crise na Saúde não pode ser deixada de lado nessa discussão, para a conselheira Márcia Rosa Araújo. A carência de pessoal e de equipamentos, as péssimas condições de funcionamento das emergências fazem parte de uma realidade que, muitas vezes, impede a utilização de técnicas alternativas num atendimento de urgência. E mais: a demora ou a falta de um médico substituto pode causar a morte do doente.

O Código de Ética Médica determina que em caso de emergência é sempre o médico quem toma as decisões. Sendo assim, o paciente e seus parentes não têm como optar. Diante de tantas divergências, o presidente do CREMERJ, Mauro Brandão, considerou que o assunto precisa ser melhor analisado pelo corpo de conselheiros. O parecer fica por enquanto mantido e o Grupo de Trabalho de Tratamento Médico Sem Transfusão de Sangue elaborará um novo documento para apresentá-lo à plenária em seis meses.

Transcrito do Jornal do CREMERJ

## **MÉDICOS DO REINO UNIDO TERÃO QUE DENUNCIAR ERROS DE COLEGAS**

O Ministério da Saúde do Reino Unido vai incluir, no contrato de trabalho dos médicos do Serviço Nacional de Saúde (NHS), uma cláusula exigindo que eles denunciem seus colegas incompetentes.

A decisão foi anunciada na última segunda-feira pelo novo ministro da Saúde Britânico, Stephen Dorrell, que assumiu o posto em julho último.

Em 1993, o Ministro da Saúde realizou um inquérito e concluiu que médicos têm se mostrado relutantes em relatar a seus superiores possíveis erros cometidos por colegas de trabalho.

A investigação ocorreu depois que se descobriu que um médico do serviço público teria realizado exames de maneira incorreta, durante vários anos. Cerca de 600 pacientes tiveram de se submeter a novos testes.

A partir de agora, os médicos serão obrigados a alertar as autoridades sempre que suspeitarem de um possível erro de diagnóstico ou de tratamento.

O secretário da Associação Médica Britânica, Mac Armstrong, disse que a decisão não era recebida com satisfação, mas que era preciso reconhecer o objetivo de melhorar o tratamento dos doentes.

Segundo ele, no entanto, os erros médicos raramente são resultado de má-fé por parte dos médicos.

Transcrito de Folha de São Paulo de 09/95

## TRIBUNAL DE JUSTIÇA DECIDE SOBRE RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL

Relevante decisão foi proferida pela 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Paraná, dirimindo ação de indenização intentada por paciente, contra o hospital onde se internou e na qual foram envolvidos os médicos que lhe prestaram assistência durante a sua enfermidade.

Tudo começou quando a autora da ação, após ter obtido alta do hospital, onde se submetera a uma cirurgia, retornou dias depois acometida de uma grave infecção, quando então foi assistida pela médica que a tratara anteriormente, que diante da gravidade do caso, solicitou os préstimos de um colega seu, especialista naquela enfermidade.

Como a infecção era de grandes proporções e o estado da paciente era extremamente grave, lhe foi ministrado doses além do recomendável, de forte antibiótico. O tratamento obteve êxito, porém, aquela paciente, em razão das excessivas doses da droga, passou a sofrer de surdez. Incomodada, adentrou com ação de indenização contra o hospital, que, por sua vez, denunciou à lide ambos os profissionais que a assistiram.

A questão foi dirimida pelos membros da 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Paraná, cujo relator Juiz Munir Karam entendeu que: "I) A responsabilidade civil de hospital deve ser vista sob um duplo enfoque; o de simples hospedeiro e o de hospedeiro com o dever de prestar assistência médica.

Nesta segunda hipótese, o hospital é responsável pela omissão do médico da casa, como comitente em relação ao preposto. Se, porém, o médico agiu no exercício da sua profissão, como autônomo, deixando de zelar pelo doente; ou ministrando alta dose de tóxico; ou se descuidando das normas de sua profissão, a sua responsabilidade é pessoal e direta. II) Se não há qualquer vínculo entre os médicos que atenderam a paciente e a clínica hospitalar, esta é parte ilegítima "ad causam". III) o médico só responde por culpa em havendo imprudência, imperícia ou erro grosseiro..."

Sem dúvida, a recente decisão do Tribunal de Justiça é de suma importância. Na verdade reconhece duas situações no que concerne ao atendimento do doente. A primeira, quando este procura o hospital, em busca de socorro e é então atendido por preposto da instituição, sendo esta daí, responsável por eventuais danos que o paciente venha a sofrer.

A segunda, quando o paciente é internado no hospital, por conta de médico autônomo, que não mantenha assim qualquer vínculo com o nosocômio. Nesta hipótese, segundo o entendimento proferido pela 2ª Câmara Cível do TJ., o hospital cumpre apenas a função de simples hospedeiro. Deste modo, os eventuais danos causados ao paciente, por culpa exclusiva do profissional que lhe prestou assistência, por eles não responde a pessoa jurídica.

A tese da lavra do eminente Juiz Munir Karam, efetivamente é propícia aos hospitais, que não responderiam então por ato de médico que não seja seu preposto, mas apenas se utiliza da estrutura hospitalar para internar e tratar seus pacientes. Diferente será obviamente, como ressalta a decisão comentada, se o médico eventualmente culpado, exerça a sua atividade profissional por conta da instituição ou o dano venha a ser causado por falha dos serviços hospitalares.

Destarte, a matéria é controvertida, principalmente face ao artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, que prevê a responsabilidade objetiva da pessoa jurídica, quando então responderia pelos danos causados aos pacientes, independentemente de apuração de culpa. A propósito deste dispositivo do citado código, dessume-se que o mesmo é extremamente injusto e se aplicado indiscriminadamente, poderá tornar inviável a prestação de serviços pelos hospitais. (Antônio Celso Albuquerque).

Transcrito da Gazeta do Povo de 25/3/96.

# CULPA MÉDICA E "PERDA DE UMA CHANCE"

Miguel Kfoury Neto \*

A jurisprudência francesa, a partir de 1960 (e, em especial, desde 1965), passou a aplicar aos casos de responsabilidade civil médica a teoria da perda de uma chance de cura ou de sobrevivência ("la perte d'une Chance de guérison ou survie").

O professor François Chabas, em palestra que proferiu (23/05/90) na UFRGS, exemplifica: Uma mulher apresenta hemorragia uterina. O médico consultado não diagnostica câncer, malgrado os sintomas clínicos bastante claros. Quando a paciente enfim consulta um especialista, é demasiado tarde: o câncer de útero atingiu estágio terminal. A mulher morre. Não se pode dizer que o primeiro médico matou a paciente. Ela poderia ter sido tratada a tempo e morrer assim mesmo (as estatísticas consideram as chances abstradas de cura desse tipo de câncer se descoberto no início). Não se pode afirmar que a culpa do médico tenha sido a condição "sine qua non" daquela morte. Mas, sem dúvida, a culpa médica fez com que a enferma perdesse uma probabilidade de sobreviver.

Engraçando-se o nexa causal, não obstante evidentes o ato médico e o prejuízo comprometeu ao menos "uma chance" da vítima - e, por isso, impõe-se indenização mitigada, segundo as circunstâncias do evento.

Joaquim Lopez comenta:

"Há casos em que não se busca uma causalidade pura, sim uma causalidade jurídica: um motivo suficiente para a imputação do dano: não foi o médico mesmo quem, com seus atos, causou o dano. Contudo, podendo e devendo interromper o processo natural da enfermidade, não o fez, ou porque se absteve em absoluto de atuar, ou por haver adotado medidas ineficazes e inócuas, que podem revelar imperícia. O médico terá descumprido, neste caso, uma obrigação jurídica de atuar, e em razão desse descumprimento, o dano resultante de um processo natural lhe é imputável. Observe-se que, em tais casos, não se pode dizer que o médico tenha causado o dano. Precisamente por essa dificuldade de apreciar em muitos casos o nexa causal entre a atuação do médico e o dano sofrido, a jurisprudência francesa vem aplicando há quase 20 anos aquela que se chama doutrina da perda de possibilidade de sobrevivência", ( "In" "Los Medicos y la Responsabilidad Civil". Madrid, Montecorvo, 1985, pp. 342/346).

