



ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 15 - n. 59 - julho / setembro - 98

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. Hélcio Bertolozzi Soares

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Daebes Galati Vieira
Drª Eleusis Ronconi de Nazareno
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Hélcio 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 Kastrop
Dr. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Odair de Floro Martins
Dr. Roberto Bastos da Serra Freire
Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

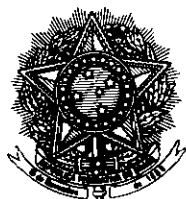
Dr. Adolar Nicoluzzi (***)
Dr. Alvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Drª Ana Zulmira Escholz Diniz
Dr. Antonio Carlos Bagatin
Dr. Antonio Katsumi Kay
Dr. Carlos Castello Branco Neto
Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Dr. Gilberto Saciloto (Guarapuava)
Dr. 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. 15	n. 59	p. 121-176	Jul./Set.	1998
--------------------------------	----------	-------	-------	------------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehke Braga Filho
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho
Iseu Affonso de Costa

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRM/PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil
E-mail crmpr@mais.sul.com.br
Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>
Postal Caixa Postal 2208
Telefone (041) 322-8238
Fax (041) 322-8465

TIRAGEM

13.500 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini Fotografia: Bia

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

Comunicare
Rua Francisco Scremin, 139. Fone (041) 352-2872
CEP 80450-320 - Curitiba - Paraná

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.
Índice geral editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro
de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores,
e está disponível na Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O material publicado nos "Arquivos" só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com sua permissão escrita e citação na fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação e de analisar e sugerir modificações no artigo

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word for Window, versão 6.0/Win 95 em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

Autor - nome(s) e sobrenome(s)

Procedência - O nome da instituição de origem deve ser registrada no rodapé da primeira página, seguindo-se do título ou grau de cada autor e endereço para correspondência sobre o artigo.

Resumo e Abstract - Com no máximo de 100 palavras, permitindo o entendimento do conteúdo do artigo. O Abstract deve conter antes o título em inglês.

Palavras-chave (unitermos) e key words - devem ser colocadas após o resumo e o abstract em número máximo de 6.

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 10 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 5.0

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Colocar em ordem numérica seqüencial e por ordem de citação, utilizando o mesmo número no texto. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, título do trabalho. Periódico abreviado pelo Index Medicus, volume (número), página inicial e final em algarismos arábicos e ano.

Livros - autores, título, edição, tradutor, cidade e editora, ano, volume, página inicial e final referidas.

Capítulo do livro - autores e título do capítulo, editores do livro, cidade, edição, tradutor, ano, volume, página inicial e final citadas.

Resumo - autores, título (seguido de abstract) Publicação, cidade, editora, ano, página inicial e final.

Exemplo: Werneck LC & Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuropsiquiatr. 43:281-295, 1985.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos publicados, no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e disponível na Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"
Conselho Regional de Medicina do Paraná
Curitiba - 1984
Trimestral
1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico
I. Conselho Regional de Medicina do Paraná
Arq. Cons. Region. Med. do PR.
ISSN 0104-7620

ABNT

Sumário

Partos Sem Distocia Por Enfermeiro Parecer CFM	121
O Ensino da Ética Médica Carlos Ehlke Braga Filho	123
Ética e Condições de Trabalho Médico José Américo Penteadado de Carvalho	126
É Permitido Fornecer os Dados Clínicos do Paciente nas Solicitações de Exames Complementares ? Parecer CFM	141
Admissão de Médicos no Corpo Clínico do Hospital Parecer CFM	145
Responsabilidade Médica: Prevenção de Acusações de Erro Médico. Medicina Defensiva Luiz Augusto Pereira	149
Relacionamento Médico/Convênio no Estabelecimento de Honorários Parecer CFM	156
Médico Estrangeiro: Conferencista Convidado Para Atuação Didática Resolução CFM N° 1.494/98	158
Auditoria de Assistência. Tempo Mínimo de Internação do SUS Parecer CFM	160
Assistência Médica ao Trabalhador. Perito Médico-Judicial Resolução CFM N° 1.488/98	163
Responsabilidade Civil dos Profissionais Liberais e o Ônus da Prova Paulo Luiz Netto Lobo	167
Atestado Médico Com Diagnóstico Resolução CFM N° 1.484/97	175
História da Medicina Ehrenfried Wittig	176

PARTOS SEM DISTOCIA POR ENFERMEIRO

Parecer CFM

PARECER

A Dra. Sandra de Souza Martins, Presidente do CRM/ES encaminha expediente ao CFM objetivando que seja elaborado parecer jurídico acerca de Ação Ordinária movida pelo COREN-ES contra o CRM-ES.

O tema em apreço teve origem em uma "Denúncia de Exercício Irregular da Profissão de Enfermagem" protocolizada pelo Hospital Fhasdomar - Fundação Hospitalar de Assistência Social Domingos Martins, junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo - CRM-ES, em decorrência da prática de partos por enfermeiro obstetra no âmbito do citado hospital.

Diante de tal fato, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo editou uma Ordem de Serviço determinando que os partos realizados no hospital em referência são de exclusivo responsabilidade de médico.

Irresignado, o COREN - Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo propôs uma Ação Ordinária Declaratória requerendo que sejam declarados nulos os documentos editados pelo Hospital Fhasdomar, bem como que seja declarado nulo o ato jurídico exposto na "Denúncia de Exercício Irregular da Profissão de Enfermagem", acatada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo.

Este Setor Jurídico foi instalado a se pronunciar sobre a matéria.

A Lei n 7.498/86, que versa sobre a regulamentação do exercício da enfermagem assim dispõe:

"....."

Art. 11 - O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

.....

II - Como integrante da equipe de saúde:

.....

i) execução do parto sem distócia;

.....

Á vista do exposto, os partos sem distócia podem ser realizados por enfermeiros, desde que supervisionados por médicos, posto que, para que seja configurada a ausência de distócia, mister se faz a realização do dignóstico respectivo, o que compete tão-somente ao médico.

Os atos realizados no âmbito da instituição hospitalar são de responsabilidade de seu Diretor Técnico, o qual responderá legal e eticamente por eles.

Diante disso, os enfermeiros devem submeter-se às normas internas do hospital em que laboram, bem como sujeitar-se à supervisão do médico.

Este assunto já foi anteriormente abordado em Parecer desta Casa, da lavra do Conselheiro Léo Meyer Coutinho, o qual ora anexamos.

Conclui o Ilustríssimo Sr. Conselheiro que:

(i) Havendo médico plantonista em estabelecimento hospitalar é imperativo que qualquer procedimento assistencial que exija diagnóstico, prognóstico ou terapêutico (clínico ou cirúrgico), seja efetuado por médico, ou sob sua supervisão e responsabilizada. Portanto, se na equipe há médico, a esta cabe a responsabilidade e decisão diagnóstica e terapêutica, executando ou supervisionando sua execução.

(ii) o Diretor Clínico poderá também ser responsabilizado por infração ao art. 17 do Código de Ética Médica.

(iii) caso ocorram intercorrências no pré, no pós ou durante o parto será a responsabilidade ética e legal do médico plantonista que aceitar passivamente essa situação;

(iv) a responsabilidade do médico cessará quando manifestar sua discordância ao Diretor Clínico, à Comissão de Ética, dando ciência também ao CRM de sua jurisdição, conforme dispõe o art. 22 do CEM.

CONCLUSÃO

À vista do exposto, os partos sem distócia podem ser realizados por enfermeiros, desde que supervisionados por médicos, posto que, para que seja configurado a ausência de distócia, mister se faz a realização do diagnóstico respectivo, o que compete tão-somente ao médico.

E o parecer, s.m.j.

Brasília, 28 de maio de 1998

Claudia G. Nogueira de Queiroz
Assessora Jurídica

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 04/06/98

Palavras Chave - Enfermeiro parteiro. Parto distóxico. Responsabilidade pelo parto.
Key Words - Nurse midwives. Dystocia childbirth. Responsibility of childbirth.

O ENSINO DA ÉTICA MÉDICA

Carlos Ehlke Braga Filho*

A crise de nossa civilização que está sendo impelida pelo progresso material, terá a curto prazo os instrumentos e meios para assegurar a definitiva expansão da vida inteligente no universo. Todos os meios vão se tornando acessíveis para o uso da liberdade enquanto, uma a uma, vão se obscurecendo as razões do ser livre.

A perda das virtudes cívicas e da essência ética leva a cisão da sociedade, por isso a lei não tem força para reformar sozinha os costumes e evitar a desintegração do Estado, pois a tragédia do mundo ético consiste nessa crise, na qual a cultura perde o sentido, o Estado perde a consciência de si, perde sua memória e sua história como nos ensina o Professor José Henrique Santos, da U.FMG.

John Naisbitt e Patrícia Aburdere em *Megatrends 2000*, estabelecem as dez novas tendências de transformação da sociedade nos anos 90 e que seriam os seguintes:

- 01 - explosão econômica global
- 02 - renascimento das artes
- 03 - livre mercado
- 04 - globalização da moda, comida e diversão
- 05 - privatização
- 06 - ascensão do oriente
- 07 - liderança das mulheres
- 08 - era da biologia
- 09 - renascimento religioso
- 10 - triunfo do indivíduo

É o último, o grande tema de convergência do final do século, caracterizando-se o respeito pelo indivíduo como alicerce da sociedade e unidade básica da mudança.

Se sedimentará o conceito de responsabilidade como filosofia ética em que todos somos responsáveis pela preservação do ambiente, pela prevenção de guerras, pela eliminação da pobreza e pela procura da saúde coletiva e individual.

Supõe-se que cairá por terra a filosofia dos sindicatos, pois aqueles que evitam a responsabilidade freqüentemente se esconde no coletivo e as diferenças individuais refletem a contribuição social e devem ser recompensadas e reconhecidas.

Estamos na Era em que a humanidade depende da criatividade do ser humano; qualquer pessoa pode chegar a gerente ou administrador, mas só será um líder aquele que através de sua conduta ética e da sua habilidade em criar um ambiente no qual cada indivíduo possa se realizar.

A velocidade dos avanços científicos tem ultrapassado a capacidade de assimilação ou mesmo o interesse das pessoas, a tecnologia não é boa ou má, ela é neutra. O importante é a forma que a usamos, e será preciso que as pessoas se desenvolvam espiritualmente para que possam assumir a responsabilidade de manipular a própria vida.

* Prof. Adjunto da Disciplina de Medicina Legal e Ética da UFPR. Advogado. Ex-Médico Fiscal do CRMPR. Médico Legista.

A engenharia genética representa a técnica mais importante da biotecnologia porque nos dá a chave que permite revelar o código da vida. A dúvida é se a humanidade está pronta para isso. Algum dia será possível identificar e escolher genes para qualquer característica herdada e será possível realizar uma vacinação completa com uma única picada. A experiência com clones surpreendeu pois poucas a imaginaram na realidade.

Filósofos, teólogos e deontólogos, cronicamente subempregados durante séculos estão sendo procurados por profissionais de recrutamento e seleção de executivos, nas comissões de ética de hospitais e conselhos penitenciários e em empresas de biotecnologia.

Augusto Conte "pai da sociologia" já afirmava ser a ética a mais geral e a mais complexa das ciências e hoje todos os países progressivamente vão destinando um espaço crescente para a ética nos currículos escolares.

Nos EUA há cerca de 5000 escolas ministrando filosofia para crianças, a partir da década de 70 foram implantados centenas de cursos de ética empresarial em universidades e instituições de 3º grau

As pessoas percebem que o mundo não é nem religioso nem é ateu, há a ética entre eles. Nos estudos de Michigam, Havaí, Missau, Nova Jersey, Califórnia e Tennessee por disposição legal o ensino da ética é obrigatório. Na área médica em 1983 apenas 4% dos hospitais americanos tinham comitês de ética, em 1987 já eram 60%.

Quando Brenda Winners descobriu que o filho que esperava sofria de anencefalia poderia optar pelo aborto, mas escolheu ter o bebê, mantê-lo vivo e permitir que seus órgãos fossem usados em transplantes, e afirmou: "Deus traz esses bebês para o mundo e eles devem e podem fazer algum bem, mesmo que não possam viver."

O ensino da ética nos cursos médicos ainda é tímido. A PUC-PR, implantou a disciplina de forma autônoma, com carga horária de 30 horas efetivamente ministradas e quase sempre ultrapassadas em razão do interesse que desperta nos acadêmicos.

O próprio Diretório Acadêmico Nilo Cairo da UFPR, está preocupado com a ética e tem promovido palestras e recentemente solicitou ao Presidente do CRM-PR, para conjuntamente organizarem um ciclo de palestras e debates.

Neste mês temos quatro pesquisas sobre Ética Médica sendo desenvolvida por grupos de estudantes de Medicina da Federal, o que demonstra o interesse do Acadêmico.

A Faculdade Evangélica de Medicina, conseguiu aprovar o novo currículo onde a Ética foi contemplada com 36 horas/aula.

Infelizmente a UFPR que foi pioneira quando em 1972 criou a disciplina de Deontologia Médica, nesse novo currículo para o Curso de Medicina anda no contrapé da história.

Por falha, omissão, desinformação e talvez vedetismo, denominou-se a disciplina de Medicina Legal e Ética, reservando-lhe uma carga horária de 60 horas, insuficiente para cumprir o conteúdo programático mínimo de Medicina Legal.

Esse erro histórico que une duas disciplinas distintas ainda pode ser corrigido pela Coordenadoria do Curso de Medicina na UFPR, com a compreensão da necessidade do ensino da ética de forma autônoma, em uma disciplina específica e sob orientação de um professor com compromisso com o ensino e ministrada dentro de um hospital escola.

É este sentido ético que a sociedade espera do médico e e nas palavras de Augusto Paulino Netto em discurso de posse na Academia Nacional de Medicina em 1989: "o verdadeiro médico deve ter sempre em vista que a grandeza do homem não está na riqueza, glória ou exercício do poder nem nas posições sociais, nem mesmo no brilho do seu talento e na vastidão de sua cultura, mas na força e na energia de seu caráter, na firmeza de suas convicções, é nelas que se acha a verdadeira nobreza do homem."

Palavras Chave - Ensino de ética; Ética na medicina - disciplina de ética. Braga Filho, CE.

Key Words - Ethics Teaching; Medical Ethics; Ethics Chair; Braga Filho, CE

O que é ser cidadão

"O cidadão é o indivíduo que tem consciência de seus direitos e deveres e participa ativamente de todas as questões da sociedade. Tudo o que acontece no mundo, seja no país, na minha cidade ou no meu bairro, acontece comigo. Então eu preciso participar das decisões que interferem na minha vida. Um cidadão com sentimento ético forte e consciência da cidadania não deixa passar nada, não abre mão desse poder de participação."

Herbert de Souza (Betinho)

ÉTICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO MÉDICO

José Américo Penteadó de Carvalho *

Pretende-se com este trabalho apresentar a visão da ética médica no contexto da crise do exercício profissional, relevando-se a importância das normas morais e do exercício ético dentro do atendimento médico como fatores de modificação da situação da Medicina e da saúde no país e ainda como medida de valorização do profissional médico como agente importante de defesa do ser humano e de função social, propondo-se, ao final, soluções moralmente aceitáveis e posturas a serem tomadas pela classe médica.

INTRODUÇÃO

Nesta ocasião de grave crise moral e material da Medicina, num prognóstico sócio-político reservado, a classe médica deve refletir as condições de exercício profissional e de valores dados ao médico, reavaliando seu papel social, econômico e político. É fundamental que a classe médica se faça representar perante a sociedade e o Poder Público, tomando posições eticamente corretas, aptas a corrigir os problemas existentes na assistência à saúde e as condições de trabalho médico.

Os valores devem ser eticamente revistos para que se possa vislumbrar as alternativas de soluções de melhoria do panorama nacional da Medicina. É preciso procurar posturas mais coerentes com a realidade, mas sempre dentro dos valores éticos, visando sempre a preservação do ser humano e o bem estar da comunidade brasileiras.

Desta forma, entende-se a importância da ética médica no dia-a-dia do exercício profissional, para que não permita a substituição da Medicina de caráter humano e ético por uma Medicina de índole mercantilista e pessoal.

A ÉTICA, A DEONTOLOGIA E A ÉTICA MÉDICA

Como atividade profissional, a Medicina deve obedecer a inúmeras normas morais e éticas, que lhe resguardam sua respeitabilidade frente ao paciente e à sociedade.

A filosofia distingue as palavras ética, moral e deontologia, embora estas palavras tenham sentidos semelhantes entre si, confundindo-se, às vezes, no seu emprego.

Segundo alguns autores (1), *"a palavra 'moral' vem do latim ('mos', 'moris') e designa os costumes, a conduta da vida, as regras do comportamento. Etimologicamente, há, então, um sentido muito amplo. Ela se refere ao agir humano, aos comportamentos cotidianos, às opções existenciais. Ela pensa de maneira*

* Médico e promotor de justiça em Curitiba, Pr.

¹ Durant, Guy. "A Bioética: natureza, princípios, objetivos", Editora Paulus, 1995, p. 5 e seguinte.

espontânea em normas, regras do comportamento, princípios e valores. A consulta de diversos autores e dicionários permite resgatar a seguinte idéia central : a moral se relaciona diretamente aos atos humanos, ao agir humano."

Por outro lado, a ética (do grego "éthos") seria "dependência da ética em geral, isto é, parte da filosofia que trata dos costumes ou da ciência que conduz os atos livres do homem no caminho da probidade e da retidão, determinando as normas necessárias para isso e se refere aos costumes, à conduta da vida, às regras do comportamento", indicando etimologicamente a mesma realidade que a palavra moral, possuindo alguns conceitos identificadores.

Durant (2) considera que a ética abrange três conceitos básicos:

1. a pesquisa de normas ou de regras do comportamento, a análise dos valores, a reflexão sobre os fundamentos dos direitos ou dos valores;
2. a sistematização da reflexão;
3. a prática concreta e a realização de valores.

A deontologia, por sua vez, é uma palavra que vem do grego 'déon, déonthos', significando regras éticas e morais que constituem o conjunto de deveres e normas ligados a uma profissão. Como salienta o mesmo autor, "a deontologia é a reflexão sobre essas regras; é a pesquisa das exigências éticas ligadas ao exercício de uma profissão." (3)

Neste contexto, surge a ética médica, como a ética própria aos médicos, consubstanciando-se na deontologia médica, e a Bioética, originária historicamente da ética médica e que é própria ao domínio da saúde e das ciências biomédicas, "correspondendo a uma aproximação global das questões éticas atuais no mundo da saúde e do bem-estar" (Durant).

A ética médica é fundamental para regular as relações do médico com o paciente, com a sociedade e com seus colegas, devendo subordinar-se a conceitos e normas éticas e morais especiais ao exercício de sua profissão. Este conjunto, assim, perfaz a Deontologia Médica.

O cerne da Deontologia Médica no Brasil é o Código de Ética Médica, instrumento legitimado pelo aval da sociedade e da comunidade científica (4), sendo imprescindível na regulamentação das relações éticas e morais do médico com o paciente, com a sociedade e com os seus colegas.

O Código de Ética Médica, além de zelar pela obrigação moral de respeito e dedicação do médico com o seu paciente e familiares, pelo uso de todas as condutas que tragam benefício ao paciente, pelo respeito ao meio ambiente à sociedade, ao sigilo médico, à publicidade médica, etc., prescreve normas de condutas profissionais de empenho para a melhora contínua dos serviços médicos, para a solidariedade com os movimentos de classe em prol da dignidade profissional e das reivindicações por condições de trabalho compatíveis com o aprimoramento ético e profissional da Medicina, inclusive com relação aos movimentos pela dignidade da remuneração profissional do médico.

² Durant, Guy. "A Bioética : natureza, princípios, objetivos", Editora Paulus, 1995, p. 14 e seguinte.

³ Durant, Guy. "A Bioética : natureza, princípios, objetivos", Editora Paulus, 1995, p. 5 e seguintes.

⁴ ALZELLI BASSETTI, "A importância da Relação Médico-Paciente", Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 10 (40): 190-207, 1993.

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO MÉDICO

Desde as últimas décadas, a Medicina e a saúde pública têm sofrido com manobras políticas e atitudes governamentais impróprias que transtornaram profundamente a atividade prestadora de serviços de saúde, levando às condições caóticas de trabalho médico encontradas modernamente.

Esse caos no meio da saúde, a qual está colocada em segundo plano, pois desatendida pelos poderes públicos constituídos, tem sua origem marcada pela atuação conjunta de diversos fatores etiológicos negativos.

Problemas como a deficiência da rede pública de saúde, com limitação dos meios de diagnóstico e de terapêutica, deterioração do vínculo entre o paciente e o médico, manobras diretas e indiretas de índole comerciais, etc., são destaques do conjunto de fatores responsáveis pelo panorama da Medicina atual, mas sempre atuando de modo concorrente, um favorecendo a atuação do outro.

a- Setor público com deficiência diagnóstica e terapêutica

A rede pública de serviços médico-hospitalares apresenta qualidade decadente. Os recursos e verbas destinados às instituições públicas de saúde são escassos. Nestas entidades são restritos os avanços médicos tecnológicos e demais recursos necessários para que o facultativo desenvolva seus atos profissionais. A disponibilidade diagnóstica e terapêutica é pequena e faltam medicamentos e vagas nos hospitais públicos para internamentos ou atendimento de pacientes. Tem-se apenas um atendimento impessoal, em quantidade, faltando a humanidade e a qualidade necessárias ao bom desempenho profissional.

b- Ensino inconsistente da Medicina

O ensino da matéria médica é deficiente, de baixo nível, não oferecendo o preparo suficiente ao estudante de Medicina para a atuação profissional adequada. Apesar da proliferação das faculdades de Medicina, muitas vezes o corpo docente não é gabaritado para lecionar e o aprendizado é inadequado, faltando, inclusive, hospitais escola para estágios, dependendo, o médico, de especializações e residências médicas para habilitação mínima final. E, não obstante as especializações serem oportunidades fundamentais para a habilitação profissional, não são postas à disposição vagas suficientes para satisfazer a demanda atual.

c- Enfraquecimento da relação médico-paciente e a setorização da atividade médica

Recentemente, houve também um enfraquecimento da relação médico-paciente. A especialização dos conhecimentos dos profissionais da Medicina, originada do grande desenvolvimento tecnológico e científico nas últimas décadas, tornou-se cada vez mais intensa, trazendo benefícios, por um ponto de vista, já que houve um avanço médico-cultural com melhora dos serviços prestados e aquisição de novos conhecimentos, mas, de igual modo, introduzindo o malefício da setorização do conhecimento médico e do uso indiscriminado de exames de

diagnósticos o que conduz inexoravelmente ao esfriamento do contato pessoal e profissional do médico com o paciente.

d- Espírito mercantilista:

Além disso, intensifica-se o objetivo de lucro e, apesar de ser conduta eticamente proscrita pelo artigo 9º Código de Ética Médica, a comercialização de produtos medicamentosos, protéticos e afins é correntemente realizada com exclusivo fim de lucro, esquecendo-se as empresas de produtos médicos e hospitalares de que o paciente deve ser o alvo maior de seus serviços, e pensando neste, garantindo a qualidade do produto.

Por outro lado, há profissionais que vêm a Medicina simplesmente como mero emprego, como meio de vida ou até como simples pacote comercial de serviços, sem responsabilidades morais quaisquer. Há uma deturpação da Medicina como sacerdócio e profissão nobre de preservação dos valores mais elevados da humanidade: a vida e a saúde.

e- Funcionários e auxiliares mal preparados

Outro ponto marcante das condições de exercício profissional é de que o médico trabalha servido e assistido por enfermeiros e funcionários de hospitais e pronto-socorros muitas vezes despreparados e sobrecarregados. A enfermagem é uma das bases para a viabilidade de diversos procedimentos médicos, especialmente aqueles relacionados com internamentos e cirurgias e o seu depreparo ético e técnico é fator coadjuvante para a manutenção das condições de trabalho médico.

f- A situação sócio-econômica dos médicos

Além disso, a situação sócio-econômica do médico é indesejável. Segundo já salientou Marchesini⁵), apesar de se insistir na imagem do médico sacerdote, a falta de recompensa material desestimula-o ao trabalho, leva-o ao desleixo nas atividades profissionais e ao descaso com a responsabilidade. Na ânsia de trabalhar muito, sem descanso nem folgas, para aumentar seu ganho, a qualidade do seu trabalho obviamente cai, trocando-se a qualidade pela quantidade de serviço. Os vencimentos profissionais do médico não são adequados em vista da atividade exercida.

g- As condições sócio-econômicas da sociedade

As precárias condições sócio-econômicas do paciente também caracterizam as condições de trabalho médico da atualidade. A população atual do Brasil é extremamente pobre, subsumindo-se sua vida em pura subsistência. Esta decadência diária do nível sócio-econômico da população brasileira, como uma seqüela do progressivo impacto causado pela espoliação sócio-econômica do trabalhador brasileiro em termos gerais, anuncia a nova situação da nossa sociedade, nada confortável ao exercício da nobre profissão.

⁵ MARCHESINI, JOÃO BATISTA. "Erro médico : a visão do profissional". *Ars Curandi*, 24 (3) : 73-84, mar/91.

h- Utilização excessiva dos recursos diagnósticos

Conforme Celmo Celeno Porto ⁽⁶⁾, Luiz Fernando Nicz ⁽⁷⁾, Dario Berolini ⁽⁸⁾ e diversos outros autores, a Medicina atual apóia-se cada vez mais em recursos tecnológicos. Embora seja fato notório a crise econômica por qual passam os hospitais, pronto-socorros e demais entidades públicas de saúde, o médico moderno ⁽⁹⁾ utiliza-se, com impressionante freqüência, da tecnologia diagnóstica e terapêutica, sempre momento a momento mais moderna e complexa, deixando de valorizar suficientemente a anamnese e o exame físico tal como eram antigamente na Medicina tradicional. Mesmo numa simples consulta médica, hoje em dia, provavelmente estarão envolvidos dispositivos de alta tecnologia para se corroborar diagnósticos e proceder a terapêuticas.

Assim, nas condições atuais de exercício da profissão médica, em que, como já antes se referiu, há um esfriamento da relação médico-paciente (originada pela pressão da tendência à socialização da Medicina, onde o médico, com diversos pequenos empregos, é cada vez menos profissional liberal e mais empregado público ou privado), há uma tendência à especialização e uma inclinação ao uso intensivo de 'máquinas médicas' para diagnóstico e tratamento, numa atitude inconsciente de compensar essas novas características do atual exercício da profissão médica.

A ÉTICA MÉDICA, AS CONDIÇÕES DE TRABALHO MÉDICO E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

O vínculo existente entre o paciente e o médico constitui-se num especial tipo de relacionamento interpessoal humano, porque inicia justamente nos momentos mais difíceis da vida pessoal, isto é, quando a sua existência se encontra debilitada física e espiritualmente pela doença.

Logo, no relacionamento médico-paciente, qualquer que sejam as condições de trabalho médico, é fundamental um vínculo baseado na mais pura ética. O respeito e a dedicação são fundamentais para o sucesso da relação médico-paciente, e esta, por sua vez, é imprescindível para o sucesso diagnóstico e terapêutico.

Apesar de não poder abrir mão da direção e iniciativa das condutas para o diagnóstico e a cura, a espiritual no relacionamento médico-paciente é ideal para um contato profícuo e duradouro, a transmitir credibilidade do médico ao paciente. O paciente será tratado globalmente, em todo o seu contexto pessoal, empaticamente atendido pelo profissional médico.

Como salientou Bassetti ⁽¹⁰⁾, *"assim constituído e preservado, o relacionamento irá se transformando em crescente e renovador diálogo de consciências, em que um descobre as qualidades e dirime as aflições do outro, colaborando o recíproco crescimento interior."*

⁶ PORTO, CELMO CELENO. "Semiologia Médica", 1ª edição, Editora Guanabara-Koogan, 1990, p. 06.

⁷ NICZ, LUIZ FERNANDO. "Médicos de Amanhã: Especialistas ou (Novamente) Generalistas", Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 11 (43) : 137, julho/setembro-1994.

⁸ BIROLINI, D. "Conceito de Especialidade", Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 11 (43) : 140, julho/setembro-1994.

¹⁰ BASSETTI, ALZELI. "A importância da relação médico-paciente", Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 10 (40): 190-207, 1993.

A ética aparece no relacionamento como dever deontológicos em relação ao paciente e também à sociedade. Toda a atuação médica deve ser considerada eticamente, seja na relação médico-paciente, seja na implicação social da atividade profissional.

Não obstante as circunstâncias em que sobrevive a ciência médica e a saúde e apesar da atividade médica estar prejudicada e deturpada pelas condições oferecidas ao exercício profissional, subsiste a ética médica, como cerne moral da existência e evolução da Medicina.

Não existe relacionamento médico idôneo sem ética, porquanto, de outra forma, existiria apenas um relacionamento comercial, mercantilista de prestação de serviço qualquer, o que é proibido pela salutar regra ética do artigo 9º do Código de Ética Médica.

Em conclusão, a observação e a preservação ética do relacionamento médico-paciente é um dos meios de conduta frente às péssimas condições de exercício profissional médico, porque esta é um dos últimos redutos da moralidade e força da profissão médica e que a distingue das demais atividades meramente comerciais, demonstrando sua importância social.

A ÉTICA MÉDICA, AS CONDIÇÕES DE TRABALHO MÉDICO E A SOCIEDADE

Diversos motivos político-sociais criaram uma nova realidade de exercício profissional médico no país, pois como afirmou Genival Veloso de França⁽¹¹⁾:

"A sociedade capitalista-industrial, utilitarista e pragmática, centrada em parâmetros de produção de consumo, exige do homem de agora uma nova postura. Cria-se uma mentalidade imediatista, embriagada como progresso e o homem passa a ser deslocado para um plano ético e político, na qualidade de simples coisa, inexpressivamente inserido dentro de uma pungente realidade que ele gerou e não sabe mais controlar.

(...)

Mesmo que a Medicina seja uma ciência que esteja sempre em franca evolução, não é ela um valor absoluto, imutável, capaz de subordinar todos os outros valores, porque começa ela a encontrar objeções quando compromete o indivíduo e os interesses de ordem social. Tal pensamento não visa apenas à defesa de cada pessoa, mas, antes de tudo, ao interesse ético-político da coletividade.

Pergunta-se se a consciência do médico, profundamente refletida numa realidade premente, pode estar em desacordo com o seu Código de Ética ou com os padrões vigentes da sociedade? O médico, na sua solidão e no seu compromisso consigo mesmo, poderá transigir com o seu grande compromisso histórico alicerçado no juramento hipocrático?

Há motivos políticos e sociais que começam a reclamar dos médicos posições mais coerentes com a realidade em que vivem.

¹¹ FRANÇA, GENIVAL VELOSO. "Direito Médico", 2ª edição, São Paulo, Fundo Editorial Byk.

Um princípio não deve se sustentar em si próprio, mas na sua necessidade prática. (...)

A Medicina sofreu um extraordinário e excitante progresso, obrigando o médico a enfrentar situações novas, algumas delas em sensível conflito com a codificação atual e com o passado hipocrático. O médico teve sempre como guias sua consciência e uma tradição milenar; porém, dia a dia, a necessidade de conciliar esse pensamento com o interesse profissional e com as múltiplas exigências da coletividade. (...) A saúde e a doença, como fenômenos puramente sociais, exigem soluções políticas. Há necessidade imediata de o médico iniciar um processo de conscientização crítica e não perder seu direito de decisão. Ele não pode permanecer apenas na periferia das doenças. Tem de reduzir seu poder sobre o indivíduo e ampliar sua capacidade de intervenção sobre o meio

O mesmo se diga da Ética Médica. Não deve ela ser uma opção neutra e acomodada, estéril e formalista, complacente com uma estrutura social injusta, ...

É aí que entra a Ética, como forma de redefinição dos valores, fazendo com que as pessoas exijam e lutem por isso.

A política é a atividade consciente e organizada, através de objetivos mediatos e imediatos, capazes de amparar amplos setores da sociedade. A política não é outra coisa senão a ética em grande escala, encarando um interesse comum. Daí a necessidade de uma ética de visão política, capaz de refazer um terreno minado por princípios sociais deturpados pela flagelação das camadas marcadas pelo sofrimento humano."