Em Portugal, Jorge Ferreira Sinde Monteiro, a exemplo de outras autorizadas penas, como a de Savatier, em França observa:

"Afirmar a ressarcibilidade da "perda de chance de guérison ou de survie" anota-se a terminar, significa sem dúvida um agravamento do estatuto de responsabilidade do médico. Mas parece uma solução justa e um meio idôneo de contrabalançar o caráter muito aleatório da prova" ( "In" "Aspectos Particulares da Responsabilidade Médica", s/d).

No Brasil, tais posicionamentos, identificados com a responsabilidade objetiva, devem ser interpretados com máxima cautela, quando se tem em mira a atuação médica.

Não se há de olvidar as condições de trabalho dos nossos médicos, mormente em hospitais públicos ou ligados à Previdência. A quase absoluta falta de recursos para exames complementares (que nos Estados Unidos consomem cerca de 15 bilhões de dólares ao ano) dificulta o diagnóstico. A própria desnutrição, mal tão comum ao brasileiro, potencializa

---

\* Juiz de Direito em Maringá/PR. Prof. da UEM.

e agrava as demais moléstias - e compromete qualquer terapia.

Nada disso elide, por óbvio, a crassa imprudência, a omissão pura e simples ou o injustificado desvio de conduta - sempre passível de sanção.

Oportuno, neste comenos, reproduzir-se comentários do ministro Ruy Rosado de Aguiar Júnior, a propósito da culpa médica ("in". RT 718/38):

"A sua apuração obedece aos mesmos procedimentos adotados para o definição da culpa comum: diante das circunstâncias do caso, o juiz deve estabelecer quais os cuidados possíveis que ao profissional cabia dispensar ao doente, de acordo com os padrões determinados pelos usos da ciência, e confrontar essa norma concreta, fixada para o caso, com o comportamento efetivamente adotado pelo médico. Se ele não a observou, agiu com culpa. Essa culpa tem de ser certa, ainda que não necessariamente grave: "não é necessário que a culpa do médico seja grave: basta que seja certa"( Miguel Kfoury Neto, "A Responsabilidade Civil do Médico". Rev. Jurídica, pp. 113/128). O prof. Caio Mário ("Responsabilidade Médica", Coad. 11/7) sustenta que a culpa médica aprecia-se como qualquer outra. Desde que o juiz entenda que um médico prudente ter-se-ia comportado, nas mesmas circunstâncias, diversamente do acusado, deve condená-lo à reparação (...)". Conclui-se que, no Brasil, a análise do comportamento culposo dos profissionais da medicina não se compatibiliza com teorias objetivas, tão caras aos países de Primeiro Mundo, quanto distantes da nossa realidade.

Aqui, é mesmo a culpa "stricto sensu" - em qualquer de suas modalidades ( imperícia, imprudência ou negligência) - que indicará a responsabilidade do médico.

Transcrito de Gazeta do Povo de 16/-9/96.

## **ESPAÑA USA MENDIGO COMO COBAIA**

Operação da inteligência militar é comparada às experiências macabras de Mengele

Madri (AE-Reuter) - O jornal espanhol El Mundo revelou ontem que a inteligência militar seqüestrou mendigos das ruas espanholas e usou-os com cobaias para testar drogas que seriam usadas contra os guerrilheiros do grupo ETA, durante os anos da "guerra suja" contra os separatistas bascos. O jornal citou informações de arquivos militares, nos quais as experiências conduzidas em 1988 receberam o codinome de "operação Mengele", uma referência macabras que o médico nazista Josef Mengele fazia com prisioneiros dos campos de concentração durante a II Guerra Mundial. Segundo fontes das serviços de inteligência ouvidas pelo jornal, um mendigo teria morrido em decorrência das experiências com as drogas.

O jornal afirma que as drogas anestésicas pesquisadas pelos militares tinham objetivo de tornar mais fácil para os serviços de segurança capturar os guerrilheiros separatistas. "Soa como uma história de horror, e de fato é", escreveu o jornal. Os ministérios envolvidos teriam autorização para afirmar que nada sabiam dos experimentos, se o caso se tornasse público.

A reportagem também detalhou informações sigilosas que podem representar um sério prejuízo para as relações entre a França e Espanha porque detalham como as forças de segurança espanholas operavam ilegalmente em território francês, fazendo até contrabando de armas utilizando o malote diplomático. Atualmente, França e Espanha possuem um acordo formal de cooperação na repressão aos separatistas bascos. Um ex-ministro do Interior do governo socialista e um alto general da guarda civil paramilitar estão sendo acusados de criar os esquadrões da morte que levaram adiante a campanha de extermínio dos guerrilheiros separatistas. O jornal El Mundo revelou várias das informações comprometedoras que levaram ao escândalo GAL, que precipitou a queda do governo Felipe González depois de 13 anos no poder. Segundo o diário, o mendigo que morreu foi seqüestrado junto com outros dois sem-teto viciados em drogas em julho de 1988 por integrantes de uma equipe de 53 agentes secretos que dirigiam carros roubados. As drogas que os militares estavam testando serviriam para que os agentes penetrassem no Sul do território francês, onde parte dos guerrilheiros separatistas estava baseada, para capturá-los, dopá-los e reconduzi-los ilegalmente de volta à Espanha, onde seriam presos e julgados.

Transcrito de Gazeta do Povo de 18/09/96.

## **HOSPITAL COMETE ENGANO EM CASO DE INSEMINAÇÃO**

Jacksonville (UPI) - Um juiz da Flórida estava ontem estudando se acolhe ou não a ação movida por um casal que tentava ter um bebê de proveta e afirma que um hospital da cidade de Jacksonville cometeu um engano, e em vez do sêmem do marido usou o esperma de um estranho para a fertilização.

Os advogados do Memorial Hospital de Jacksonville dizem que não houve qualquer negligência no tratamento dado a Michael e Elizabeth Higgins, e, portanto, não há base para um processo. O casal não conseguia ter filhos e resolveu tentar a fertilização in vitro - a chamada técnica do bebê de proveta.

Segundo o processo, a 18 de agosto de 1994, Michael Higgins foi ao Memorial Hospital, ali deixando uma amostra de semem, identificada com seu nome num rótulo fixado no recipiente. Mas, segundo o advogado dos queixosos, houve algum engano por parte do hospital, e o semem utilizado para fertilizar óvulos de Elizabeth Higgins não foi o do marido.

Dois dias depois, os óvulos fertilizados foram implantados em Elizabeth, e resultaram em gêmeos. A 10 de abril de 1995, nasceram Marisa e Michael Jr., ambos saudáveis. Mas o pediatra ficou surpreso com o tipo de sangue dos bebês: os dois eram do tipo B-positivo, quando ambos os pais são O. Foram feitos então testes de DNA que confirmaram que Michael Higgins não é o pai biológico das crianças.

Mais tarde - na versão dos Higgins - um médico que supervisionou a fertilização in vitro visitou o casal e indicou que houvera um erro, deixando claro, porém, que os dois poderiam perder a custódia das crianças.

Transcrito de Gazeta do Povo de 15/11/96

## **CALIFORNIA PUNE CRIME SEXUAL COM CASTRAÇÃO**

Los Angeles (UPI) - O governador Pete Wilson assinou ontem uma lei que torna a Califórnia o primeiro estado dos Estados Unidos a exigir a castração química para molestadores reincidentes de crianças.

A lei aplica-se a qualquer condenado por crimes sexuais específicos envolvendo criança menor de 13 anos. Somente os voluntários à castração cirúrgica estarão isentos das injeções semanais de um produto químico que enfraquece o impulso sexual.

"Os molestadores de criança não podem se conter porque tem uma compulsão para fazer o que fazem," disse Wilson. Enquanto tiverem o desejo, continuarão a vitimar crianças, a menos que façamos algo."

O autor da lei, o congressista Bill Hoge, afirmou que a medida foi baseada em estudos europeus que revelam que os tratamentos químicos na Dinamarca reduziram significativamente o assédio infantil praticado por ex-condenados.

Na Califórnia, serão submetidos ao tratamento uma semana antes de saírem da prisão e semanalmente durante a liberdade condicional, até que o Departamento de Correção julge não ser mais necessário. O período máximo de liberdade condicional é de três anos para todos os tipos de crimes abrangidos pela lei.

Para o primeiro delito, ficará a critério do juiz ordenar que o réu seja submetido a injeções de hormônio inibidor de testosterona, Depo-Provera, ou um equivalente químico. Mas o tratamento será obrigatório a partir da segunda condenação.

Transcrito de Gazeta do Povo de 18/09

# CASTRAÇÃO QUÍMICA DO SEXO

Gilberto Dimenstein\*

Nova Iorque (Agência Folha) - As vésperas do novo milênio, os americanos decidiram ressuscitar uma prática medieval para combater os crimes sexuais: a castração.

Apoiada em altos escalões políticos da Califórnia, a punição ganha toque de sofisticação científica e troca a cirurgia pela castração química. O prisioneiro receberia injeções que o deixariam impotente, baixando o nível de testosterona, hormônio que regula o apetite sexual.

A Califórnia tem-se notabilizado pelas idéias mais radicais contra o crime. Por exemplo: depois do terceiro delito, o indivíduo é punido simplesmente com prisão perpétua.

A novidade encantou o país, apesar de ter produzido absurdos: um rapaz roubou um pedaço de pizza e o júri o condenou a passar o resto de seus dias atrás das grades.

Se a castração química também vai empolgar os americanos é ainda dúvida. O certo, porém, é que a testosterona virou moda nos EUA e, agora, vai se disseminar pelo mundo - sobretudo porque escapuliu dos meios acadêmicos, ganhou nesta semana reportagem de capa da Newsweek e promete transformar a impotência em coisa do passado.

Não virou moda por causa dos estrupadores presos na Califórnia.

Mas porque é apresentada como nova fonte de juventude, a partir de estudos científicos preliminares.

Os novos remédios impulsionariam a disposição física, memória e, principalmente, o apetite sexual, afetados depois dos 40 anos.

Para completar, reduziriam o colesterol, um dos responsáveis pelas doenças no coração. Os pacientes receberiam tratamento inverso ao dos criminosos sexuais; jogariam mais testosterona no corpo.

A castração química é mais uma conseqüência de uma onda que varre os EUA, priorizando a punição para combater o crime.

A pena de morte voltou a Nova Iorque. A população carcerária é de 1,5 milhão e não para de crescer.

O fenômeno mereceu no Rio de Janeiro, durante seminário sobre fundações, comentários do economista americano Jeremy Rifkin:

"Se um país não investe na geração de empregos e na proteção social, vai pagar mais caro para construir cadeias".

Rifkin é autor do livro "O Fim do Emprego", um dos mais badalados nos EUA.

Transcrito de Gazeta do Povo de 9/96

---

\* Articulista da Folha de S. Paulo. Sessão América



# MÉDICO E IMPRENSA - UMA RELAÇÃO MUITO DELICADA

Virginio Sanches\*

A par de ser notícia por envolver um bem fundamental, a vida, temas ligados à saúde são pautas preferenciais em qualquer veículo de comunicação. Seja pelas descobertas, seja pelos problemas, sempre haverá um jornalista em busca de um médico que lhe transmita dados, dê opiniões, esclareça. Pressionado por um rígido código de ética, onde tudo que possa parecer autopromoção é condenável, o médico não raro acaba se tornando uma fonte complicada, exigente e, sob os olhos dos jornalistas, às vezes presunçosa e prepotente. Atenuar essa relação naturalmente delicada com o jornalista - visto como aquele cidadão que domina e interfere em parcela considerável do que se chama opinião pública - deveria ser preocupação constante do médico, sempre que ele for escolhido, entre os milhares que estão no mercado, para ser uma fonte de informação.

Após vários anos como setorista de saúde na imprensa leiga, e há anos do outro lado do balcão, como assessor de imprensa de uma entidade médica, verifico que muito do desagrado e da indisposição surgida entre médico e jornalista pode ser suprimido com uma boa dose de boa vontade recíproca, estabelecida a partir do respeito que um profissional deve ter ao outro.

É óbvio que o jornalista quer notícia, dado novo, e quanto mais "quente" melhor. Em busca da informação inédita e da declaração bombástica, e sem ter um rigor ético como o do médico, o repórter por vezes floreia - quando não deturpa - o que ouve, o que é rigorosamente condenável. Esses, entretanto, tendem a durar pouco num mercado exigente por qualidade, e não podem ser o estereótipo do jornalista, assim como o médico fraudador, mercantilista, não pode ser o retrato da profissão.

Na maior parte das vezes, o que dificulta o relacionamento é o preconceito de ambas as partes. Numa sociedade estereotipada, salvo prova em contrário, jornalista é mentiroso e médico é mafioso. Nada mais equivocado, mas nada mais comum.

Na busca de manter uma relação cordial com a imprensa e garantir que suas declarações sejam respeitadas e observadas no contexto em que são dadas, o médico deve precaver-se. Ao ser entrevistado, responder clara e objetivamente o que lhe foi perguntado, certificando-se de que o entrevistador entendeu o que lhe foi dito, principalmente quando o tema for científico.

Jamais questionar a capacidade do jornalista, mesmo que haja dúvida sobre ela. O que não se quer ver publicado não deve ser dito, mesmo em "off", ou seja, sem caráter oficial. Se possível, negociar, mas nunca exigir, a leitura prévia do material a ser publicado. O jornalista profissional, como o médico, abomina controle externo sobre seu trabalho.

Observados estes princípios, e alimentando a cordialidade e o respeito no tratamento entre fonte e repórter, muitos inconvenientes podem ser evitados.

Transcrito do jornal CFM

---

\* Jornalista especializado em Comunicação Empresarial e editor-responsável pelo jornal da Associação Médica Brasileira, o "JAMB".

## ANUIDADES DO CFM PARA 1997

Resolução CFM nº 1.467/96

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e, CONSIDERANDO ser atribuição do Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina, a fixação do valor das anuidades e taxas devidas aos Órgãos Fiscalizadores do Exercício da Profissão Médica;

CONSIDERANDO as propostas encaminhadas ao Conselho Federal de Medicina pelos Conselhos Regionais de Medicina sobre os valores da anuidade e taxas a serem cobradas, no sentido de assegurar aos órgãos fiscalizadores da atividade médica o desempenho de sua finalidade legal e de sua responsabilidade com a sociedade;

CONSIDERANDO que os médicos brasileiros não tiveram a justa e merecida recomposição da sua remuneração.

CONSIDERANDO o decidido pelos Conselhos Regionais de Medicina durante o Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, no dia 23 de outubro de 1996;

CONSIDERANDO o decidido pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina, em Sessão realizada no dia 24 de outubro de 1996;

RESOLVE

Art. 1º - O valor da anuidade de pessoa física, no exercício de 1997, será de R\$ 160,00 (cento e sessenta reais), que poderá ser pago até o dia 31 de março de 1997.

Parágrafo Único - O pagamento poderá ser efetuado com desconto, nos seguintes prazos e percentuais:

a) 5% (cinco por cento) até 31 de janeiro de 1997, ficando, então, a anuidade em R\$ 152,00 (cento e cinquenta e dois reais);

b) 2% (dois por cento) até 28 de fevereiro de 1997, ficando, então, a anuidade em R\$ 156,80 (cento e cinquenta e seis reais e oitenta centavos).

Art. 2º - Para os médicos que se inscrevem pela primeira vez em Conselho de Medicina o pagamento da anuidade obedecerá à seguinte tabela:

Até 31.01.97 - R\$ 152,00

Até 29.02.97 - R\$ 143,77

Até 29.03.97 - R\$ 133,30

Até 26.04.97 - R\$ 119,97

Até 31.05.97 - R\$ 106,64

Até 28.06.97 - R\$ 93,31

Até 31.07.97 - R\$ 79,98

Até 30.08.97 - R\$ 66,65

Até 30.09.97 - R\$ 53,32

Até 31.10.97 - R\$ 39,99

Até 29.11.97 - R\$ 26,66

Até 31.12.97 - R\$ 13,33

Parágrafo Único - É facultado ao respectivo Conselho dispensar do pagamento, em cada ano, o profissional comprovadamente carente.

Art. 3º - A anuidade de pessoa jurídica para o exercício de 1997 será cobrada de acordo com as seguintes classes de capital social:

Até R\$ 25.050,00	R\$ 267,00
Acima de 25.050,00 até 1.085.500,00	R\$ 568,00
Acima de 1.085.500,00 até 4.425.500,00	R\$ 1.354,00
Acima de 4.425.500,00	R\$ 3.046,00

Art. 4º - Após 31 de março de 1997 as unidades para pessoa física e jurídica sofrerão os seguintes acréscimos:

- a) multa de 10% (dez por cento);
- b) juros de 1% (hum por cento) ao mês.