Conforme mencionado anteriormente, a situação sócio-econômica da população e do próprio médico foi prejudicada pela decadência da saúde originária da inoperância do Estado, prejudicando em muito o exercício profissional da Medicina no Brasil.

No mesmo passo, o Poder Público, por condutas políticas, omitiu-se na atenção devida à saúde quando deixou de valorizá-la como bem moral maior da sociedade, remunerando mal o médico, diminuindo a oferta de verbas às entidades hospitalares e prestação de recursos diagnósticos e terapêuticos das redes públicas de saúde.

Deste modo, o caráter humano da Medicina passou a ser considerado em segundo plano, desfigurando-se o que há de mais importante o atendimento médico, isto é, a relação médico-paciente.

O homem passou a figurar como ator coadjuvante e não como protagonista no atendimento, nas condições atuais oferecidas ao exercício profissional da Medicina, porque foi dada preferência ao lucro, mediante controle de gastos, e ao atendimento em quantidade, preterindo-se a qualidade do serviço de saúde prestado.

E os progressos biológicos surgiram, produzindo situações novas e beneficiando apenas aqueles indivíduos de alto poder aquisitivo. Obrigou-se, deste modo, a intermediação empresarial do atendimento médico-hospitalar,

criando-se uma previdência privada e paralela que oprime indiretamente a classe médica a trabalhar por honorários insuficientes e a manter diversos empregos, sob pena de inexistir clientes particulares em número considerável à manutenção de sua dignidade sócio-econômica.

Nestas condições de prática do ofício médico, substituiu-se paulatinamente o que é moral pelo que é prático, a ética pelo formalismo impessoal, as normas deontológicas por condutas descompromissadas com a realidade atual.

E, num círculo vicioso, tal situação abre chance para a piora do quadro das condições de trabalho médico, que será mantido pela não tomada de condutas éticas para combate ao problema atual, com prejuízo incomensurável não somente ao médico mas também ao paciente e à sociedade nacional.

A ÉTICA MÉDICA, AS CONDIÇÕES DE TRABALHO MÉDICO E O ERRO MÉDICO

Na atualidade, a mídia tem noticiado diversos casos de responsabilidade médica derivada da culpa no exercício profissional, seja por imprudência, seja por negligência, seja por imperícia médica.

A avaliação rigorosa destes casos, sob o ponto de vista da deontologia médica, demonstra que na esmagadora maioria das vezes, o erro médico ocorre por desatenção às regras éticas da profissão⁽¹²⁾, inclusive com desatenção ou desvalorização do problema do paciente e falta de um adequado relacionamento médico-paciente.

Ocorre que, às vezes, o médico, pressionado por fatores circunstanciais negativos em que trabalha, esquece-se das suas obrigações éticas, especialmente aquelas previstas nos artigos 1º, 2º, 3º, 4º, 9º, 14 e 29 do Código de Ética Médica, além das outras regras morais do ofício dos artigos 5º, 8º, 10 e outros do Código de Ética Médica e do ordenamento normativo ético brasileiro.

Observe-se que o Código de Ética Médica no seu artigo 3º e seguintes proíbe a atuação profissional do médico naquelas condições tecnicamente pouco recomendáveis e, às vezes, sub humanas, apesar da relativa desatenção deste preceito atualmente.

¹² Alguns julgados do Conselho Regional de Medicina do Paraná exemplificam a falta de observação dos deveres ético-clínicos:

-1- "Estando comprovado que por ocasião da cirurgia, ficou no interior da paciente compressa cirúrgica, a qual produziu dano compatível com corpo estranho, depois eliminado por via vaginal, e que, na seqüência, a denunciada recusou-se a examiná-la, apesar das dores que sentia, fica patenteada a desídia no exercício da profissão e conseqüentemente infração do artigo 29 do Código de Ética Médica" (Acórdão 001/91, CRM-PR, processo ético-profissional nº 004/89).

-2- "Se restou comprovado que o denunciado não dispensou à paciente gestante as medidas que o caso exigia, o que redundou no agravamento do seu estado geral e em fator preponderante para a morte do recém-nascido, caracteriza-se a infração ao artigo 57 do Código de Ética Médica" (Acórdão 003/90, CRM-PR, processo ético-profissional nº 006/88).

-3- "Se o médico, quando de plantão em pronto socorro, limita-se a examinar radiografias do paciente, prescrevendo-lhe o tratamento sem ao menos examiná-lo, evidentemente, infringe o artigo 35 do Código de Ética Médica, mesmo porque o atendimento, para ser completo, implica no exame direto do doente" (Acórdão 006/88, CRM-PR, processo ético-profissional nº 009/87).

-4- "Restando comprovado nos autos que a paciente menor adentrou ao consultório em perfeitas condições físicas, visando submeter-se a cirurgia abortiva, e de lá saiu em óbito, dúvidas não restam que o denunciado intentou ato ilícito que resultou, por negligência e imprudência, na morte da vítima (Acórdão 010/87, CRM-PR, processo ético-profissional nº 009/85).

Todavia, esta disposição deve ser conjugada com o contexto das demais normas éticas e também com a atual realidade do exercício profissional.

Em primeiro lugar, os artigos 23 e 24 do Código de Ética Médica outorgam ao médico os direitos de recusa de exercer sua profissão ou de suspensão de suas atividades em instituição pública ou privada em que as condições de trabalho não sejam dignas, adequadas ou que possam prejudicar o doente.

Já o artigo 30, do mesmo estatuto, proíbe o médico de delegar a outros profissionais que não sejam médicos, atos que sejam de sua competência exclusiva. Por exemplo, se o profissional permitia que profissionais não médicos realizassem atos anestésicos durante suas cirurgias, consubstancia-se infração do referido dispositivo (13). É eticamente ilícito, via de conseqüência, nos termos do artigo 29 combinado com o artigo 3º, 23, 24 e 30, e segundo o princípio moral do artigo 7º, todos do Código de Ética Médica, a prática de ato, cuja qualidade técnica seja prejudicada pelas más condições de exercício profissional. Desse modo, tal atitude poderá ser considerada danosa ao paciente e, então, caracterizada como imprudente ou negligente (por ter sido praticado em circunstâncias estruturais e técnicas inadequadas, desaconselhadoras da boa prática clínica e cirúrgica), merecendo a repreensão do órgão ético da profissão.

Mas, como afirmam alguns, "o próprio Código de Ética Médica atual foi feito para uma situação em que o trabalho do médico era essencialmente liberal. Muitas das reações hoje praticadas pelos médicos constituem-se numa reação decorrente do tipo de trabalho que o médico tem atualmente" (14).

Evidentemente, a perfeição que se tem hoje é virtual: a falta de medicamentos é constante e a qualidade dos aparelhos diagnósticos e terapêuticos (quando disponíveis) deixa a desejar; os vencimentos dos médicos impõem-lhes maior número de empregos, substituindo a preocupação com o paciente pela atenção ao seu ritmo de trabalho; a insuficiência de colegas médicos para auxílio em procedimentos médicos de urgência (anestesia, radiologia, etc.), em especial no interior do Estado obrigam-no a se utilizar, no dia-a-dia, da colaboração e serviços prestados por enfermeiros (15) e acadêmicos de Medicina (16); e, além disso, a própria saúde do trabalhador médico está exposta a riscos, recebendo, muitas vezes, a ingratidão de alguns pacientes (17); e tudo o que se possa hipotetizar como causa direta ou indireta de erro médico encontra-se incrustada na prática clínica e cirúrgica diária, tornando as circunstâncias favoráveis ao mesmo.

¹³ Acórdão 012/91, CRM-PR, citado em Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná. v.8 - N.31 e 32 - jul/dez 1991 - p.145.

¹⁴ FISZBENJ, E. "Painel de Ética Médica", Entrevista concedida à revista "Jornal Brasileiro de Medicina", 43 (1) : 28, julho/1982.

¹⁵ Por exemplo, o ato anestésico simples (pelo menos a manutenção anestésica) é freqüentemente praticado pela enfermeira prática no assunto, sob a supervisão do médico que naquele momento submete o paciente a procedimento cirúrgico (cesarianas, apendicectomias, etc.), pois não é em todas as cidades (em especial as do interior) que dispõe de anesthesiologista, imperando, nestes casos, o estado de necessidade ou, ao menos, a inexigibilidade de conduta diversa.

¹⁶ Não comete ilícito ético o médico que deixa de atender o paciente, sendo este preliminarmente atendido por acadêmico de Medicina, se não houve prova conclusiva de falta de atendimento no plantão do pronto-socorro, sendo relevante o fato de, na ocasião, o denunciado encontrar-se em operação cirúrgica de emergência, impossibilitado de atender o paciente (Acórdão 007/92 CRM-PR, publicado em Arq. Cons. Reg. Med. do PR, 10 (38) : 1.00, 1993).

Assim, impõe-se, especialmente no presente momento, aplicar referidas normas do ordenamento ético vigente de acordo com as circunstâncias objetivas de estrutura dentro da qual exercita o médico a sua profissão.

O uso das normas éticas, na prática, deve ser concomitante ao conhecimento da realidade social, política e profissional médica no Brasil.

Isto porque, atualmente, do modo como se encontram as condições médicas de trabalho, não é justa nem lícita a condenação de um profissional que, em caso de erro médico causado por más condições de trabalho, não tenha concorrido pessoalmente para a causa do ilícito ético, sob a alegação de que eticamente é seu dever deixar de exercer a sua profissão por insuficiência de recursos técnicos profissionais. Em termos gerais, os médicos não têm a opção de escolher locais ou instituições de trabalho, porque a prática da Medicina é cara, insustentável pelo próprio médico isolado economicamente de outros colegas, ou seja patrocinada por seus próprios fundos financeiros, além do médico não poder dar-se ao luxo de escolher empregos, pois necessita de muitos "pequenos" empregos para somar quantia justa de honorários, e, sendo o número de profissionais crescente ano a ano, restam diminuídas ainda mais as oportunidades do mercado de trabalho.

Como conseqüência, nas condições que lhe são oferecidas para o exercício profissional, diminuem sobremaneira o seu poder social e político, desintegrando insidiosamente os seus direitos previstos naqueles dispositivos acima referidos, dirimindo, em parte, sua culpa nos insucessos técnico-profissionais⁽¹⁸⁾.

Em conclusão, pode-se afirmar que o primor pelos valores ético-morais permite ao médico não somente a permanência da dignidade e destaque da profissão, como também a confiança da sociedade e do paciente na Medicina como fator positivo na vida das pessoas e, conseqüentemente, a eficiente prevenção de erros e falhas médicas, que desvalorizam a Medicina perante a sociedade e a mídia.

CONCLUSÃO

Do ponto de vista sócio-profissional, a estrutura da Medicina no presente momento está em plena crise moral e material a prejudicar o paciente, a sociedade e o profissional médico brasileiro.

Há, primeiramente, problemas de ordem interna, ou seja, omissões e condutas gravosas do Poder Público, da iniciativa privada e da própria sociedade,

¹⁷ "Não obstante, restando comprovado que as circunstâncias criadas pelos familiares da paciente previdenciária geraram um clima de tensão e animosidade contra o médico atendente, mas não trazendo, tal atitude, qualquer dano ao paciente, não comete o médico qualquer delito ético" (Acórdão 007/91, publicado em Arq. Cons. Reg. Med. do PR, 08 (29) : 17, 1991). Esta corretíssima decisão manifesta o real caráter da Medicina como profissão liberal e cujo respeito e dignidade exigido pelo profissional vem sendo homologado pelo seu conselho de classe, consoante orienta o princípio do artigo 7º e 8º do Código de Ética Médica, desde que respeitado o disposto no artigo 58 do mesmo diploma regulamentar.

¹⁸ Tem sido coerente a aplicação do artigo 57 do Código de Ética Médica pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná. Conforme se observa de anterior decisão daquele Órgão Colegiado, se se comprovar que o médico envidou todos os meios técnicos disponíveis em prol do paciente, descabe a hipótese de infringência daquele dispositivo (Acórdão 007/91, publicado em Arq. Cons. Reg. Med. do PR, 08 (29) : 17, 1991). Uma vez evidenciado pelas provas nos autos fatos que comprovam a plena atuação do profissional, não poderá o mesmo ser condenado em relação ao desfecho fatídico do paciente (Acórdão 44/92, publicado em Arq. Cons. Reg. Med. do PR, 11 (41) : 47, 1994), porquanto ao médico cabe utilizar todos os meios disponíveis para o diagnóstico e tratamento. Realmente, nos termos das lições de Léo Meyer Coutinho ("Código de Ética Médica Comentado", 2ª ed., ed. Saraiva, 1994, p.70-71), "a expressão 'ao seu alcance' refere-se evidentemente ao disponível circunstancialmente, na realidade local", aonde atua o facultativo.

que colocam a saúde comunitária numa posição acessória, mediante suas omissões e ações prejudiciais.

Por outro lado, existem distúrbios de ordem externa, tais como a falta do cumprimento dos deveres ético-clínicos (que levam, inclusive, ao erro médico ou ilícito ético), a imperfeição do sistema de ensino da Medicina como ciência e como sacerdócio, a existência de número excessivos de médicos em determinados centros e ausência em outros, etc.), a desorganização da classe, entre outros.

O espírito mercantilista encontrou oportunidade nas deficiências das condições atuais de exercício profissional, colocando de lado a Medicina como profissão respeitável pela sua estrutura ética e humana (19). Assim, esta nobre ciência perde sua respeitabilidade e força sócio-política, pois é tomada como simples meio de vida, pelo qual se pode obter lucro através da intermediação da prestação de serviços alheios e o comércio de materiais médico-hospitalares e medicamentos.

Em suma, o que existe na verdade é um circuito de retro-alimentação, em que o contexto do exercício da profissão mantém a crise moral e material da Medicina e esta, por sua vez, permite a atuação de fatores externos e internos prejudiciais e de índoles comerciais e políticas. A ética é abalada por estes fatores, reiniciando-se o círculo vicioso mantenedor da situação atual.

Infere-se, deste modo, que estas condições devem ser combatidas pela classe médica através de condutas éticas e atitudes coerentes com a moral e consciência do profissional, a qual não pode ser transigida pelo profissional.

É de se concordar com a lição de Irany Novah Moraes (20) de que *"algo deve ser feito para reverter o quadro atual da saúde do país, uma vez que dentro desse contexto não se pode responsabilizar só o médico que provém desse meio e nele encontrou seus paradigmas coniventes como 'status quo'. Para rompê-lo, é preciso decisão política do governo, da coletividade e, particularmente, empenho pessoal da classe"*.

Se realmente é preciso um conjunto de ações austeras do Poder Público, idoneidade do setor privado e auxílio da própria sociedade, é também correto afirmar que a ética é a melhor arma para combate da crise médica.

¹⁹ Felizmente, tem-se combatido a mercantilização da profissão como é demonstrado pelos seguintes acórdãos extraídos da jurisprudência do Conselho Regional de Medicina do Paraná:

-1- "Restando comprovado que o denunciante no exercício de seu mister de médico legista, recebeu dinheiro como recompensa pela realização do exame no cadáver do menor, independente que o tenha solicitado ou não, posto que, de um modo ou de outro, consubstancia-se a infração do artigo 9º do Código de Ética Médica (Acórdão 002/91, CRM-PR, processo ético-profissional nº 002/89).

-2- "Tendo ficado comprovado que o denunciado, através de sua esposa, comercializava medicamentos a pacientes seus, recém-saídos de consulta, caracteriza-se no caso a mercantilização da Medicina e a infração ao artigo 10 do Código de Ética Médica (Acórdão 005/87, CRM-PR, processo ético-profissional nº 005/85).

-3- "Se as cirurgias foram consideradas desnecessárias e mercantilistas, em processo ético regular e tendo resultado a opeção do cirurgião, os médicos que o auxiliaram respondem pelas mesmas infrações, acrescentando-se a prevista no artigo 6º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, não apenas deixaram de denunciá-lo, mas também delas participaram." (Acórdão 005/86, CRM-PR, processo ético-profissional nº 007/85).

-4- "Desvia-se dos princípios ético, o médico que, visando beneficiar-se da previdência, frauda relatórios, emite diagnósticos inverídicos e pratica atos médicos desnecessários, exercitando, assim, a mercantilização da Medicina." (Acórdão 006/85, CRM-PR, processo ético-profissional nº 018/84).