Art. 5º - Serão os seguintes valores das taxas a serem cobradas às pessoas jurídicas para o exercício de 1997:

a) Taxa de inscrição	R\$ 178,00
b) Primeira via de certificado	R\$ 38,00
c) Segunda via de certificado	R\$ 38,00
d) Certidão	R\$ 38,00
e) Visto e alteração contratual	R\$ 23,00
f) Visto e distrato sócia	R\$ 23,00
g) Visto e retificação de contrato	R\$ 23,00
h) Alteração de Responsabilidade Técnica	R\$ 23,00

Art. 6º - Não poderá ser cobrada nenhuma taxa para pessoa física no exercício de 1997. Assim, o médico está isento de qualquer cobrança por:

- a) Inscrição no quadro de médicos;
- b) Expedição de carteiras;
- c) Inscrição no quadro de especialistas;
- d) Substituição de carteiras - 2ª via
- e) Expedição de cédula de identidade - 2ª via
- f) Certidões.

Art. 7º - A cobrança da anuidade devida por pessoas físicas para o ano de 1997 será feita por meio de um sistema em que a parcela do Conselho Federal de Medicina será automaticamente creditada em conta deste Conselho Federal no ato de seu recolhimento.

Parágrafo Único - Os Conselhos Regionais deverão repassar também, de modo imediato, ao Conselho Federal de Medicina, as parcelas devidas referentes a anuidades e taxas por eles recebidas diretamente.

Art. 8º - Os carnês de cobrança serão emitidos e postados pelo Conselho Federal de Medicina ou pelos Conselhos Regionais respeitando os termos do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo Único: Os Conselhos Regionais que optarem pelo disposto no "caput" deste artigo deverão fazê-lo através de convênio com instituições bancárias oficiais, encaminhando cópia do mesmo ao Conselho Federal de Medicina até 31.12.96.

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 24/10/1996

# MÉDICO AUDITOR

Resolução CFM nº 1466/96

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

CONSIDERANDO as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 em seu Artigo 16, inciso XIX e 8.689, de 27 de julho de 1993, no seu artigo 6º, que preveem o Sistema Nacional de Auditoria em todos os níveis de governo;

CONSIDERANDO o Decreto Presidencial nº 1651 de 28 de setembro de 1995, que cria e regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria;

CONSIDERANDO o disposto no Código de Ética Médica, mais especialmente em seus artigos 81, 102, 118, 120 e 121;

CONSIDERANDO os pareceres que tratam do assunto, aprovados em Sessões Plenárias do Conselho Federal de Medicina sob os nºs. 44/89, 28/92, 02/94, 03/94, 18/96;

CONSIDERANDO que a responsabilidade pela posse e guarda dos documentos médicos é das unidades prestadoras, ratificado em acórdão do Supremo de nº 39.308, de 19 de setembro de 1962;

CONSIDERANDO a óbvia necessidade de que as ações de auditoria assistencial devam ser realizadas no local da ocorrência dos fatos para ensejar, "in loco", a observação dos fatores objetivos e subjetivos que envolvem os mesmos;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária deste Conselho realizada em 13 de setembro de 1996.

RESOLVE:

Art. 1º - O médico auditor deve exercer suas atividades com absoluta isenção e autonomia, responsabilizando-se, igualmente, pela manutenção do sigilo profissional.

Art. 2º - O acesso ao prontuário médico, para efeito de auditoria, deve ser feito nas dependências da unidade responsável pelo atendimento.

Art. 3º - O Diretor Técnico ou o Diretor Clínico deve garantir ao médico/equipe auditoria, todas as condições para o desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 4º - Esta Resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais e não apenas àquelas do âmbito do SUS.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 1996.

Waldir Paiva Mesquita  
Presidente

Antonio Henrique Pedrosa Neto  
Secretário-geral

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/9/96

Arq. Cons. Region. Med. do PR.  
13(52):362, 1996

# RECOMENDAÇÃO DE NÃO-COMPARECIMENTO A CONGRESSO MÉDICO NÃO CONFIGURA ILÍCITO ÉTICO

Parecer CFM

## HISTÓRICO

O médico E. C. Gauderer consulta o CFM a respeito das implicações éticas da recomendação feita aos associados pela Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria no BI nº 5/92, no sentido de "não participarem" do Congresso Mundial da Especialidade. Pergunta se a recomendação não fere o artigo 5º do Código de Ética Médica que diz: "O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor progresso científico em benefício do paciente".

## CONSIDERAÇÕES

A rigor não se trata de um Processo Consulta mas de uma denúncia travestida de consulta, configurando a priori duas pequenas impropriedades formais: a primeira na forma e a segunda quanto ao destinatário que deveria ser o CRM da jurisdição.

## LEGISLAÇÃO

O artigo 5º do CEM configura um dever do médico, qual seja aprimorar seus conhecimentos em benefício do paciente; exorta-o a estudar e instruir-se para servir melhor ao beneficiário. Configura um dever e constitui uma recomendação ao profissional para que busque renovar e aprimorar técnicas ou conhecimentos, quer seja mediante curso, congresso, simpósio ou leitura de livros e periódicos. A SBP através de sua Diretoria, portanto médicos responsáveis e apoiada em razão de natureza doméstica, recomenda a não-participação em congresso por motivos não explicados. Mas não veda nem proíbe ao associado médico a sua participação. A rigor não inibe nem contraria o dever do médico prescrito no artigo 5º.

Por outro lado a entidade SBP não constitui organização prestadora de serviços médicos como preceitua o artigo 2º de CEM, passível de enquadramento e sujeição ao código, embora seus diretores sim, na qualidade de médicos inscritos nos Conselhos. Mas não é o caso. Daí não caberia em princípio denúncia contra a entidade, mas contra os seus médicos diretores, se tanto e, junto aos Conselhos respectivos.

A legislação portanto permite ao médico como um dever e não se aplica à instituição não prestadora de serviço médico, como ainda não configura obrigação da mesma.

## CONCLUSÃO

Pelo exposto somos de parecer, inobstante o lamentável atrazo, que a consulta parece equivocada em sua forma, cabendo, se tanto, a denúncia ao Conselho devido. Em princípio não vemos como responsabilizar uma entidade pela não realização dos objetivos recomendados no artigo 5º - Direito e Dever do Médico a quem cabe decidir com soberania. A entidade não proíbe nem veda a ida ao Congresso, apenas recomenda em contrário por razões explicitadas. Cabe ao associado através dos canais competentes e junto à AMB argüir sobre a pertinência da recomendação em epígrafe, vez que parece conflitar apenas com seus deveres associativos, técnicos e promocionais.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Brasília, 31 de outubro de 1994

Julio Cezar Meirelles Gomes  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 08/02/95

# A LUTA MÉDICA CONTRA O OCULTO INIMIGO INTERNO

Paulo Pontes\*  
Marcos Saevat\*

Precisamos proteger concretamente o profissional liberal-autônomo, seja prestador de serviços ao SUS ou aos usuários de planos de saúde, e controlar as práticas médicas mercantilistas em defesa do sistema de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços.

Precisamos evitar a ingenuidade de só acusar inimigos externos: empresas e governo, e estar dispostos a enfrentar o clamoroso "inimigo interno", os maus médicos.

Nós médicos somos também parte do problema, somos nós mesmos que fazemos acordos abaixo da tabela, são alguns de nós que exploram colegas mais novos, e são esses que, junto com as empresas e governo, lucram, e muito, com o aviltamento originado da grande quantidade e péssima qualidade de médicos (de) formados.

São médicos os que simulam ensinar nas faculdades que formam levas de portadores de registro no CRM. São médicos os que se opõem às provas de Ordem para exercer a Medicina após a formatura, e aceitam o credenciamento pelos burocratas. São colegas que falam em defender usuários, em prejuízo da classe médica, insistindo em mentir ao garantir-lhes uma ótima medicina por preços vis, tabelados em seu máximo. São médicos alguns dos que acusam colega como se fôssemos a única causa dos problemas, e omitem o fato de sermos também vítimas e conseqüências. São também médicos alguns dos que impedem os próprios colegas de resgatarem seu direito constitucional de determinar o valor de seu serviço, conforme seus próprios conceitos e possibilidades. Em verdade, todos temos uma parcela no problema e em sua solução, como têm os comodistas cidadãos-usuários brasileiros, que querem tão somente ter um médico à sua disposição, eficiente, humilde e barato (como sal) e poder, é claro, exigir tratamento de 1º mundo, ir à imprensa, processar por qualquer motivo, em troca de milhões (afinal, quanto vale uma vida?) e sempre lembrando, como razão para toda essa opressão, o notável e inegável juramento de Hipócrates. Seremos hipócritas para ocultar todo esse conflito de interesses, abortado do livre voto popular, mal exercido, que sustente todo esse mal? Quando seremos finalmente unidos para efetivamente defendermos o verdadeiro médico e seu exercício profissional, e mantê-lo ético e viável na sociedade selvagem em que vivemos?

A Medicina Brasileira será melhor se:

- \* Pararmos de formar tantos (e maus) médicos;
- \* Inibirmos firmemente as atitudes comerciais e mercantilistas;
- \* Favorecermos concretamente os médicos éticos, competentes e dedicados;
- \* Abrirmos e reorientarmos o mercado de trabalho médico;
- \* Esclarecermos os consumidores sobre a importância de ser médico, e não tanto empresário;
- \* Esclarecermos os consumidores sobre a importância da autonomia e da motivação;
- \* Esclarecermos os consumidores sobre a importância de pronto-pagamento e da dignidade;
- \* Os CRMs, como autarquias, puderem cumprir seu papel normatizador e fiscalizador.

Transcrito do JAMB de 09/96.

---

\* Coordenadores Defesa Profissional AMB

## **APELO DO PACIENTE À EQUIPE MÉDICA**

Evaldo A. D'Assumpção\*

Quando me levarem para a sala de cirurgia, por favor, não me deixem sozinho e sem qualquer informação sobre o que será feito em seguida. Para vocês, o Bloco Cirúrgico é bastante conhecido, tudo nele lhes é familiar. Afinal, vocês passam, nele, metade de seu dia. Mas, para mim, mesmo que não seja minha primeira cirurgia, tudo é novidade, tudo é assustador. Porém, se alguém conhecido, especialmente o meu cirurgião ou um dos membros de sua equipe que eu já conheça, estiver junto de mim, estarei seguro e me será mais fácil enfrentar tudo o que vier em seguida.

Quando me passarem para a mesa de cirurgia, por favor me cubram com algo para me aquecer. A sala de cirurgia é sempre muito fria, mesmo no verão. Mais ainda quando o ar condicionado está funcionando. Como vocês estão completamente vestidos, muitos já com o capote e luvas cirúrgicas, certamente não imaginarão o frio que se sente com uma simples camisola. Especialmente quando, além de tudo, se é aquele que será operado!

Se possível, evitem arrumar os equipamentos e instrumentos cirúrgicos, enquanto eu estiver acordado, na mesa de cirurgia. É extremamente estressante ver todo aquele instrumental e aparelhos que deverão ser usados em mim. Sei que tudo será em meu benefício mas, nem por isto, os ruídos de instrumentos sendo colocados em uma mesa deixam de ser causa de muito temor e angústia para mim. Façam-nos, pois, antes da minha chegada, evitando-me mais este sofrimento.

Não contem defeitos de equipamentos ou reclamem da falta de medicamentos na sala de cirurgia, depois que eu estiver lá dentro ou onde possa escutar tais reclamações. É terrível saber que determinado material está faltando ou que se apresenta defeituoso, tendo-se consciência de que ele deverá ou deveria ser usado em meu tratamento. Certamente minha angústia diante de tal fato irá contribuir, sensivelmente, para complicações posteriores.

Quando forem me preparar, respeitem o meu pudor. É extremamente desagradável ver-se despido diante de tantas pessoas, mesmo sabendo que são profissionais acostumados a estas situações. Mas, por favor, lembrem-se de que eu não estou acostumado a me despir diante de pessoas estranhas!

Respeitem também, eu lhes peço, o meu medo. Mesmo os maiores heróis, diante de uma situação de cirurgia iminente em si próprios, certamente irão tremer. Afinal, tudo é estranho, tudo é ameaçador. Se eu pedir para esperarem um pouco, não percam a paciência comigo. Afinal, a profissão de vocês é esta e eu espero que a exerçam com muito amor. Se me explicarem, em linguagem compreensível para um leigo, o que vai ser feito, certamente vou entender - eu não sou "burro!" - e então poderei cooperar com todos. Mas, lembre-se: cada pessoa tem seu próprio tempo para se acalmar. Respeitem pois o meu tempo!

Se eu não estiver cooperando como vocês gostariam, desculpem-me e ajudem-me a tranquilizar para melhor ajudá-los. Não me tratem com impaciência nem me agridam com reprimendas ríspidas. Afinal, eu nada sei de cirurgia e se me movimento ou coloco a mão onde não devia, não o faço por mal. São atos instintivos de defesa que realizo por desconhecer as regras e as necessidades técnicas, e por medo de algo que me ameaça. E vocês, já pensaram que podem ser vocês mesmos, a ameaça de que tanto tenho medo?

---

\* Cirurgião Plástico

Tratando-me com carinho e paciência, certamente irão me conquistar e eu irei ajudá-los muito mais do que pensam!

Se a anestesia utilizada for a local ou a regional, certamente eu estarei acordado e muito atento a tudo que se passar em redor de mim. Mesmo com alguma sedação, o meu medo me fará estar extremamente ligado a tudo que eu imaginar ou me parecer ligado à minha pessoa. Portanto, evite conversas que podem demonstrar desinteresse pelo meu tratamento. Vocês podem estar tão descontraídos que falarão de futebol, programas de televisão ou de política, com a maior naturalidade. Mas isto irá me parecer um grande desinteresse pelo que estão me fazendo. E eu irei sofrer muito mais do que já estarei sofrendo. Se surgirem complicações no pós-operatório, certamente irei atribuir este fato ao desinteresse da equipe durante a cirurgia.

Se a anestesia for geral, durante a indução da anestesia, por favor, façam todo o silêncio possível. Naquele momento de passagem da consciência para a inconsciência, tudo o que acontecer na sala será de extrema importância para mim. Poderei dormir com segurança e tranquilidade ou então inteiramente transtornado por tudo que ouvi, sem compreender o que acontecia. E, depois de anestesiado, lembrem-se de que continuo merecendo todo o respeito como quando acordado. Zombar de mim, do meu modo de ser ou de falar, de meu corpo, será uma enorme falta de ética e de caráter, coisa que jamais poderia aceitar em um grupo para o qual estou entregando a minha própria vida. É bom lembrá-los de que, por razões ainda não bem explicadas, muitas pessoas são capazes de ver e ouvir, mesmo anestesiadas, lembrando-se de tudo o que aconteceu, quando voltam da anestesia...

Finalmente, quero lhes pedir que respeitem minha condição de "ser humano", independentemente de ser um paciente particular rico, ou um anônimo indigente, recolhido pelas ruas. Afinal, sou alguém exatamente igual a vocês, filho do mesmo Pai, criatura do mesmo Criador. E, só por isto, mereço o mesmo respeito que vocês dedicam às suas mães, a seus irmãos e a vocês mesmos. Ainda que não acreditem no Deus Criador de tudo e de todos, façam por mim, o mesmo que gostariam que lhes fizessem! Muito obrigado!

Transcrito do Jornal do CFM



## REPRESENTANTES DE LABORATÓRIOS : EFETIVOS SE UTILIZADOS ADEQUADAMENTE

Airton Stein\*

Os representantes de laboratórios modificam os hábitos de prescrição dos médicos (melhor do que qualquer artigo de revista ou educador formal). Eles têm um papel de maior relevância na atualização dos médicos do que poderia ser esperado. Nos EUA há um representante para cada 15 médicos - uma razão que certamente faria inveja a muitas faculdades, que têm uma proporção estudante/professor menor.

A estratégia de marketing das indústrias farmacêuticas oferecem o seu produto acompanhado de presentes, brindes, além de conhecimento de fácil acesso ("mastigado") aos médicos que, muitas vezes, não têm tempo de procurar atualização nas fontes mais adequadas. Em outras palavras, obter a informação apenas a partir dos representantes requer esforço mínimo, havendo necessidade de realizar uma maior disseminação de conceitos básicos de epidemiologia clínica assim como realizar análise de artigos científicos. Uma das formas mais eficientes para identificar o medicamento mais apropriado é através da pesquisa do MEDLINE (disponível a todos os sócios da Amrigs), combinando com táticas de medicina baseadas em evidência.