²⁰ MORAES, IRANY NOVAH. "Erro Médico e a Lei", 3ª edição, Editora Revista dos Tribunais, 1995, p. 333.

²¹ SIMÕES, JOÃO CARLOS. "Intermediar a saúde, processo irreversível", in *Jornal da Associação Médica do Paraná*, ano XVI, nº 122, julho/1996, p. 3.

A Associação Médica do Paraná já se pronunciou ⁽²¹⁾ que “o médico não pode achar que é ético, natural e moral. 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 profissional da Medicina e aprimoramento técnico (artigo 15 do Código de Ética Médica). O médico não pode ser só o técnico perfeito ou o professor de destaque sem participar da intervenção política da defesa de trabalho e da dignidade de dizer o quanto ele vale. (...) Até quando o médico irá achar que é ético, natural e moral continuar ‘cobrando por fora’ dos planos de saúde e do SUS para manter sua identidade como profissional liberal e para poder valorizar o seu trabalho, quando se sabe que o processo da intermediação da saúde é irreversível e inexorável?”

Uma das soluções morais para esta crise é a atuação dos profissionais em forma de associações de classe, seja na defesa dos interesses materiais, seja na defesa dos interesses éticos.

Mas o exercício ético diuturno na atividade profissional do médico dentro das instituições de saúde, inclusive mediante a estruturação de comissões de ética médica nos hospitais, porquanto tais “lideranças éticas devem ajudar a congregar os médicos” ⁽²²⁾ e a desintegrar qualquer meio de “difundir os verdadeiros focos que contaminam e tornam o sistema de saúde um centro de crise permanente” ⁽²³⁾.

Além disso, o ensino da Deontologia Médica precisa ser repensado, reforçando-se as normas morais da profissão para a formação verdadeira de profissionais éticos e preparados para a militância idônea da profissão.

A relação médico-paciente também merece ser humanizada e revalorizada como um dos momentos mais importantes do atendimento médico. Ela garantirá a liberdade da atuação profissional, a sua segurança e o respeito da sociedade à ciência, pois é justamente pela relação médico-paciente que melhor se manifesta o caráter ético da profissão médica, impedindo erros e falhas profissionais e afastando a Medicina do mercantilismo.

E essa consciência da situação profissional médica atual está ressurgindo progressivamente na mentalidade da classe médica e, cada vez mais, o médico pleiteia melhorias nas suas condições de exercício profissional, idealizando modos de aperfeiçoamento estrutural e também pessoal, tudo em benefício do paciente, da sociedade e de si próprio.

A corroborar essa reação, pode-se observar que as condições de exercício profissional também estão sendo repensadas no contexto do Mercosul, especialmente pelo Comitê de Integração de Médicos para o Mercosul (CIMS). Consta nos itens número 3 e 4 da Declaração de Princípios Éticos de Médicos do Mercosul, aprovada no dia 18 de março deste ano, em Assunção, Paraguai, que a

²² “Conselho quer Atuação Ativa de Comissões de Ética Médica”, in *Jornal da Associação Médica do Paraná*, ano XVI, nº 122, julho/1996, p. 3.

²³ “Conselho quer Atuação Ativa de Comissões de Ética Médica”, in *Jornal da Associação Médica do Paraná*, ano XVI, nº 122, julho/1996, p. 3.

²⁴ EMED, LUIZ SALIM e outros. “Encontro chama Médicos à Reflexão e Ação”, in *Jornal da Associação Médica do Paraná*, ano XVI, nº 121, junho/1996, p. 10.

Medicina não pode ser praticada com a intenção primária de comércio, nem o trabalho médico deve ser objeto da exploração por terceiros com fins de lucro, finalidade política ou religiosa, cabendo ao médico recusar-se a exercê-la em locais impróprios ou indignos, desprovidos das mínimas condições técnicas, de infra-estrutura e remuneração adequada, o que vem ao encontro de aspirações de melhorias dos meios e circunstâncias de exercício profissional de toda a classe profissional, inclusive a internacional. Evidentemente, cada país deverá solucionar previamente os seus próprios problemas.

Daí que a ética é imprescindível para a valorização profissional e social do médico enquanto classe. O médico não pode transigir com a situação atual, mantendo-se distante da batalha contra a presente instabilidade moral e material.

Os problemas atuais devem ser enfrentados e resolvidos com posturas e condutas éticas. Porque a ética médica não é uma postura formalista, omissiva e estéril, conivente com os fatores alimentadores do quadro problemático atual, mas sim tomada de atitudes moralmente aceitáveis a modificar e renovar o contexto da Medicina e saúde neste país, sem deixar que a consciência do médico se subordine às determinantes nocivas das condições de exercício profissional.

Enfim, o médico, *"através de suas entidades representativas, de forma uníssona, participará pelo engrandecimento de sua profissão, pela sua valorização e pelo reconhecimento de seu papel em defesa do ser humano. Valorizar e reconhecer a função social do médico é reafirmar a importância da própria elevação dos valores éticos e morais que fundamentam uma sociedade organizada"* (24).

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, P. R. A. I. É hora da verdade política, *Jornal da Associação Médica Brasileira*, ano 36, n. 1255, p.5, junho de 1995.

ALVES, José Galvão. O Atendimento de Emergência nos Hospitais Estaduais, *Médico Moderno*, ano 2, 2 (4): 10-14, julho/agosto-1983.

BASSETTI, A. A importância da Relação Médico-Paciente, *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 10 (40): 190-207, 1993.

BIROLINI, D. Conceito de Especialidade, *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 11 (43) : 140, julho/setembro-1994 .

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, acórdão n. 012/91, *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 08 (31-32) : 145, jul/dez 1991.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, acórdão n. 007/92, *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 10 (38) : 100, 1993.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, acórdão n. 007/91, Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 08 (29) : 17, 1991.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, acórdão n. 44/92, Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 11 (41) : 47, 1994.

COUTINHO, L. M. Código de Ética Médica Comentado, 2ª edição, Saraiva, 1994.

DURANT, G. A Bioética : natureza, princípios, objetivos, Editora Paulus, 1995.

EMED, L. S. Encontro chama Médicos à Reflexão e Ação, Jornal da Associação Médica do Paraná, ano XVI, nº 121, junho/1996, p. 10.

FERRARI, B.T. Os Descaminhos da Medicina, Clínica e Terapêutica, 12(8) : 327-328, agosto/1983.

FISZBENJ, E. Paineis de Ética Médica. Entrevista concedida à revista Jornal Brasileiro de Medicina, 43 (1) : 28, julho/1982.

FÁVERO, F. Medicina Legal, 7ª edição, Livraria Martins Editora, São Paulo, 1962.

FRANÇA, G. V. Direito Biomédico, 2ª edição, São Paulo, Fundo Editorial Byk, 1978.

FRANCO, A. S. et al. Código Penal e sua Interpretação Jurisprudencial, 5ª edição, ed. Revista dos Tribunais.

FRAGA Fº, C. A Incompetência Geral e a Especializada, Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 11 (43) : 142, julho/setembro, 1994.

FRANÇA, G. V. Direito Médico, 4ª edição, Fundo Editorial Byk, São Paulo, 1987.

JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ, Conselho quer Atuação Ativa de Comissões de Ética Médica, ano XVI, nº 122, p.3, julho/1996.

MARCHESINI, J. B. Erro médico : a visão do profissional, Ars Curandi, 24 (3) : 73-84, mar/91

MORAES, I. N. Erro Médico e a Lei, 3ª edição, Editora Revista dos Tribunais, p. 333, 1995.

NICZ, L. F. Médicos de Amanhã: Especialistas ou (Novamente) Generalistas, Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 11 (43) : 137, julho/setembro-1994.

PORTO, C. C. "Semiologia Médica", ed. Guanabara-Koogan, 1990.

SIMÕES, J. C. Intermediar a saúde, processo irreversível, Jornal da Associação Médica do Paraná, ano XVI, nº 122, p. 3, julho/1996.

Palavras Chave - Ética e condições de trabalho. Erro médico. Mercantilismo, Relação médico-paciente. Política de saúde. Valorização profissional. Carvalho, JAP.

Key Words - Ethics. Conditions of work. Deontology. Medical error. Professional exercise. Mercantilism. Doctor-patient relationship. Medical Assistance service. Public Health. Private care. Health politics. Professional valorization.

Como Matar una Asociación

- 1° No asistir a las reuniones o asambleas.
- 2° Prometer su asistencia y llegar tarde.
- 3° Si el tiempo no es propicio, no hacerse presente.
- 4° En caso de no concurrir, prejuzgar de la Institución a criticar: la posición de los asociados.
- 5° No aceptar cargos ni responsabilidades de ningún genero; total, es más fácil criticar que hacer.
- 6° Esto, no obstante, incomodarse si no se le designa, pero si se le nombra, olvidarse de la responsabilidad contraída.
- 7° Si se le consulta para emitir una opinión, contestar ambiguamente, sin concretar nada; y posteriormente decir que es lo que debia haberse hecho.
- 8° No hacer nada; o estrictamente lo necesario; pero si otros socios, con buen criterio y desinterés y con mucha voluntad, trabajan para que las cosas marchen mejor, murmurar que la Institución está en manos de una camarilla.
- 9° No preocuparse por la incorporación de nuevos miembros.
- 10° Si se organiza algo de carácter sociocultural, etc., decir que se malgastan los fondos sin sentido de responsabilidad.
- 11° Si no se organiza, decir que la Asociación no da señales de vida, y que sus dirigentes no son de desear.
- 12° No pagar las cuotas de asociado. De allí que todas las iniciativas útiles sean sacavadas por los indelentes.

Publicado em "Eco Industrial", nº 13, 1964 e em republicada na Acta Médica Venezolana.

É PERMITIDO FORNECER OS DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE NAS SOLICITAÇÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES ?

Parecer CFM

EMENTA

É permitido às UNIMEDs a exigência da colocação da justificativa da solicitação de exames complementares, desde que haja garantias de que esses documentos médicos sejam dirigidos apenas a outros médicos e que não sejam utilizados para fins estranhos àqueles a que se destinam.

Os médicos são obrigados a cumprir esse dispositivo, caso estejam seguros de que o fornecimento dos dados clínicos do paciente não implique em quebra do sigilo.

Em consulta formulada em 4 de agosto de 1997, o Dr. Dagoberto José da Silva, Diretor-Presidente da Federação das UNIMEDs do Rio de Janeiro, pergunta-nos sobre a permissão de as Cooperativas exigirem a colocação de dados clínicos nas solicitações de exames, e se o médico que se negar a fazê-lo estará infringindo o Código de Ética Médica.

Após referir-se a parecer anterior (18/97), aprovado neste CFM em 9 de maior de 1997, de lavra do Cons. Léo Meyer Coutinho, cuja ementa é: **"O médico, ao requisitar exames complementares, tem o dever de oferecer dados clínicos e outras informações que orientem a realização do exame"**, o Dr. Dagoberto apresenta longa exposição sobre a organização da Federação e as formas de remuneração dos serviços prestados.

Constitui sua fundamentação nos seguintes termos:

"Também pelo fato de estar a Cooperativa sujeita aos controles dos cooperados através de seus órgãos sociais, todos ocupados por médicos, todas as despesas que deva suportar para as assistências médicas e auxiliares médicas passam pelos controles das auditorias médicas por ela mantidas. Disso resulta uma cultura própria cooperativista no sentido de que cada despesa da Cooperativa deva ser respaldada por razões técnicas e lógicas justificáveis e sustentáveis no campo do exercício profissional.

De outra forma, se o médico-cooperado não oferecer os dados clínicos e outras informações que orientem a realização do exame requisitado ou solicitado, isso dificulta e onera os trabalhos de investigação realizados sob atuação direta ou sob o controle de outro colega, cooperado ou não. Daí os comprometimentos das boas qualidades dos atendimentos que as cooperativas devem aos seus usuários."

Finaliza com suas duas indagações:

1. É permitido à Cooperativa Médica exigir a colocação de dados clínicos que orientem os exames solicitados por seus cooperados?
2. É infração ao Código de Ética negar-se o médico solicitante de exames

complementares colocar os dados clínicos que orientem os exames, em seus pedidos ?

O primeiro relator que estudou a matéria, Cons. Léo Meyer Coutinho, entende que as UNIMEDs podem exigir este registro se os exames a serem executados forem realizados por médicos. Esta obrigação, segundo seu entendimento, deve ser decidida em assembléia geral, já que, desta forma, a Cooperativa assume a co-responsabilidade junto ao médico cooperado.

Gostaria de aprofundar um pouco essa discussão analisando cada uma de suas facetas, mais especialmente as questões referentes ao fornecimento de informações a outro médico sobre o quadro clínico de paciente (já tratado no parecer anterior e aprovado por este Plenário), o sigilo médico, a banalização dos documentos médicos e as questões administrativas de uma empresa prestadora de assistência médica.

Paralelamente, gostaria de suscitar uma discussão sobre a obrigatoriedade do médico em acatar os pareceres emanados do Plenário do CFM.

O artigo 45 do CEM preconiza, entre outras coisas, ser vedado ao médico deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos.

Se considerarmos o parecer aprovado em Plenário como uma norma, o assunto pareceria superado e as respostas ao Dr. Dagoberto seriam positivas a ambas as perguntas formuladas, uma vez que no Parecer nº 18/97 este Plenário entendeu ser dever do médico oferecer os dados clínicos em suas solicitações de exames complementares.

Portanto, o médico que se recusasse a cumprir este dever estaria, seguramente, infringindo os artigos 45 e 83 do CEM.

Assim, deixo de concordar com o Cons. Léo Meyer quando entende ser necessária aprovação da assembléia dos cooperados para esta obrigação. Não: **É uma norma emanada deste Conselho Federal, através de parecer aprovado em Plenário e que deve ser acatado por todos os médicos deste país.**

Nesta linha, obrigo-me também a discordar da segunda resposta, por **entender ser a negativa um ilícito ético, minimamente por infração ao artigo 45.**

Mas seriam respostas por demais singelas frente às questões subjacentes contidas nesta consulta, conforme externamos anteriormente.

Procurei meditar bastante sobre a intenção da consulta e acredito ter encontrado a resposta na própria fundamentação do Diretor-Presidente, que é o estabelecimento de um controle de despesas através de medidas que possam restringir as solicitações de exames.

Se analisarmos a questão pela lógica da facilitação do diagnóstico laboratorial, é extremamente salutar o fornecimento de todas as informações disponíveis sobre o quadro clínico do paciente.

O parecerista assim o entendeu, no que foi seguido, sabiamente, pelo Plenário.

Se considerarmos, por outro lado, que esses exames são, muitas vezes, realizados por profissionais não-médicos (bioquímicos, técnicos de laboratório), como acontece em praticamente todos os laboratórios deste país, já começaremos a encontrar restrições ao fornecimento dessas informações. Apesar de ser de cooperados médicos, as UNIMEDs abrigam em seu corpo médicos patologistas clínicos que têm, a seu serviço, esses profissionais citados. E esses profissionais não estão presos aos ditames de nosso Código de Ética Médica, e tampouco os Conselhos

têm alcance sobre eles. Há que se criar, portanto, mecanismos que protejam o sigilo dessas informações de forma não permitir seu acesso por esses outros profissionais, não obstante estarem submetidos aos Códigos Civil e Penal.

Caso contrário, estaria aí quebrado o sigilo médico, com todas as conseqüências que porventura possam advir - sigilo que é, em última análise, a proteção do paciente.

Assim, o fornecimento das informações com o objetivo de favorecer ao paciente estaria, neste raciocínio, prejudicando-o indelevelmente.

Associado a isto, é prática comum das empresas compradoras de serviços médicos, e também das UNIMEDs, a banalização deste documento médico.

A requisição dos exames complementares é um documento médico e, desta forma, deve ser cercado dos mesmos cuidados adotados com relação aos prontuários, laudos, etc.

Apesar de assim entendido, o impresso da requisição dos exames é utilizado como documento de cobrança de honorários. Assim, um documento médico em que consta a identificação do paciente, os exames solicitados e os dados clínicos que o justifiquem é, agora, manipulado por agentes administrativos, faturistas, leigos em suma, dessas instituições. O que agrava sobremaneira a perspectiva da quebra do sigilo.