No Brasil é muito disseminado a aplicação de "pesquisas encomendadas" pelo laboratório, geralmente realizada por médicos com destaque e liderança na formação de opinião. Estas pesquisas seriam de muita utilidade para uma vigilância dos efeitos colaterais dos medicamentos recentemente lançados e infelizmente não tem este propósito. Os comitês de Ética dos hospitais devem estar preparados para lidar com as propostas da pesquisa.

A visita do representante tem um objetivo bem definido - prescreva a droga, que é apresentada como uma pílula dourada para a doença indicada, obviamente descrevendo como melhor do que a concorrente. No entanto, esta informação poderia servir de alerta sobre uma nova medicação que está sendo lançada.

No processo de avaliação do medicamento deve ser considerado a relevância e validade da informação apresentada. E caso esta informação seja irrelevante ou inválida não tem utilidade. A validade da informação apresentada pelo representante do laboratório varia de acordo com o seu nível de conhecimento e com o seu compromisso de comunicar a mensagem. Em análise recente de acurácia de informação dos representantes foi demonstrado que uma em cada dez afirmações - todas nas quais favorecendo o seu produto - não tinham respaldo na literatura da própria companhia.

Uma outra forma útil de avaliar informação fornecida pelos representantes de laboratório é através dos seguintes itens: STEP - letras iniciais para **S**egurança, **T**olerância, **E**fetividade e **P**reço. Todos os quatro atributos devem ser considerados quando se pesa a vantagem de uma droga em relação a outra. Segurança refere-se à probabilidade de efeitos colaterais causados pela droga. Tolerabilidade é melhor medida pela comparação da taxa de adesão entre a nova droga e a que está competindo. A melhor forma de avaliar efetividade é comparar a nova droga com a sua favorita para a mesma indicação. A informação necessária para realizar esta avaliação muitas vezes é difícil, especialmente sabendo-se que a pesquisa financiada por uma companhia farmacêutica pode não ser publicada se os resultados mostrarem nenhum benefício desta droga com aquela que está competindo. O custo da droga deve incluir não apenas os custos diretos mas qualquer

\* Diretor de Relações Públicas e Sociais AMRIGS

custo indireto, como por exemplo monitoração ou visitas extras ao médico.

Informação não é a única forma de comunicação dos representantes de laboratórios: eles também fornecem presentes, alimentação gratuita, passagens para congresso, organização de congressos e outras formas para persuadir que os médicos prescrevam os medicamentos da sua companhia. Considerando que reciprocidade é uma característica da natureza humana, os médicos devem desenvolver uma abordagem racional descrita acima e os sentimentos despertados pela estratégia do marketing das indústrias farmacêuticas serem discutidos em encontros científicos e no intervalo do atendimento entre um paciente e outro com os colegas.

A melhor forma de evitar os problemas que podem ser causados pelos representantes dos laboratórios é solicitar que eles revisem a relevância e a validade da informação sobre a nova droga. A meta principal do representante é promover um produto, mas uma abordagem ativa pelo médico pode transformá-lo em fonte útil e acurada de informação. (O presente artigo utilizou dados do editorial da revista British Medical Journal 7045(312):1494, de 15 de junho de 1996)

Transcrito do Jornal de AMRIGS de 07/96.

**Nos consideramos o cidadão que se mostra estranho ou indiferente à política como um inútil à Sociedade e à República.**

**(Discursos de Pérides, em Tucídides)**

# RESPONSABILIDADE DO MÉDICO RESIDENTE EM ANESTESIOLOGIA E DE SEU PRECEPTOR

## EMENTA

**É vedado ao médico preceptor responsabilizar-se por atos anestesiológicos simultâneos, ainda que no mesmo ambiente cirúrgico.**

## DA ANÁLISE

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco - CREMEPE, Cons. Silo de Holanda, envia, através do ofício CREMEPE nº 1430/94, cópia do parecer do Cons. Bernardo Sabat, com adendo do Plenário acerca da redação de um documento que seria remetido ao Conselho Federal de Medicina (CFM) por tratar-se de matéria de âmbito nacional relacionada ao Código de Ética Médica envolvendo médicos anestesistas/residentes. O parecer em questão foi elaborado em resposta à consulta formulada pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, mediante o ofício nº 88/93, de 30 de novembro que transcrevo abaixo in totum:

**"Solicitamos parecer sobre a adequada interpretação da Resolução CFM nº 1363/93, no que diz respeito à preceptoria por anestesiológico em um centro cirúrgico de hospital com programa de residência médica em anestesiologia. A referida preceptoria será exercida em três ou mais salas cirúrgicas, onde cada paciente terá um médico residente de Anestesiologia do início ao fim do procedimento, responsável pela condução anestésica, cabendo ao preceptor a supervisão dos mesmos.**

**Lembramos que esses residentes em programa de residência, são médicos anestesistas em unidades de saúde públicas ou privadas em Pernambuco.**

Atenciosamente

Prof. Miguel Doherty  
Diretor Superintendente."

O Conselheiro Bernardo Sabat, após uma série de considerandos bastantes pertinentes, conclui que um médico anestesista não pode ser escalado simultaneamente em duas cirurgias, mesmo tendo a participação de um médico residente em cada uma das cirurgias. O Diretor Superintendente, Prof. Miguel Doherty, por entender correta a supervisão de anestésias simultâneas realizadas por dois residentes, rebate o referido parecer pelas seguintes razões:

- 1- O residente de Anestesiologia já é médico e, como tal é legalmente apto a dar anestesia, devendo ter o discernimento de sua competência para conduzi-la.
- 2- Esta é uma prática corrente em todos os centros de anestesiologia do País.
- 3- Só é conferido o direito de proceder anestesia aos residentes que estejam no 1º ano do programa de residência, ou seja, após um ano de treinamento sob supervisão direta.
- 4- Essa forma de aprendizado é importante para o programa de treinamento, pois cabe ao residente verificar, na prática, a aplicação dos conhecimentos adquiridos, mas sob supervisão, simultânea de preceptores em 02 salas.

5- A medida é anti-social, pois irá reduzir a assistência cirúrgica à população já carente de assistência cirúrgico-anestésica.

Esperamos a reavaliação do parecer com essas ponderações. A respeito, o Conselheiro Bernardo Sabat responde: "...Devemos dizer que o médico residente, durante as atividades do programa de residência médica, está subordinado e amparado pelas regras deste programa. Desta forma, não há dúvida de que o mesmo tem o direito de exigir um preceptor acompanhando as suas atividades, mesmo que a Administração do hospital ou CREMEPE venham, hipoteticamente, deliberar o contrário. Isto se aplica ao médico residente em qualquer período de suas atividades.

Por outro lado, programar para o preceptor de anestesia a supervisão de duas anestésias implica em colocá-lo como responsável sobre dois atos anestésicos simultâneos. Esta situação, por sua vez, vai de encontro às normas já definidas que impedem um médico anestesista de ser responsável por duas anestésias simultâneas, seja sozinho ou dividindo responsabilidades.

Por fim, concordamos com o Prof. Doherty em que muitos médicos anestesistas residentes possuem condições técnicas de realizar sozinho um procedimento anestésico e que o nosso parecer contribui para diminuir a disponibilidade desses profissionais. Entretanto, infelizmente, o nosso parecer limita-se à aplicação das normas do programa de residência médica e do código de Ética Médica sobre o problema em questão, não sendo, portanto, uma opinião, mas uma interpretação daquelas normas e leis".

## **DO PARECER**

O Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência em Medicina constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituição de saúde, universitária ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. O texto da lei deixa bastante claro que a residência médica é modalidade de ensino de pós-graduação: o residente procura a residência para aprender, ganhar conhecimentos e habilidades que o tornem um especialista e, para tanto, submete-se a um critério de seleção rígido - na medida em que há uma demanda muito maior do que a oferta de vagas nas residências credenciadas. O mais importante e louvável é que esse profissional não precisaria da especialidade para trabalhar haja vista que, em nosso País, o curso médico é considerado terminal.

O limite da atuação médica é o da consciência de cada um. Por outro lado, nada há que obrigue uma instituição de saúde a oferecer residências médicas. Nesse contexto, quer me parecer que existe um acordo entre as partes de tal forma que, de um lado, se oferecem profissionais médicos de elevada competência ética e profissional como preceptores e, de outro, o residente obriga-se a um treinamento em serviço, com dedicação exclusiva.

Na mesma linha de raciocínio não se pode aceitar um preceptor de elevada competência ética que descumpra uma resolução oriunda do órgão que, por imperativo da lei que o criou, dita os limites éticos da atividade médica - o Conselho Federal de Medicina. Este egrégio órgão disciplinador normatiza o ato anestésico através da Resolução nº 1363/93, cujo no Art. 1º parágrafo II, abaixo transcrito, dirime exemplarmente a questão. Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, assim como manter a vigilância permanente ao paciente anestesiado durante o ato operatório, o médico anestesista deve estar sempre junto a este paciente:

Parágrafo II - É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico;

O residente, em processo de aprendizado segundo as normas do programa de residência médica, tem direito a um preceptor que o oriente e esse preceptor não pode exercer essa atividade em duas ou mais salas simultaneamente sem resvalar numa infração ética.

É o que ensina o Prof. Genival Veloso de França em seu livro Direito Médico, ao definir "Responsabilidade Derivada ou Responsabilidade Compartida". Nela, cada membro de uma equipe médica carrega consigo a co-responsabilidade por atos médicos executados no âmbito da instituição prestadora da assistência médica. Portanto o preceptor não pode ser co-responsável em dois atos simultâneos sem ferir a Resolução nº 1363/93.

Na verdade, o papel do médico residente, em qualquer hospital, é antes de tudo o de operar mudanças que levem à atualização de todo o corpo clínico, proporcionada pelas sessões clínicas, seminários e correlações clínico-patológicas obrigatórias na sua formação. É fazer a humanização do atendimento exercendo o elo de ligação entre o corpo clínico e o paciente, de forma a procurar entender este último em sua totalidade biopsicossocial.

Limitar a residência médica à realização de atos relacionados à especialidade, dissociados da visão crítica fundamental, é deixar passar uma oportunidade única na formação médica, é desvirtuar seus objetivos adrede estabelecidos.

A ser dessa forma, melhor que se encerre o programa de residência médica e se contrate profissionais com a função de cumprir o contrato de trabalho no exercício de seu mister.

Será mais honesto do que desvirtuar um programa fundamentalmente de ensino pós-graduado ao qual se submetem, de forma espontânea, jovens imbuídos do mais louvável dos sentimentos: a busca do saber mais, do aprimoramento técnico-científico.

É o parecer S.M.J.

Brasília, 11 de abril de 1995

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/7/95

**Você quer se anunciar especialista  
Registre urgente seu diploma de especialista no CRM.  
É obrigatório.**

# **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ E O MINISTÉRIO PÚBLICO ESTABELECEM CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA**

O presente instrumento, representativo de um convênio que ajustam o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, representado por seu Presidente, DR. LUIZ SALLIM EMED, doravante denominado primeiro pactuante e o MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ, através de seu Procurador-Geral de Justiça, DR. OLYMPIO DE SÁ SOTTO MAIOR NETO, doravante denominado segundo pactuante, tem por objetivo integrar as atuações de ambas as entidades, fixando princípios de cooperação técnica, para melhor realização da prática da medicina dentro dos princípios éticos-legais, estabelecidos pelo Código de Ética Médica em vigor, em defesa da sociedade e do livre acesso a saúde.

## **CLÁUSULA PRIMEIRA - O OBJETO**

1.- O convênio objetiva estabelecer cooperação mútua entre as partes, visando a adequada prestação de serviços médicos ao cidadão.

## **CLÁUSULA SEGUNDA - AS ATRIBUIÇÕES E OS ENCARGOS**

1.1.- Ambos os pactuantes garantirão assistência recíproca na realização de seus objetivos institucionais, observadas as atribuições legais de cada entidade, conferindo-se prioridade na execução de tais atos;

1.2.- O segundo pactuante comunicará ao primeiro, para que este atue dentro de suas atribuições legais, sempre que receber reclamações contra médicos no exercício da profissão;

1.3.- Quando solicitado, o primeiro pactuante prestará orientação e apoio técnico ao segundo pactuante, visando a apuração de fatos decorrentes de má prática da medicina, quer no plano singular, quer no plano difuso, coletivo e/ou individual homogêneo, quer sejam os interessados entes de natureza privada ou pública, independentemente da avaliação ética que lhe incumbe;

1.4.- Caberá aos pactuantes, no menor prazo possível, a partir da assinatura deste convênio, expedir orientação aos que devam conhecê-lo, no sentido de dar pronto e adequado atendimento ao objeto desta convenção.

## **CLÁUSULA TERCEIRA**

As questões relativas ao cumprimento do objeto do presente convênio, serão encaminhadas pelo segundo pactuante ou pelos Promotores de Justiça, às representações regionais do Conselho Regional de Medicina, existentes nas cidades de: Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Guarapuava, Foz do Iguaçu, Cascavel, Cornélio Procópio, Pato Branco e Umuarama, e vice-versa.

## **CLÁUSULA QUARTA - O PRAZO**

1.1.- O convênio entrará em vigor na data de sua assinatura e vigirá por tempo indeterminado, podendo todavia ser rescindido por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de trinta dias.

## **CLÁUSULA QUINTA - O FORO**

1.1.- Indica-se o foro da Comarca de Curitiba, para resolver eventuais pendências que resultarem deste convênio.

Desta forma, ajustado, firmam os pactuantes o convênio, na presença de duas testemunhas, que também o assinam.

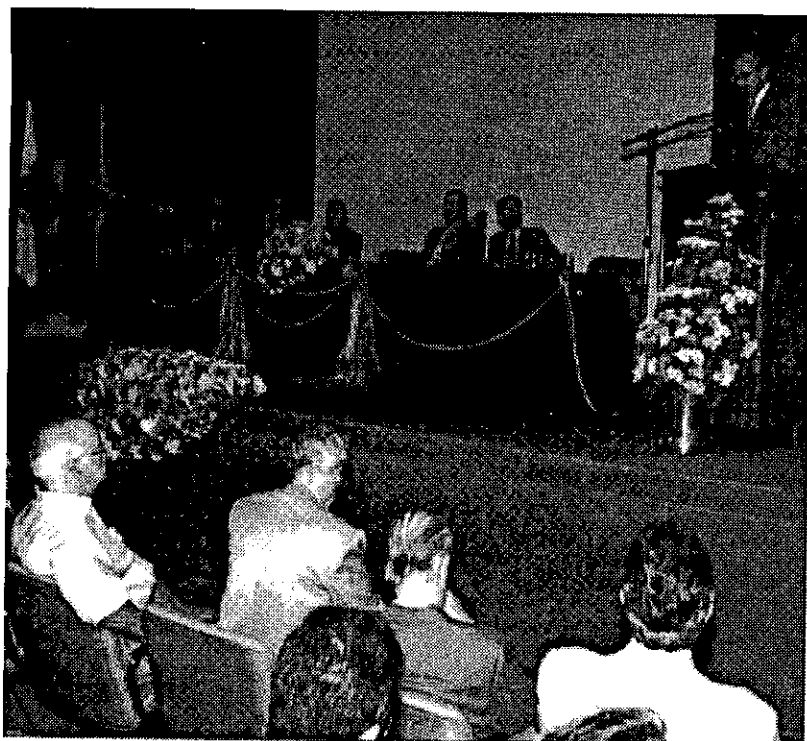
Curitiba, 02 de dezembro de 1996.