Tão questionado em sua gerência, o SUS dá-nos um exemplo de organização nesta questão. Os impressos de solicitação de exames prestam-se, tão somente, a controle, avaliação e auditoria, enquanto a fatura é feita através de disquetes e codificações, tornando impossível a identificação, por leigos, do paciente que se submeteu àqueles exames.

As cooperativas e as empresas tornam-se, assim, as grandes responsáveis por esta quebra do sigilo, estando seus diretores técnicos e clínicos, vulneráveis à processos éticos, frente a graves infrações aos artigos que tratem do sigilo.

Temos a consciência e o conhecimento do grande exagero nas solicitações de exames complementares, muitos deles sem qualquer relação com o quadro clínico do paciente atendido.

Motivado por vários fatores que vão desde a insegurança do médico às exigências dos pacientes, todos os sistemas de assistência, sejam públicos ou privados, estão exaurindo seus recursos neste segmento, que deveria ser apenas complementar.

Inverte-se a lógica do atendimento médico e procura-se fazer diagnósticos laboratoriais, ao invés de diagnósticos clínicos.

O artigo do CEM garante ao médico ampla liberdade de utilização de meios para o estabelecimento do diagnóstico, mas esta liberdade não o autoriza a praticar ou indicar atos médicos desnecessários, como nos ensina o artigo 42, ou exceder em seus procedimentos (art. 60)

Assim, o exagero na solicitação de exames é ilícito ético.

No entanto, não podemos deixar de entrar nos aspectos administrativos das empresas, vez que estão imbricados nesta problemática.

Ao invés de querer-se restringir, por vias indiretas, as solicitações de exames complementares, as empresas deveriam ter eficientes serviços de controle, avaliação, auditoria e acompanhamento estatístico, do procedimentos médicos, bem como adotar medidas administrativas eficientes contra aqueles que praticam atos abusivos, sem prejuízo das sanções éticas, eventualmente advindas, após representações, em desfavor destes, junto ao Conselhos.

É possível e, no meu entendimento, ética, a criação, pelas empresas, de juntas de autorização de exames de alto custo, desde que entendam que fatos decorrentes de uma não-autorização, que deve ter a devida explicação ao solicitante, são de inteira e exclusiva responsabilidade dessa mesma empresa e que os protocolos para o funcionamento das juntas deverão ser amplamente discutidos, cristalinos e embasados em parâmetros científicos.

Reitero, aqui, que as respostas ao consulente não poderiam mesmo ser dadas de forma simples. Desta forma, procurarei sintetizar, nas respostas, todas as considerações analisadas neste parecer.

1. É permitido à Cooperativa Médica exigir a colocação de dados clínicos que orientem os exames solicitados por seus cooperados ?

R. Sim, desde que haja a garantia de que o acesso a tal documento médico seja prerrogativa apenas de médicos, responsáveis pela realização dos exames, e que não seja utilizado para outro fim como, por exemplo, a cobrança de honorários.

2. É infração ao Código de Ética Médica negar-se o médico solicitante de exames complementares a colocar os dados clínicos que orientem os exames, em seus pedidos ?

R. Sim, por desobediência a normas emanadas do Conselho Federal de Medicina e ao artigo 83, com a ressalva de que deve ter a absoluta segurança de que este fornecimento de dados não implique em quebra de sigilo, pelas circunstâncias analisadas.

É o parecer, s.m.j.

Brasília, 14 de abril de 1998

Paulo Eduardo Behrens
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 13/06/98

Palavras Chave - Exames complementares. Diagnóstico em requisições. Ética das informações. Segredo médico em requisições. Requisições de exames. Informações clínicas em requisições.

Key Words - Diagnostic Tests. Ethics in medical information. Medical sigil. Test solicitation. Medical data on test solicitations.

ADMISSÃO DE MÉDICOS NO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL

Parecer CFM

EMENTA

A admissão de médicos em Corpo Clínico de hospital é prerrogativa exclusiva do Corpo Clínico, cujas regras devem ser claramente definidas no Regimento Interno do Corpo Clínico

PARTE EXPOSITIVA

A Santa Casa de Misericórdia de Bragança Paulista consulta-nos sobre a admissão de médicos para o Corpo Clínico do hospital por haver divergência entre o Estatuto da Instituição e o Regimento Interno do Corpo Clínico no trato dessa questão.

Foram igualmente consultados o Sindicato dos Hospitais do Estado de São Paulo (SINDHOSP) e a Federação das Misericórdias do Estado de São Paulo, que se posicionaram pela prerrogativa estatutária para essa ação, além do CREMESP, que propôs uma reunião entre as partes para a solução do impasse. Nessa reunião foi sugerida a consulta ao CFM para a definição da soberania dessa admissão, se do Estatuto, se do Regimento.

O SINDHOSP, além de analisar alguns artigos do Regimento, sugere que seja acrescentado um capítulo no Estatuto, intitulado "Disposições Especiais", chamando-nos a atenção para o que se segue:

Art.... Os médicos, para fins de relacionamento comum com esta Irmandade, serão reunidos num Corpo Clínico ou Corpo Médico.

Parágrafo 1º - O Corpo Clínico ou Corpo Médico é um grupamento onde se reúnem médicos que prestam serviços às pessoas necessitadas, amparadas pela Irmandade, e esta assegura-lhes o direito de usar as instalações, equipamentos, serviços, aparelhos cirúrgicos e pessoal da Entidade, nas condições que estiverem tabeladas, aos seus clientes particulares.

.....

Parágrafo 4º - Os médicos ou assemelhados também poderão utilizar-se das instalações, serviços, equipamentos e aparelhos cirúrgicos da Irmandade, respeitadas as condições e tabelas por esta estipuladas para internações, consultas, tratamentos clínicos e qualquer atendimento médico-hospitalar aos pacientes conveniados.

Já a Federação das Misericórdias sugere, em seu parecer, a reformulação do artigo do Regimento Interno que trata da admissão dos médicos, por afrontar o Estatuto da Irmandade.

Das divergências

Estatuto:

Art. 19 - À Mesa Administrativa compete:

I - Elaborar os Regimentos Internos do hospital ouvindo o Corpo Médico e decidir sobre a aprovação do Regimento do Corpo Médico apresentado pelo mesmo.

II - ...

III - Admitir e demitir médicos ao Corpo Médico, de acordo com o Regimento Interno do hospital.

IV - Nomear o diretor médico do hospital, ouvido o seu Corpo Médico.

Parágrafo único - Para fim de receber e avaliar os pedidos de ingresso de médico ao Corpo Médico do hospital, será constituída uma Comissão Permanente composta por 7 (sete) membros; o Provedor, que presidirá votando somente em caso de empate; 3 (três) representantes da Mesa e 2 (três) representantes do Corpo Médico (com, no mínimo, cinco anos de integração a ele) indicados pelo diretor médico. Os membros dessa Comissão terão mandato coincidente com os da Mesa Administrativa"

Regimento Interno

Art. 26 - Da competência do Diretor Clínico:

Parágrafo 16 - Admitir no Corpo Clínico, ou demitir, os médicos ou profissionais afins, cumprindo os trâmites regimentais, de acordo com o Capítulo VI deste Regimento

Parágrafo 17

a) Dar ciência à Mesa Administrativa dos médicos ou profissionais afins admitidos no Corpo Clínico;

b) Solicitar à Mesa o cumprimento das normas trabalhistas e elaboração dos contratos cabíveis em cada caso.

Parágrafo 19 - Quando da terceirização de novos serviços, cabe ao Diretor Clínico dar o seu aval para que a Mesa Administrativa possa tomar as providências contratuais e legais.

Capítulo VI - Da Administração de Médico no Corpo Clínico:

Art. 37 - Para ingresso no Corpo Clínico, em qualquer categoria, o médico deverá apresentar-se à instituição por iniciativa própria ou a convite de um membro do Corpo Clínico ou da Mesa Administrativa

Art. 38...

Art. 39...

Art. 40...

Parágrafo 2º - Após a apreciação departamental, o pedido de ingresso e a documentação serão levados ao Conselho Técnico¹¹ que decidirá em sua primeira reunião mensal;

Parágrafo 5º - O Diretor ou Diretor Médico à Mesa Administrativa, por escrito, sobre a admissão do novo membro do Corpo Clínico, suas qualificações e suas atribuições, e solicitará as providências administrativas, trabalhistas e/ou contratuais e o seu referendo justificado, relativo a algo de seu conhecimento que desabone o médico (novo membro), para que o mesmo possa iniciar suas atividades.

PARECER

Antes de entrar no mérito da divergência entre o Estatuto do Hospital e o Regimento Interno do Corpo Clínico, devemos fazer considerações acerca de cada uma dessas instituições.

Apesar de imbricados e trabalharem em busca de um objetivo comum, que é o de prestar a melhor assistência possível aos pacientes, têm, tanto o hospital como o Corpo Clínico, naturezas diferentes.

Aquele oferece aos pacientes condições de hotelaria e infra-estrutura física, técnica e de recursos humanos para que este preste a necessária assistência, fruto de sua habilidade e conhecimento técnico-científico.

Não existe submissão de um ao outro, e sim interação, somatório de ações que possam levar, ao paciente, o melhor de cada um. Um não sobrevive sem o outro. De nada adianta um serviço hospitalar de primeira linha, com toda a infra-estrutura possível, sem a presença de um Corpo Clínico que atenda ao paciente. Da mesma forma, não é concebível uma assistência hospitalar por um Corpo Clínico sem as citadas estruturas oferecidas pelos hospitais. São complementares, portanto.

São, pois, duas vertentes diferenciadas e é fundamental a clara definição de seus papéis, já que, não obstante suas estreitas interfaces, ocorrem muitas vezes, sem esta clareza, divergências intransponíveis.

Em várias situações o caminho de acordo - como bem sugeriu, neste caso, o CREMESP - vem dirimir dúvidas e orientar ações de ordem prática.

Um não pode querer se imiscuir em outro de forma determinativa visando alterar seu funcionamento e tentando interferir nas decisões, que devem ser prerrogativas exclusivas de cada um.

Não há, então, submissão do Regimento Interno ao Estatuto Social e tampouco do Estatuto ao Regimento Interno.

Recém-editada, a Resolução CFM nº 1.481/97, de 8 de agosto de 1997, determina as diretrizes que devem ser adotadas no Regimento Interno, entre as

¹¹ Conselho Técnico - órgão constituído por quatro membros eleitos pelo Corpo Clínico, que não têm o direito à presidência, e pelo Diretor Técnico, que não tem direito à voto (nota do relator)

quais figura a decisão sobre a admissão e exclusão de seus membros, garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes.

Assim, segundo nosso entendimento e responsabilidade à consulta formulada, a decisão de admissão de médicos em Corpo Clínico é prerrogativa exclusiva deste segmento profissional e deve ter regras claras em seu Regimento Interno, não sendo matéria a ser tratada no Estatuto Social da Instituição.

Somos, portanto, pela exclusão dos incisos I, II e IV do artigo 19 do Estatuto, bem como de seu parágrafo único.

Porém, a contratação de médicos assalariados pelo hospital para alguma prestação de serviços deverá ser feita após ouvido o Corpo Clínico, observando-se a disponibilidade financeira do hospital, definida pela Mesa Administrativa.

Da mesma forma, a contratação de médicos para a prestação de serviços assistenciais em hospitais públicos deve seguir as determinações do artigo 37 da Constituição Federal, que estabelecem a obrigatoriedade de concurso público. Nada, no entanto, impede ao Corpo Clínico, através de seus representantes, opinar, de forma enfática, sobre a elaboração do edital

Além dessa divergência entre os dois diplomas, existem outras questões no Regimento Interno do Corpo Clínico da Santa Casa de Bragança Paulista que, apesar de não serem motivo de análise neste parecer, merecem ser submetida ao Plenário do Conselho, através de consulta específica, para mais aprofundado estudo e sugestões de adequação.

É o parecer, s.m.j.

Brasília, 15 de abril de 1998

Paulo Eduardo Behrens
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 15/05/98

Palavras Chave - Admissão de médico. Corpo clínico. Demissão de médico. Regimento do corpo clínico. Estatuto hospitalar. Contratação de médico.

Key Words - Doctors admission. Medical staff. Medical Resignation. Medical staff regulation. Hospital statute.

RESPONSABILIDADE MÉDICA : PREVENÇÃO DE ACUSAÇÕES DE ERRO MÉDICO

MEDICINA DEFENSIVA

Luiz Augusto Pereira*

É inegável, a prevenção de acusações de erro médico passa pela recuperação do valor da profissão médica. Na essência, os médicos e pacientes precisam ser mais respeitados, a sociedade não pode continuar considerando a vida e a saúde como uma mercadoria.

É por demais conhecida a afirmativa do Procurador Geral da Corte Francesa "Dupin".

"O médico e o cirurgião não são indefinidamente responsáveis, porém, o são às vezes; não o são sempre, mas não se pode dizer que não o sejam, jamais...".

O mestre Afranio Peixoto nos ensina.

"O respeito que a Sociedade deve à profissão médica só continuará justificado se, além de a sentir capaz, a souber responsável".

É neste contexto que relembro a clássica divisão dos deveres dos médicos idealizada por Aguiar Dias: **Deveres dos Médicos: Deveres de Conselhos, deveres de cuidados, deveres de abstenção de abuso ou desvio de poder.**

Assim também, o conceito de Savatier "**Responsabilidade Civil "é a obrigação que pode incumbir uma pessoa a reparar o prejuízo causado a outra"** e o conceito de Responsabilidade Penal de Anibal Bruno "**Responsabilidade Penal "é a derivada de ato que ofende ou ameaça um bem jurídico tutelado pela Lei penal"**.

Ao abordarmos sucintamente o tema Responsabilidade Médica não podemos deixar de falar na culpa, que para Savatier "**é a inexecução de um dever que o agente podia conhecer e observar"**. A culpa é o elemento principal para análise de uma acusação de erro médico.

A culpa pode manifestar-se na forma de negligência, imprudência e imperícia. Apresento algumas situações em que os médicos tem sido acusados:

Negligência: Inobservância de deveres

- Exame superficial e inatencioso do paciente
- Omissão de transferência ao especialista
- Retardo na intervenção cirúrgica
- Prescrição de medicamento indevido ou superdosagem
- Abandono de corpo estranho intra corpóreo

* Medico e Advogado do RS

- Realização de anestésias simultâneas
- Colocação indevida de aparelhos gessados

Imprudência: Omissão de Cautelas

- Utilização de técnica complicada em cirurgia simples
- Realização de cirurgia sem examinar previamente o paciente
- Avaliação e receita pelo telefone

Imperícia: Inaptidão, Insuficiência de Conhecimento Técnico

- Secção dos ureteres em cirurgia cesariana
- Secção da artéria femoral em cirurgia de varizes
- Transfusão de sangue incompatível

Na verdade segundo Manzini **"Não há razão para distinguir, em essência, entre culpa por negligência, imprudência ou imperícia estando estes conceitos fundados sobre idêntico critério jurídico"**. O mesmo jurista nos ensina **"O erro profissional que corresponde ao risco não apresenta vínculos com a negligência, imperícia ou imprudência"**.

Refiro pela sua importância o artigo 1545 do Código Civil **"os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que, por imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, incapacitação de servir, ou ferimento"**, e também pela sua importância e pouco conhecimento dos médicos o artigo 1525: **"A Responsabilidade Civil é independente da criminal; não se poderá, porém, questionar mais sobre a existência do fato, ou quem seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no crime"**.

O Código de Defesa do Consumidor (Lei 8078/1990) não mudou o conceito de responsabilidade do médico inserido no artigo 1545 do Código Civil. O dever de indenizar continua tendo fulcro na culpa.

A Responsabilidade Penal refere-se ao crime, que segundo Anibal Bruno **"é o ato que ofende ou ameaça um bem jurídico tutelado pela lei penal"**. E que de acordo com o artigo 15 do código Penal pode ser:

Doloso: **"Quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo"**.

Culposo: **"Quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia"**.

Estes são os principais artigos do Código Penal de acusação dos médicos no exercício da profissão.