Dr. Luiz Sallim Emed  
Presidente do CRM-PR

Dr. Olympio de Sá Sotto Maior Neto  
Procurador-Geral de Justiça

Arq. Cons. Region. Med. do PR.  
13(52):372, 1996

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**"DIPLOMA DE MÉRITO ÉTICO-PROFISSIONAL"**  
**50 anos de exercício de medicina sem sansões éticas**



**Médicos Agraciados em 1996**

DR. ACIR RACHID - CRM 388  
DR. AMUR FERREIRA - CRM 735  
DR. AYRTON RICARDO DOS SANTOS - CRM 264  
DR. CÍCERO TIZZOT FILHO - CRM 104  
DR.º FANI FRISCHMANN AISENGART - CRM 136  
DR. GASTÃO PEREIRA DA CUNHA - CRM 184  
DR.º HENRIQUETA KUHN RIBEIRO - CRM 1986  
DR. HERMES PACIORNIK - CRM 193  
DR. JOAQUIM VICENTE XAVIER DE CASTRO - CRM 02  
DR. LAUFRAN MACEDO XAVIER VILLANUEVA - CRM 206  
DR. LESZEK DUSZCZAK - CRM 522  
DR. MUCIO FERREIRA DE ABREU NETO - CRM 239  
DR. RUBEM ANTONIO NOGUEIRA DE FRANÇA - CRM 404  
DR. SARANDY DE PAULA LACERDA - CRM 829  
DR. WALDEMAR SCARDAZZI - CRM 1582  
DR. WALMYR MAINGUÉ - CRM 242

**MÉDICOS HOMENAGEADOS PRESENTES À SOLENIDADE NO  
"DIA DO MÉDICO".**



**Dr. CÍCERO TIZZOT FILHO  
Dr. HERMES PACIORNIK  
Dr. AMUR FERREIRA**



**Dra. FANI FRISCHMANN AISENGART  
Dr. AYRTON RICARDO DOS SANTOS  
Dr. WALDEMAR SCARDAZZI**



**Dr. WALMYR MAINGUÉ  
Dr. GASTÃO PEREIRA DA CUNHA  
Dr. LAUFRAN MACEDO XAVIER VILLANUEVA  
Dr. MUCIO FERREIRA DE ABREU NETO**



## **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ CONCURSO "MELHOR MONOGRAFIA DE ÉTICA MÉDICA" - 1996**

**"A Ética e as Condições de Trabalho Médico".**

1º lugar - Adriana Carla de Miranda Magalhães - Belo Horizonte - MG

2º lugar - José Américo Penteadado de Carvalho - Promotor de Justiça - Curitiba - PR  
Manoel José Alves Carneiro - Rio de Janeiro - RJ



Presidente de CRM, Dr Luiz Sallim Emed faz a entrega dos prêmios aos vencedores do concurso sobre Ética Médica. Adriane Magalhães e José de Carvalho

## **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**

**"Medalha de Lucas - Tributo de Mérito Médico".**

Premiação recém instituída, com objetivo de distinção à médico, por seu trabalho médico, social e humanitário. A escolha do Plenário do CRM contemplou o Dr. Helio Brandão pelo seu trabalho no "Club da Soda".



O Dr. Helio Brandão recebe das mãos do Presidente do CRM PR, Dr. Luiz Sallim Emed sua premiação no Dia do Médico.

# MUSEU DE MEDICINA

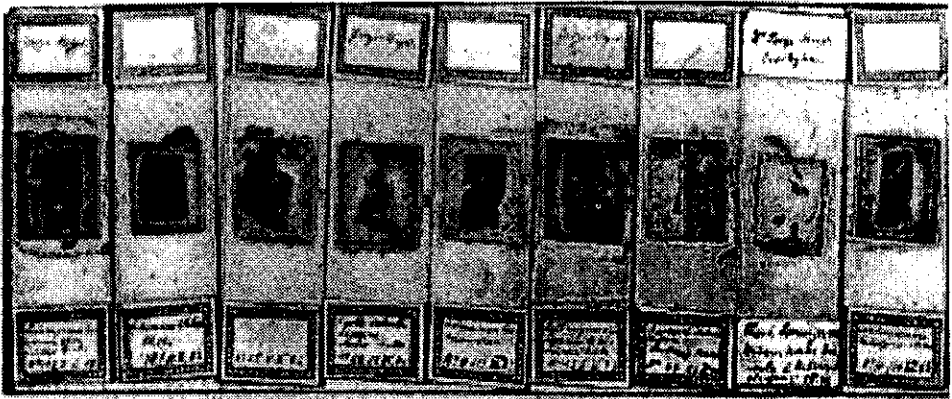
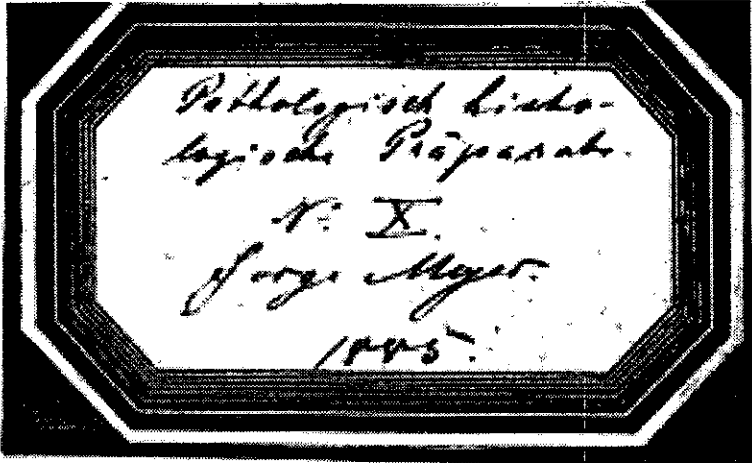
Associação Médica do Paraná

Ehrenfried Wittig - Diretor de Museu

Colabore com 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 consultório, vestuários, etc.

Ligue para a secretaria da AMP: 342-1415



## COLEÇÃO DE LÂMINAS

Coleção de lâminas de anatomia-patológica realizadas pelo Dr Jorge Meyer entre 1878 e 1885. As 20 lâminas apresentam em excelente estado de conservação, podendo-se ler o nome do paciente, diagnóstico da enfermidade, data do exame. Ao microscópio pode-se fazer a leitura da lâmina sem dificuldade.

Doação: Hospital São Francisco

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

## COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

### 1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Mario Lobato da Costa  
Cons. Roberto Bastos de Serra Freire  
Cons.ª Ana Zulmira Eschholz Diitz  
Cons. Antonio Carlos Bagatin  
Cons. Moacir Pires Ramos  
Cons. Donizete Dimer Giambardino 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 Letchacovsk de Mello

### 3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

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

### 4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi  
Cons. Donizetti Dimer Giambardino Filho  
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)  
Cons. Mário Luiz Luvizotto  
Cons.ª Mara Albonéi Dudeque Planovski

### 5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.ª Eleusis Bonconi de Nazareno  
Cons. João Batista Marchesini  
Cons. Mônica De Blase Wright Kastrup

### 6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Cons. Carlos Castello Branco Neto  
Cons. José Carlos de Miranda  
Cons. Luiz Jacinto Siqueira (Ponta Grossa)  
Cons.ª Mônica De Blase Wright Kastrup  
Cons. Nelson Antonio Banfatti Filho (Foz do Iguaçu)

### 7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

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

### 8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Cons. Alberto Aciloly Veiga

### 9. COREGEDORIA DO CRM-PR

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

### 10. COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons.ª Mara Albonéi Dudeque Planovski

### 11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Gerson Zafalon Martins  
Cons.ª Ivanira Maria Martins  
Cons.ª Mônica De Blase Wright Kastrup

### 12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda  
Cons.ª Mônica De Blase Wright Kastrup

## DELEGACIAS REGIONAIS

### DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Presidente)  
Dr. Ivan Pozzi  
Dr. Junio Cordeiro  
Dr. Antonio Celso Busnardo  
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarelinhas  
Dr. Edgard Luiz Westphalen  
Dr. João Henrique Steffen Junior  
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira  
Dr. Mário Tadaiti Ina  
Dr. Sinésio Moreira Junior  
Dr.ª Suelli Aparecida Kubiack Gorta  
Dr. Walter Marcondes Filho

### DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende  
Dr. Kemal Jorge Chammass (Presidente)  
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)  
Dr. Mirao Okawa  
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)  
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado  
Dr. Natal Domingos Gianotto  
Dr. Mário Massaun Miyazato  
Dr. Cláudio Cordeiro Albino  
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Tesoureiro)  
Dr.ª Mana Tereza Coimbra  
Dr. Murilo Narciso

## DELEGACIAS SECCIONAIS

### DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)  
Dr. Luiz Jacinto Siqueira (Secretário)  
Dr. Isaac Silva Melhick (Colaborador)  
Dr. Enio Garletti (Suplente)  
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)  
Dr.ª Marii Marcias Tedy (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

### DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)  
Dr. Ildelfonso Amado Carro (Secretário)  
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (Colaborador)  
Dr. João Fetry (Suplente)  
Dr. Paulo Roberto Mussi (Suplente)  
Dr. Cesar Augusto Macedo de Souza (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

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

### DELEGACIA SECCIONAL DE UNUA RAMA

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