Artigo 121 - Homicídio;

Artigo 129 - Lesões Corporais;

Artigo 132 - Perigo para a vida ou saúde de outrem;

Artigo 135 - Omissão de socorro;

Artigo 146 - Constrangimento ilegal;

Artigo 154 - Violação do segredo profissional;

Artigo 196 - Concorrência desleal;

Artigo 269 - Não comunicação de doença de notificação compulsória;
Artigo 283 - Charlatanismo;
Artigo 302 - Falsidade de atestado médico.
Destaco algumas situações de acusações:

Artigo 121 - Homicídio

- Não realização de exame em TCE
- Avaliação e prescrição por telefone
- Retardo na intervenção cirúrgica
- Erro na anestesia
- Abandono de corpo estranho intra corpóreo
- Choque séptico por transfusão sangüínea contaminada

Artigo 129 - Lesões Corporais

- Lesão do nervo ciático em cirurgia ortopédica
- Deformidade em cirurgia plástica de mamas
- Deformidade em cirurgia traumatológica

Artigo 135 - Omissão de Socorro

- Médico chamado várias vezes e não comparece
- Negativa de internação de paciente com cirurgia infectada
- Recusa do anestesista em participar de cirurgia

Para excluir a culpa penal do médico, basta, em princípio, ficar demonstrado que agiram de acordo com a **Lex Artis**, não havendo necessidade de um exame mais aprofundado relativo a existência de eventual erro.

Segundo o jurista Casabona, Lex Artis "**São as regras que, em consonância com o estágio do saber atual de determinada Ciência, "marcam las pautas dentro de las cuales han de desenvolverse los profesionales"**.

Os ensinamentos de Silvio Rodrigues, transcrito a seguir, trazem uma certa tranqüilidade aos médicos "**Não se considera erro do profissional o que resulta da imprecisão, incerteza ou imperfeição da arte, sendo objeto de controvérsias e dúvidas"**.

John Richards, da Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos da América do Norte com relação a má prática afirma: em 1980 tínhamos 3 processos para cada 100 médicos, em 84 oito, em 85 dez e em 96 sete. O valor médio das condenações em 1975 foi de 230 mil dólares e 1997 1 milhão de dólares. Quarenta por cento (40%) dos médicos americanos serão processados durante a sua carreira profissional.

A nossa realidade sempre será diferente da realidade Americana, mas nem por isso podemos ficar mais tranqüilos.

Nos ensina Silvio Rodrigues:

"A problemática de caracterização do erro em Medicina não se restringe as fronteiras da Ciência, mas extravasa para os domínios do social". Este social nos traz para a realidade concreta e permite constatar a gravidade do que vem ocorrendo com relação as acusações de erro médico no Brasil.

Marco Antônio Bandeira Martha saudoso defensor dos médicos do Rio Grande do Sul esclarece um tópico importante, o da Justiça Gratuita.

“O benefício da Justiça Gratuita garantido ao paciente pobre é prejuízo certo para o médico que, apesar de vitorioso na causa não é indenizado nos custos gerados pela demanda”. “A maioria dos processos (90%) contra médicos são gerados com o benefício da Justiça Gratuita”.

No estudo que realizamos de 600 (seiscentos) acórdãos (a partir da década de 70) que apreciam a atuação médica, a maioria oriundos do Estado do Rio Grande do Sul, obtivemos informações importantes. Os processos contra médicos cresceram de forma geométrica; 70,1% dos processos são dos anos (90 a 95).

Os processos criminais neste período superaram os cíveis (56% e 44%).

Os principais resultados danosos alegados foram:

- Defeito físico	34%	- Dano Estético	7%
- Óbito	33%	- Dano Moral	4%
- Risco de Vida	12%	- Outros	11%

E as principais especialidades dos profissionais acusados:

Gineco e Obstetrícia	28%	Plástica	4%
Traumato Ortopedia	15%	Anestesiologia	5%
Cirurgia	14%	Hematologia	3%
Clínica	12%	Demais especialidades	13%
Pediatria	5%		

Processos Cíveis: decisões favoráveis 52% no 1º Grau e 57% no Tribunal.

Processos Criminais: decisões favoráveis 24% no 1º Grau e 50% no Tribunal.

Nas especialidades encontramos os seguintes percentuais de decisões favoráveis aos médicos:

Especialidade	1º Grau	Tribunal
Gineco Obstetrícia	60%	33%
Traumato Ortopedia	70%	68%
Cirurgia Geral	62%	63%
Clínica	30%	40%
Pediatria	50%	68%
Cirurgia Plástica	34%	22%
Anestesiologia	38%	60%
Hematologia	52%	50%

John Richards, MD entende que Mal Prática **“é o Desvio do que é aceito como padrão de cuidado e que resulta em prejuízo para o paciente”.**

Estamos diante de uma situação preocupante.

A saúde nos países capitalistas é considerada como bem de consumo e a inflação de saúde tem obrigado a adoção de medidas racionalizadoras dos gastos. O Managed Care, atendimento gerenciado, serve para o controle de gastos e tem nos médicos o foco maior deste controle. O Managed Care introduz controles sobre a prática médica, restringindo-a .

Nos Estados Unidos a Medicina Defensiva, segundo Robert Rubin, MD **“é constituída de elementos da prática médica que não produzem benefícios para os pacientes, é uma desculpa dos médicos e instituições médicas para evitar reclamações de má prática”**.

Neste mesmo país, segundo o mesmo autor as Organizações de Managed Care não pagam por Medicina Defensiva e penalizam os médicos que a praticam”.

No Brasil, defendo que os controles introduzidos sobre a prática médica no atendimento gerenciado não podem comprometer a liberdade da atuação profissional. Não podem comprometer a segurança dos pacientes e dos médicos, em fim, a qualidade do atendimento.

Defendo a Medicina Defensiva conforme definição e aplicação preconizada pelo Advogado Marco Antônio Bandeira Martha - Medicina Defensiva **“Conjunto de medidas a serem tomadas para evitar processos e facilitar a prova de que os atos médicos foram corretamente praticados” - “ A Medicina Defensiva deve ser praticada por quem deseja ter maiores chances de se livrar de processos (o que é melhor), ou de vencê-los, quando for demandado”**.

A Medicina Defensiva deve ser usada na prevenção de acusações de erro médico. **É ética se for entendida e praticada como o exercício correto da Medicina.**

John Richard, MD preconiza uma série de medidas preventivas de acusações de erro médico:

- Dar atenção aos pacientes;
- Manter a confiança dos pacientes;
- Aplicar o documento de consentimento informado;
- Registros médicos, documentação;
- Prontuário;
- Fornecimento de instruções;
- Documentar quando o paciente é negligente.

O nosso escritório de advocacia, preconiza várias medidas preventivas de acusações de erro médico.

Entre elas relacionamos:

- Identificar padrões comportamentais;
- Atender necessidades emocionais;

- Investir na relação médico paciente;
- Interagir com o paciente e familiares;
- Evitar pacientes com os quais não tenha condições objetivas de desenvolver um bom relacionamento;
- Evitar pacientes de risco.

Neste item John Richards, MD identifica quem são estes pacientes de risco: São os que:

- * Elogiam em excesso o profissional
- * Cínicos
- * Exageram nas queixas
- * Apresentam extrema aflição
- * Quase não falam
- * Dificuldades com membros da família
- * Maliciosos
- * Trocam freqüentemente de médicos

Entendo que pacientes de risco são todos aqueles que limitam a prática médica, e todos aqueles com os quais o médico não pode estabelecer uma boa relação médico paciente. Eles são pacientes de risco, mas isto não quer dizer que os médicos não devam atendê-los.

Complementando as medidas para prevenir as acusações de erro médico:

- Evitar práticas não consagradas;
- Não realizar atos médicos para os quais não esteja perfeitamente habilitado;
- Não abusar do "olho clínico". Sempre que possível e razoável solicitar exames que confirmem o diagnóstico;
- Cultivar o princípio da confiabilidade.

Resumidamente: Os médicos que praticam a Medicina Defensiva:

- * Investem na relação médico paciente;
- * Relutam em tratar doentes graves e de alto risco;
- * São mais cuidadosos;
- * Solicitam mais exames;
- * São prudentes com novos pacientes;
- * Elaboram prontuários completos.

Atualmente estamos desenvolvendo um novo conceito de Medicina Defensiva .

Medicina Defensiva de Ataque **"Quando o médico processa o paciente ou familiar ou quem o acusa na sua atividade profissional causando-lhe dano"**.

O objetivo não é dinheiro, mas inibir as ações de agressões ao médico, fazendo que o mesmo seja mais respeitado. A experiência é pequena,

patrocinamos dez (10) ações, sendo duas (2) já decididas favoravelmente ao médico.

Reitero, a prevenção de acusações de erro médico passa pela recuperação do valor da profissão médica.

Nenhuma ação isolada será capaz de deter o estado atual das acusações de erro médico. Nem a Medicina Defensiva, nem a formação adequada dos profissionais médicos. Entendo que é preciso desmanchar o eixo conceitual de que a vida e a saúde são mercadorias e podem ser vendidas aos pedaços. A sociedade cobra dos médicos: conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos éticos, compromisso social, mas não esta nos respeitando. Será que não somos nós que não estamos nos fazendo respeitar? É sabido, os parâmetros éticos não são dados pela Medicina, pela Biologia ou por Ciência alguma, são dados pelo pensar e sentir sociais.

Será que a sociedade tem interesse em desvalorizar a profissão médica? O trabalho médico precisa se adequar as novas realidades sociais sem entretanto comprometer os princípios básicos da Medicina. A prática da medicina defensiva não é a melhor solução, mas para o atual momento passou a ser o melhor remédio.

Palavras Chave: Responsabilidade Médica, Responsabilidade Civil e Penal - Medicina Defensiva. Pereira, LA

Key Words: Medical liability. Civil Liability. Defensive Medicine. Penal liability. Pereira, LA.

RELACIONAMENTO MÉDICO/CONVÊNIO NO ESTABELECIMENTO DE HONORÁRIOS

Parecer CFM

EMENTA

A inexistência de um parâmetro mínimo no estabelecimento dos honorários médicos leva as entidades intermediadoras de assistência médica a promover uma progressiva desvalorização dos mesmos

O CREMEGO envia ao Conselho Federal de Medicina o expediente aqui protocolado sob o nº 2.168/97, que versa sobre consulta formulada àquela Regional pelo médico Leonardo Vieira Fernandes, CRM/GO 6012, na qual o mesmo faz os seguintes questionamentos:

“1) como proceder com convênios que exigem emissão de RPA (recibo de pagamento de autônomos) junto com a fatura do mês, enquanto o pagamento é efetuado após 15 dias ou mais, à vezes com glosa;

2) existe ainda algum questionamento jurídico sobre a Tabela AMB/92 que impeça o uso da mesma ? Seria antiético o atendimento a convênio pela Tabela AMB/90 ?;

3) como proceder junto à CASSI (BB), que possui tabela paralela à da AMB (TAG) ? Ofício recente do CRM/GO alerta quanto às tabelas paralelas, como a do Bamerindus Saúde;

4) pode um convênio, em que o médico não seja credenciado, exigir que, qualquer atendimento eventual junto a um de seus filiados em situação de emergência, seja pago pelos valores do convênio (tabela da AMB em múltiplos) e não como pacientes particulares ? Como o médico deve proceder nessa situação ?”

Apreciando a matéria, o Conselheiro Sizenando da Silva Campos Júnior, do CREMEGO, deu adequadas respostas aos questionamentos. Contudo, em face da discussão nacional que envolve a questão dos honorários médicos, o Plenário daquele Regional entendeu enviar o assunto ao CFM, para posicionamento.

Em matéria semelhante, o Conselheiro Hércules Sidney Pires Liberal, emitiu o Parecer nº 673/90, aprovado em 14/07/90, onde conclui dizendo que “compete ao CFM recomendar aos médicos de todo o país a adoção e o cumprimento da THM, de forma pública, como já o fez anteriormente, e participar ativamente da Comissão de Honorários Médicos, pois assim estaria mais uma vez contribuindo e caminhando na consecução dos objetivos acima especificados”.

Em que pese a natural dificuldade que o assunto oferece para que se possa chegar a pontos consensuais, parece-me inquestionável que a relação dos médicos com os convênios sofreu transformações significativas desde que o sistema de credenciamento se instalou no país, na década de 60.

Naquela época, o número de médicos era relativamente pequeno e sua relação com a população em geral era superior a 1/20.000, o que obrigava os convênios a oferecerem remuneração vantajosa para conquistá-los a atender seus

usuários. Nessas circunstância, o médico, individualmente, tinha ampla capacidade de decidir sobre a aceitação da remuneração oferecida pelos convênios.

Nos dias atuais, entretanto, com o aumento desenfreado de número de faculdades e a conseqüente derrama de profissionais no mercado houve um brutal desvalorização do trabalho, tornando o médico, individualmente, extremamente frágil diante dos convênios, que, assim, passaram a impor uma remuneração cada vez mais aviltante, utilizando a ameaça de descredenciamento caso o profissional não aceite as condições por eles impostas.

O Código de Ética Médica tem como um de seus postulados básicos que a Medicina não pode ser exercida, sob qualquer pretexto, sem que o médico tenha ampla liberdade na escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos, e que o trabalho médico deve ser remunerado adequadamente. Como pode o médico impor aos convênios o reconhecimento adequado ao seu trabalho, se esses convênios, por excesso de mão-de-obra no mercado, têm ao seu dispor um número enorme de médicos para escolher ?

É pois, inequívoco, que somente através de suas entidades de classe poderá o médico equiparar-se na correlação de forças com os convênios.

A Medicina não se rege pelas leis do comércio, nas quais a competição exige que o comerciante venda seu produto pelo menor preço como forma de conquistar o mercado.

O médico, ao contrário do comerciante, não pode, eticamente, oferecer seu trabalho com base no preço. O máximo que se admite ao médico como divulgação, é que publique sua qualificação profissional.

O médico deve sempre oferecer seus serviços baseados em sua qualificação profissional, jamais pelo menor preço.

Inexistindo um parâmetro ético para estabelecer o valor mínimo do trabalho médico, torna-se inevitável que as "chamadas leis de mercado" avancem sobre a Medicina, impondo aos médicos valores cada vez mais vis ao seu trabalho, sob a alegação de que "se tu não queres há quem queira" (SIC).

Ante o exposto, sustento que cabe aos Conselhos de Ética e, principalmente, ao Conselho Federal de Medicina, impedir que a Medicina se torne mercancia, onde quem oferece o menor preço vende o produto mais facilmente.

É o parecer, s.m.j.

Brasília, 1 de agosto de 1997

Cláudio Balduino Souto Franzen
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 13/05/98

Palavras Chave - Relação médico/convênio. Honorários médicos. Convênios. Remuneração de convênios.

Key Words - Joint ventures/doctor relationship. Medical honorarium. Payment of joint ventures.

MÉDICOS ESTRANGEIROS : CONFERENCISTA CONVIDADO PARA ATUAÇÃO DIDÁTICA

RESOLUÇÃO CFM 1.494/98

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

CONSIDERANDO que as organizações de assistência médica, ligadas a universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas eventualmente convidam médicos estrangeiros para que pratiquem demonstrações didáticas, incluindo atos médicos-cirúrgicos;

CONSIDERANDO que compete aos Conselhos de Medicina a autorização para o exercício profissional médico no país;

CONSIDERANDO ser dever dos Conselhos de Medicina zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO que o principal objetivo da Medicina é o bem-estar do paciente;

CONSIDERANDO o que prescreve a Resolução CFM nº 885/78 e,

CONSIDERANDO, ainda, o decidido no dia 19.6.98, em Sessão Plenária deste Conselho,

Resolve:

Art. 1º - A autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros, quando convidados por universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas, implica no cumprimento, perante o Conselho Regional de Medicina, das seguintes obrigações:

- a) nomeação dos membros da equipe médica convidada;
- b) comprovação de regularização da entrada, em território nacional dos membros da equipe convidada;
- c) comprovação, com documentos originais de seus países de origem, da habilitação, profissional dos médicos convidados;
- d) apresentação da programação a ser desenvolvida, com anuência da instituição patrocinadora, contendo:
 - I - local da execução dos procedimentos;
 - II - comprovação da capacidade técnica para executá-los;
 - III - nomeação da equipe médica local assistente, com descrição de cada nível específico de responsabilidade;
 - IV - critério de seleção de pacientes a serem atendidos, sem discriminação de qualquer espécie;
 - V - descrição do esquema de atendimento pós-operatório imediato e tardio, incluindo tratamento de complicações e sequelas;

VI - consentimento esclarecido do paciente ou de seus representantes legais;
VII - parecer favorável da Comissão de Ética Médica da instituição.

Art. 2º - A observância do cumprimento desta Resolução é da responsabilidade do Diretor Técnico da instituição.

Art. 3º - É vedada a cobrança, a qualquer título, de pagamento pelos atos médicos realizados.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 1 de agosto de 1997

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Júlio César Meirelles Gomes
1º Secretário

Palavras Chave - Médico estrangeiro. Conferencista estrangeiro. Resolução CFM nº 1.494/98.

Key Words - Foreign doctor. Foreign speaker. CFM 1.494/98 resolution.

AUDITORIA DE ASSISTÊNCIA TEMPO MÍNIMO DE INTERNAÇÃO DOS SUS

Parecer CFM

EMENTA

O controle e a avaliação realizados pelo Estado através da instituição de críticas nos sistemas de informações não restringem o trabalho médico ou comprometem sua eficácia. A interferência direta do auditor nas atividades médicas, de forma açodada, que configure modificações de conduta adotada, constitui infração ao artigo 121 do CEM.

PARTE EXPOSITIVA

Consulta-nos o Dr. Fernando Medeiros, Diretor Médico da Liga Norte-Riograndense Contra o Câncer, sobre a atuação de médicos auditores da Secretaria Municipal de Saúde, frente a altas precoces em alguns procedimentos.

Segundo o Dr. Fernando Medeiros, estes auditores, em cumprimento a determinações oriundas do Ministério da Saúde, estariam glosando contas cujo tempo de permanência fosse menor que a metade dos dias preconizados pelos parâmetros ministeriais.

Indaga se este comportamento não afronta o artigo 8º do CEM, *in verbis*:

"Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho"

Designado para emitir parecer sobre o assunto, o ilustre Conselheiro CREMERN, Dr. Gilmar Amorim de Souza, fez diligência sobre o caso em tela, absolutamente esclarecedores.

O Conselheiro Relator constatou nestas diligências que, no Hospital Luiz Antônio, uma auditora fez, na papeleta de um paciente submetida à tireoidectomia total, a anotação de que a mesma deveria permanecer internada até o dia seguinte, para o cumprimento do prazo regulamentar. Tal observação por aposta ao registro da alta dada pelo médico assistente.

A partir de considerações e análises da questão, o Relator conclui:

"Este parecerista entende que não há respaldo legal para a orientação e conduta dos auditores e gestores do SUS; e que as posturas relatadas em carta - consulta ferem o Código de Ética Médica nos artigos 8º e 121".

PARECER

Analisando a consulta formulada pelo Sr. Diretor Médico da LNRCC e o parecer do CREMERN, pude observar que existe uma contradição entre a instituição da crítica elaborada pelo Ministro da Saúde e a atuação dos auditores da SMS.

O Decreto Presidencial nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que criou o Sistema Nacional de Auditoria, fê-lo em cumprimento ao artigo 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e ao artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

Compete, portanto, aos gestores do SUS, em todas as suas instâncias, o controle e a avaliação das ações desenvolvidas e pagas pelo sistema. Inclusive a instituição de críticas para detecção de desvios e incorreções.

A partir de agosto de 1995, duas críticas foram implantadas no Sistema de Informações Hospitalares.

A primeira, diz respeito aos cadastros hospitalares. Hospitais ampliavam seus leitos mas não os cadastravam no sistema. Desta forma, detectou-se que hospitais com 20 (vinte) leitos, por exemplo, cobravam do sistema 300 (trezentas) ou mais internações, obviamente incompatíveis com sua condição operacional.

A crítica instituída conseguiu visualizar esta distorção, fazendo com que as unidades que estavam nesta situação atualizassem seus cadastros, passando a receber normalmente as internações por elas realizadas.

Outra das críticas, e este é o caso presente, detectou grande número de altas precoces, não necessariamente fraudulentas, mas que serviram de alarme para análise mais profunda da situação.

Entre as justificativas dessas altas precoces, considerou-se

1- Internações desnecessárias de procedimentos passíveis de tratamento ambulatorial (terapia de reidratação oral, algumas pneumonias pneumocócicas, retiradas de nódulos mamários, facetectomias, entre outros);

2- Altas diretamente da Unidade de Terapia Intensiva - em patologias que, sistemática e tecnicamente, demandam período de observação em enfermarias (IAM, embolias pulmonares, etc.);

3- Internações fictícias - comumente praticadas, geralmente de procedimentos mais onerosos (ICC, AVC, p. ex.), que tinham alta em tempo recorde, para maior rotatividade do leito;

4- Procedimentos cujo tempo de internação está consagradamente reduzido quando em confronto com os parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde (partos, cesarianas, histerectomias, tireoidectomias, entre outros);

5- Procedimentos em que se utiliza alta tecnologia - como as cirurgias endoscópicas -, hoje com tempo de internação absolutamente reduzido.

A partir desses pressupostos, sob uma prerrogativa e dever de controlar, o Ministério da Saúde orientou às auditorias estaduais e municipais que aqueles procedimentos configurados como sendo dos primeiro, segundo e terceiro grupos deveriam ser sumariamente glosados.

Quanto aos procedimentos do quarto grupo, o Ministério da Saúde formou uma Câmara técnica para estudos e proposição de novos parâmetros, em substituição aos adotados, que refletiam uma realidade de 1983, defasada portanto. Tais parâmetros foram então criados, deixando de haver glosos por este motivo.

Já os procedimentos do quinto grupo deveriam ser justificados e reapresentados em nova fatura, com o aval do estado e/ou município, através de suas auditorias.

Até o momento, não me parece ter havido qualquer infração ética pela norma emanada do Ministério, muito menos ao artigo 8º, uma vez que não interferia na liberdade profissional do médico ou impunha restrições à eficácia de seu trabalho.

No entanto, a forma abrupta de inserção destas críticas no sistema foi muito questionada.

Não se deu a oportunidade, por exemplo, dos hospitais regularizarem seu cadastro antes de sofrerem os cortes, não obstante ser esta a sua obrigação.

Dever-se-ia, segundo várias opiniões com as quais compartilho, formular inicialmente os parâmetros, para depois promover as glosas.

Apesar de não servir como justificativa, o momento político então enfrentado pelo Ministério em muito contribuiu para o açodamento.

A imprensa, autoridades econômicas do governo e outras instituições faziam, à época, inclemente campanha contra o Sistema Único de Saúde, baseando-se na existência de fraudes, o que tinha como pano de fundo a sempre presente tentativa de comprometer a universalidade do SUS.

Estes foram os fatos motivadores que, repito, não servem como justificativa, mas são relevantes quando se analisa de forma mais abrangente os acontecimentos.

Por outro lado, a postura dos auditores da Secretaria Municipal de Saúde nada tem a ver com as questões acima relatadas.

Se, como comprova a diligência efetuada pelo Conselheiro do CREMERN, houve sustação da alta médica por auditor de assistência, esta exorbitou em suas funções, em clara infração ao artigo 121 do Código de Ética Médica, no que concordo, integralmente, com o parecer da instância regional.

É o parecer, s.m.j.

Brasília, 7 de janeiro de 1997

Paulo Eduardo Behrens
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 07/05/98

Palavras Chave - Auditoria do SUS. Liberdade de exercício profissional. Alta precoce. Fiscalização do SUS. Internação. Tempo de Internação.

Key Words - SUS Judgeship. Professional practice freedom. Early discharge. SUS Control. Medical admission. Time of admission.

ASSISTÊNCIA MÉDICA AO TRABALHADOR

PERÍTO MÉDICO JUDICIAL - ASSISTENTE TÉCNICO

RESOLUÇÃO CFM 1.488/98

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

CONSIDERANDO que o trabalho é um meio de prover a subsistência e a dignidade humana, não devendo gerar mal-estar, doenças e mortes;

CONSIDERANDO que a saúde, a recuperação e a preservação da capacidade de trabalho são direitos garantidos pela Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o médico é um dos principais responsáveis pela preservação e promoção da saúde;

CONSIDERANDO que o médico é um dos principais responsáveis pela preservação e promoção da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar os critérios para estabelecer o nexo causal entre o exercício da atividade laboral e os agravos da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a atividade dos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador;

CONSIDERANDO o estabelecido no artigo 1º, inciso IV, artigo 6º e artigo 7º, inciso XXII da Constituição Federal; nos artigos 154 e 168 da Consolidação das Leis do Trabalho, bem como as normas do Código de Ética Médica e a Resolução CREMESP nº 76/96;

CONSIDERANDO as recomendações emanadas da 12ª Reunião do Comitê Misto OIT/OMS, realizada em 5 de abril de 1995, onde foram discutidos aspectos relacionados com a saúde do trabalhador, medicina e segurança do trabalho;

CONSIDERANDO as deliberações de 49ª Assembléia Geral da OMS, realizada em 25.8.96, onde foram discutidas as estratégias mundiais para a prevenção, controle e diminuição dos riscos e das doenças profissionais, melhorando e fortalecendo os serviços da saúde e segurança ligados aos trabalhadores;

CONSIDERANDO que todo médico, independentemente da especialidade ou do vínculo empregatício - estatal ou privado -, responde pela promoção, prevenção e recuperação da saúde coletiva e individual dos trabalhadores;

CONSIDERANDO que todo médico, ao atender seu paciente, deve avaliar a possibilidade de que a causa de determinada doença, alteração clínica ou laboratorial possa estar relacionada com suas atividades profissionais, investigando-a de forma adequada e, caso necessário, verificando o ambiente do trabalho;

CONSIDERANDO que todo médico, ao atender seu paciente, deve avaliar a possibilidade de que a causa de determinada doença, alteração clínica ou laboratorial possa estar relacionada com suas atividades profissionais, investigando-a de forma adequada e, caso necessário, verificando o ambiente de trabalho;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de fevereiro de 1998,

RESOLVE :

Art. 1º - Aos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe:

I - assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;

II - fornecer atestado e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento;

III - fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico por à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

Art. 2º - Para o estabelecimento do nexa causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexa causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área de saúde.

Art. 3º - Aos médicos que trabalham em empresas, independentemente de sua especialidade, é atribuição:

I - atuar visando essencialmente à promoção da saúde e à prevenção da doença, conhecendo, para tanto, os processos produtivos e o ambiente de trabalho da empresa;

II - avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação;

III - dar conhecimento aos empregadores, trabalhadores, comissões de saúde, CIPAS e representantes sindicais, através de cópias de encaminhamentos, solicitações e outros documentos, dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como dos outros informes técnicos de que dispuser desde que resguardado o sigilo profissional;

IV - Prover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortúnico, sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita

de nexa causal da doença com o trabalho. Deve ser fornecida cópia dessa documentação ao trabalhador;

V - Notificar, formalmente, o órgão público competente quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho.

Art. 4º - São deveres dos médicos de empresa que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade:

I - atuar junto à empresa para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;

II - promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências para o trabalho, desde que este não as agrave ou ponha em risco sua vida;

III - opor-se a qualquer ato discriminatório impeditivo do acesso ou permanência da gestante no trabalho, preservando-a, e ao feto, de possíveis agravos ou riscos decorrentes de suas funções, tarefas e condições ambientais.

Art. 5º - Os médicos do trabalho (como tais reconhecidos por lei), especialmente aqueles que atuam em empresa como contratados, assessores ou consultores em saúde do trabalhador, serão responsabilizados por atos que concorram para agravos à saúde dessa clientela conjuntamente com os outros médicos que atuem na empresa e que estejam sob sua supervisão nos procedimentos que envolvam a saúde do trabalhador, especialmente com relação à ação coletiva de promoção e proteção à sua saúde.

Art. 6º - São atribuições e deveres do perito-médico de instituições previdenciárias e seguradoras:

I - avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;

II - subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;

III - comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito médico (CRM, nome e matrícula);

IV - orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária;

Art. 7º - **Perito-médico judicial** é aquele designado pela autoridade judicial, assistindo-a naquilo que a lei determina.

Art. 8º - **Assistente técnico** é o médico que assiste às partes em litígio.

Art. 9º - Em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização expressa do próprio assistido.

Art. 10 - **São atribuições e deveres do perito-médico judicial e assistentes técnicos:**

I - examinar clinicamente o trabalhador e solicitar complementares necessários.

II - o perito-médico judicial e assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem fazer-se acompanhar, se possível, pelo próprio trabalhador que está sendo objeto da perícia, para melhor conhecimento de seu ambiente de trabalho e função.

III - estabelecer o nexa causal, considerando o exposto no artigo 4º e incisos.

Art. 11 - Deve o perito-médico judicial fornecer cópia de todos os documentos disponíveis para que os assistentes técnicos elaborem seus pareceres. Caso o perito-médico judicial necessite vistoriar a empresa (locais de trabalho e documentos sob sua guarda), ele deverá informar oficialmente o fato, com a devida antecedência, aos assistentes técnicos das partes (ano, mês, dia e hora da perícia).

Art. 12 - O médico da empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresas e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados).

Art. 13 - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrários.

Brasília, 11 de fevereiro de 1997

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário- Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 11/02/98

Palavras Chave - Assistência ao trabalhador. Medicina do trabalho. Perito médico judicial. Assistente técnico médico judicial. Deveres do perito médico. Prontuário do trabalhador. Laudo médico do trabalhador. Resolução CFM nº 1.488/98

Key Words - Labour assistance. Labour medicine. Judicial medical expert. Judicial medical technical assistant. Medical expert duty. Worker medical report. CFM 1.488/98 resolution.

RESPONSABILIDADE CIVIL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS E O ÔNUS DA PROVA

Paulo Luiz Netto Lobo *

1. Âmbito da responsabilidade civil dos profissionais liberais

A responsabilidade civil dos profissionais liberais, no Direito Comum das obrigações, é negocial ou extranegocial⁽¹⁾. É negocial, quando a prestação de serviço tiver origem em negócio jurídico unilateral (por exemplo, prestarei o serviço x a quem realizar o fato y) ou em negócio jurídico bilateral, principalmente contrato. É extranegocial quando o serviço for prestado sem vínculo negocial direto entre o profissional liberal e o tomador dos serviços. Em ambas, a imputação ao profissional depende da existência da culpa.

É importante sublinhar essa dupla dimensão da responsabilidade dos profissionais liberais, porque a doutrina costuma localizá-la exclusivamente no contrato, no ato ilícito relativo⁽²⁾. Todavia, a responsabilidade por ato ou omissão desses profissionais pode emergir de situações onde não há relação contratual, melhor qualificando-se como ato ilícito absoluto ou de infração ao dever de todos de abstenção de lesar a pessoa ou o patrimônio de outrem. É o caso do profissional liberal, empregado de alguma empresa, que, nessa condição, danifica a pessoa (v. g., o médico) ou seu patrimônio (v. g., o engenheiro), enquanto prestava o serviço; é também, o caso de omissão de socorro do profissional de saúde, cujo dever de solidariedade social é imposto pelo Direito.

No que respeita à responsabilidade negocial, a doutrina nem sempre aceitou a distinção entre obrigações de meio e obrigações de resultado, para apuração da culpa e conseqüente imputabilidade do profissional. Em regra geral, o profissional liberal assume obrigação de meio, sendo excepcionais as obrigações de resultado. Na obrigação de meio, a contrariedade a direito reside na falta de diligência que se impõe ao profissional, considerado o estado da arte da técnica e da ciência, no momento da prestação do serviço (v. g., o advogado que comete inépcia profissional, causando prejuízo a seu cliente; o cirurgião que deixa no corpo do paciente elemento estranho).

O profissional não promete resultado, mas a utilização, com a máxima diligência possível não promete resultado, mas a utilização, com a máxima diligência possível, dos meios técnicos e científicos que são esperados de sua qualificação. Porém, nem sempre são os meios o que interessa ao tomador do serviço, porque o resultado pode ser estabelecido em lei ou no negócio jurídico.

*Advogado. Doutor em Direito (USP). Professor na UFAL e na Pós-Graduação da UFPE

¹ Preferimos essa denominação, apesar do uso já consagrado de responsabilidade contratual e extracontratual (a expressão aquiliana é apenas deferência a sua origem romana). Com efeito, a responsabilidade civil também decorre do negócio jurídico unilateral, ante o inadimplemento da prestação a que se obrigou o único figurante.

² Omais conhecido Tradadista da Matéria, Aguiar Dias ("Da Responsabilidade Civil", 6ª ed., Rio de Janeiro, Forense, 1979, 1/282), assim entende.

2. Significação de profissional liberal

Entende-se por profissional liberal todo aquele que desenvolve atividade específica de serviços, com independência técnica e com qualificação e habilitação determinadas pela lei ou pela divisão social do trabalho. Nesse conceito estão abrangidas profissões: a) regulamentadas, ou não, por lei; b) que exigem graduação universitária ou apenas formação técnica; e c) reconhecidas socialmente, até mesmo sem exigência de formação escolar. Na hipótese c) apenas estão incluídos os tipos sociais reconhecíveis. As profissões liberais são melhor identificadas quando regulamentadas e fiscalizadas pelo Estado (ou fiscalizadas por entidades, com delegação estatal específica).

A Constituição brasileira (art. 5º, XIII) prevê que é livre o exercício de qualquer profissão, "atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer". Essa regra é da liberdade de profissão, sendo a regulamentação excepcional, nos casos de profissões já consolidadas e tradicionais, no interesse maior da coletividade. As mudanças econômicas e tecnológicas levam ao surgimento de novas profissões e ao fenecimento ou extinção de outras. A expressão "liberal" surgiu para identificar a profissão livre, que se libertou das corporações de ofícios, no trânsito autônomo não é pressuposto da profissão liberal; o que a identifica é a independência técnica, mesmo quando o trabalho é assalariado. No caso do advogado, a lei brasileira (art. 18 da Lei nº 8.906/94) assim dispõe: "A relação de emprego, na qualidade de advogado, não retira a isenção técnica, nem reduz a independência profissional inerentes à advocacia".

Sobre a matéria, em obra específica ⁽³⁾, escrevemos: "Entende-se por isenção técnica do advogado empregado a total autonomia quanto à correta aplicação dos atos, meios e prazos processuais, sem interferência do empregador. O advogado empregado não pode prosseguir orientação tecnicamente incorreta, mesmo quando ditada pelo empregador. Em suma, na atuação técnica o advogado deve seguir apenas sua consciência profissional e ética. Nesta área estritamente profissional, a relação de emprego não o alcança.

3. O profissional liberal como fornecedor de serviços

Nas relações de consumo, o profissional liberal autônomo, quando exerce sua profissão, é um fornecedor de serviços, sujeito à legislação de tutela do consumidor. É fornecedor porque exerce atividade jurídica, entendida como um complexo de atos teleologicamente orientados, tendo continuidade e duração dirigidas a um fim de produção ou circulação de produtos ou serviços. Quando exerce a profissão, em relação de emprego, não é fornecedor e não está sujeito imediatamente ao Direito do Consumidor, porque a atividade é exercida por seu empregador.

Ainda que o profissional liberal seja ontologicamente fornecedor, a legislação pode excluir sua atividade do regime legal de proteção do consumidor.

³ Cfe. Paulo Luiz Netto Lôbo, "Comentários ao Estatuto da Advocacia", Brasília, Ed. Brasília Jurídica, 1996, p. 101.

Não é assim no Direito Brasileiro, cujo Código do Consumidor faz referência expressa, no art. 3º, à "pessoa física" que "desenvolve [m] atividade" de "prestação de serviços", e, no art. 14, parágrafo 4º, expõe a regra que tem causado perplexidade e merecerá nossa análise doravante: "parágrafo 4º. A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa".

4. Responsabilidade do profissional por fato ou vício do serviço

A responsabilidade pessoal, referida no preceito citado, é relacionado ao "fato" do serviço, ou seja, quando o serviço causar dano à pessoa ou ao patrimônio do consumidor. A responsabilidade pro "vício" do serviço (defeito de inadequação oculto ou aparente) do profissional liberal é idêntica à dos demais fornecedores de serviços, sem qualquer restrição. E não é apenas por sua localização, no texto da lei. Regra de exceção não pode ser interpretada extensivamente e, *a fortiori*, em prejuízo do consumidor. Compreende-se que, em se tratando de dano, se impõe a verificação da culpa. Em casos tais, o dano é conseqüência da má execução ou da inexecução culposa do serviço devido. Contudo, o vício (salvo quando também provocar dano) não é conseqüência, mas característica da própria execução defeituosa.

A responsabilidade por vício não envolve indenização por dano, nem verificação de culpa. O princípio da defesa do consumidor estaria seriamente comprometido se, para exercer as alternativas em caso de vício do serviço (reexecução do serviço, restituição da quantia paga ou abatimento proporcional do preço), dependesse da verificação de culpa do profissional(4).

5. Culpa dos profissionais liberais

A tendência mundial da legislação de proteção do consumidor é da responsabilidade extranegocial do fornecedor, fazendo-se abstração de negócio jurídico que está subjacente a qualquer relação de consumo. A mudança de rumo é aguda, com relação ao Direito Comum das Obrigações, pois nesta seria enquadrada na responsabilidade negocial, originando-se a indenização por perdas e danos do inadimplemento culposo ou do adimplemento incompleto ou defeituoso. O Direito do Consumidor rompe o princípio da relatividade subjetiva das obrigações negociais, projetando uma transferência que alcança terceiros atingidos pelo dano provocado pelo produto ou serviço, não figurentes do negócio jurídico.

Outra tendência do Direito do Consumidor, nessa área, é a franca adoção da responsabilidade (extranegocial) não-culposa. A culpa esteve sempre no centro da construção doutrinária liberal da responsabilidade civil, como projeção do princípio da autonomia da pessoa. Hoje, com a ideologia do neoliberalismo, a culpa retorna sua força persuasiva como instrumento poderoso dos interesses empresariais de facilitação ao lucro, ainda que ao preço da transferência dos riscos para a sociedade.

⁴ Cfe. Paulo Luiz Netto Lôbo, "Responsabilidade por Vício do Produto ou do Serviço", Brasília, Ed. Brasília Jurídica, 1996, p. 60.

O argumento falacioso, tantas vezes manejado no passado, de que a irresponsabilidade do fornecedor pelos produtos que produzia ou distribuía era necessária para redução dos preços ao consumidor, e para não inibir o desenvolvimento tecnológico, não mais convence como a experiência demonstrou: os produtos mais seguros, com mais qualidade e avanço tecnológico, ao lado da legislação de proteção do consumidor, estão ficando cada vez mais baratos. Assim, surpreende que o Código do Consumidor brasileiro tenha excepcionado os profissionais liberais dessa linha de tendência, ao exigira verificação da culpa.

Todavia, a interpretação a regra legal deve ser feita de modo a dar cumprimento ao princípio constitucional de proteção ao consumidor (art. 170, V, da CF), ou seja, no sentido mais favorável ao consumidor, particularmente nos seguintes pontos: a) a natureza da culpa; e b) ônus da prova da culpa.

Ressalta-se que o Código do Consumidor não excluiu o profissional liberal das regras sobre responsabilidade do fornecedor. Se assim fosse, tê-lo-ia retirado de seu campo de aplicação, no art. 3º. Também não o remeteu à responsabilidade negocial do Direito Comum das Obrigações; sua responsabilidade é extranegocial, nas relações de consumo. Não impôs ao consumidor o ônus de provar a alegação do dano pelo fato do serviço do profissional liberal. Em suma, a ele se aplicam todas as regras e princípios incidentes à relação de consumo, exceto quanto a não ser responsabilizado sem ficar caracterizado sua culpa, afastando-se a responsabilidade transubjetiva que prevalece contra os demais prestadores de serviços.

No estágio atual do Direito, a culpa na responsabilidade civil pode sofrer as seguintes gradações (forte, fraca e inexistente): a) é requisito, sem a qual não há ilícito, nem se poderá imputar responsabilidade a alguém pelo dano: responsabilidade culposa; b) é requisito, mas presume-se existente, em determinadas situações: culpa presumida; e c) não é requisito, sendo dispensável a verificação de sua existência, bastando o dano para imputação da responsabilidade: responsabilidade não-culposa.

A responsabilidade culposa *tout court* dos profissionais liberais é incompatível com o sistema de proteção do consumidor, porque significaria sua exclusão das regras e princípios do Código, o que, como já acima demonstramos, não ocorreu. Também não seria hipótese de responsabilidade não-culposa, porque a lei impõe a "verificação da culpa".

6. Culpa presumida

A culpa presumida constitui um avanço na tendência evolutiva que aponta para a necessidade de não se deixar o dano sem reparação, interessando para a necessidade de não se deixar o dano sem reparação, interessando menos a culpa de quem o causou e mais a imputar a alguém a responsabilidade pela indenização. Situa-se a meio caminho entre a responsabilidade culposa e a responsabilidade não-culposa, com esta tendo mais afinidade. Por isso, cresceram

² "Tratado de Direito Privado", tomo LIII, Rio de Janeiro, Borsó, 1972, p. 134.

as hipóteses em que a lei ou a jurisprudência consideram que a culpa é presumida, cabendo ao imputável contraditá-la.

O código Civil, com toda sua carga subjetivista e de hegemonia da culpa, prevê a presunção da culpa, por exemplo, nos casos de pais, pelos filhos menores, de tutores e curadores, por seus pupilos e curatelados, e de patrão, amo e comitente, pelos subordinados e prepostos (art. 1.521, I, II e III).

Pontes de Miranda⁽⁵⁾ ressalta a conexão entre culpa presumida e inversão do ônus da prova, ao comentar o inc. III: "os que são apontados como devedores de reparação, no art. 1.521, III, têm o ônus da prova de não-culpa; os que o apontaram têm de dar prova de que havia o vínculo contratual entre o agente e o responsável e o dano derivasse de ato previsto no art. 1.251, III".

Com a redução do papel da culpa, a responsabilidade civil passou a assentar-se em dois requisitos fundamentais, de caráter objetivo, comuns às três espécies: a contrariedade a direito e a imputabilidade. Na responsabilidade culposa, busca-se identificar o culpado e o imputável (quem nem sempre é culpado, como no caso do pai em relação ao dano cometido pelo filho menor); na responsabilidade por culpa presumida, busca-se principalmente o imputável, já que o direito indicou o presumível culpado; na responsabilidade objetiva, busca-se exclusivamente o imputável.

Para o Código do Consumidor, havendo dano em virtude do fato do serviço, imputável (responsável) é o fornecedor, sem consieração à culpa. Sendo o profissional liberal, é o presponsável presumido.

Não discrepa desse entendimento decisão do Superior Tribunal de Justiça⁽⁶⁾, em interessante caso envolvendo responsabilidade do chefe de equipe médica por dano a paciente, atribuindo ao anestesista que atuou na cirurgia. Diz o acórdão que : "O médico chefe é quem se presume responsável, em princípio, pelos danos ocorridos em cirurgia, pois no comando dos trabalhos, sob suas ordens é que se executam os atos necessários ao bom desempenho da intervenção".

Note-se que ficou comprovado que o serviço do anestesista não foi contratado diretamente nem pelo hospital, nem pelo paciente. Teria sido hipótese de culpa presumida *in eligendo* e de responsabilidade solidária. Ficou provado que o cirurgião não teve culpa pessoal pelo dano, realizando a cirurgia com todos os procedimentos técnicos e diligência.

A decisão do Superior Tribunal de Justiça demonstra a tendência em se relativizar a culpa, na responsabilidade do profissional, valendo-se do meio técnico de sua presunção. Em casos tais, a responsabilidade solidária encontra fundamentação legal expressa no Código do Consumidor (art. 7º, parágrafo único), com bem salientou, em tese, Tereza Ancora Lopez⁽⁷⁾.

⁶ Rec. Esp. nº 53.104-7-RJ, DJU, de 16-0697.

⁷ "Responsabilidade Civil - Defesa do Consumidor e Serviços Médicos, Documentos Básicos do Congresso Internacional de Responsabilidade Civil", 2/224, Blumenau, 1995.

7. Inversão do ônus da prova e as hipóteses de exclusão da culpa do profissional

O princípio da inversão de ônus da prova é um dos esteios do sistema jurídico de proteção do consumidor. Sem ele, a efetividade do sistema fica comprometida. Não foi por acaso que se transformou em um dos principais alvos dos adversários do Código do Consumidor, quando o projeto de lei tramitava no Congresso Nacional.

O princípio transfere ao responsável pelo dano o ônus e provar que não foi culpado pelo dano ou que não houve dano, ou que o culpado foi exclusivamente a vítima, ou que houve fato que pré-excluiu a contrariedade a direito. Não é novidade no Direito brasileiro, como já se demonstrou à *outrance*, tendo o próprio Código Civil, ao início deste século, se rendido a sua evidência, em determinadas situações de responsabilidade civil.

O Código do Consumidor, no art. 6º, VIII, elevou a inversão do ônus da prova a direito básico do consumidor, positivando o princípio em regra geral e estruturante, a que se subordina qualquer operação hermenêutica. De um modo geral, o Juiz poderá determiná-lo, mesmo quando não seja exigível, sempre que se convencer da verossimilhança das alegações do consumidor. Porém, deixa de depender do convencimento do Juiz, tornando-se obrigatório, quando resultar de responsabilidade por culpa presumida ou de responsabilidade objetiva.

No caso do fornecedor de serviços, em geral, cabe-lhe o ônus da contraprova, em hipóteses que a lei delimita em *numerus clausus*: a) não houve defeito no serviço, e, portanto, dano ao consumidor; b) a culpa pelo defeito foi exclusivamente do consumidor; c) o dano foi pré-excluído, uma vez que o suposto defeito decorreu da adoção de novas técnicas.

Além delas, devemos cogitar de outras hipóteses de pré-exclusão de contrariedade a direito, previstas no Direito Obrigacional Comum, também aplicáveis ao fornecedor de serviços, supletivamente, como o caso fortuito e a força maior, a legítima defesa e o estado de necessidade.

As hipóteses a) e c) são de natureza objetiva, não envolvendo culpa em sentido estrito. Poderiam ser enquadradas no âmbito da responsabilidade sem culpa. Na hipótese a), cuida-se de comprovar a inexistência do defeito alegado pelo consumidor; não se questiona se houve culpa, ou não, do fornecedor pelo possível defeito ou evento danoso. Na hipótese c), o defeito é desconsiderado (pré-excluído pela lei), porque se comprova que corresponde, em exata dimensão, à utilização de novas técnicas, segundo o estágio dos avanços tecnológicos nas áreas específicas de serviços, que não podem ser obstados por argumentos desse jaez; a culpa não desempenha qualquer papel.

A culpa aparece apenas na hipótese b), mas não em relação ao fornecedor. O defeito e o dano existem, não são objeto de controvérsia, mas o fornecedor inverte a imputação ao consumidor, comprovando que foi ele quem os provocou, ou terceiro, por negligência, imprudência ou imperícia.

A culpa exclusiva do consumidor, no caso dos serviços, é sempre mais difícil que no caso de produtos. Se, por exemplo, o serviço prestado diz respeito à

segurança armada, a imprudência do consumidor de não identificar-se pode ter causado o dano. Essas regras de inversão do ônus da prova e das hipóteses de exclusão de responsabilidade são também aplicáveis ao profissional liberal, quando figura como fornecedor de serviços.

8. Significado de verificação de culpa do profissional liberal

A correta inteligência do parágrafo 4º que o art. 14 do Código do Consumidor, como parte de todo um regime legal e jurídico específico, não pode conduzir a outro resultado, porque senão teria dito que o profissional liberal dele estaria inteiramente excluído, permanecendo sob a égide do regime comum do Código Civil e da responsabilidade subjetiva ou culposa.

Diz o parágrafo 4º que o profissional liberal se sujeita ao regime do Código do Consumidor e ao princípio constitucional de proteção, mas que sua responsabilidade pessoal será apurada mediante verificação de culpa. Em outras palavras, acrescenta-se, para ele, mais uma hipótese de exclusão de responsabilidade: d) não lhe cabe culpa pelo defeito ou dano, na prestação de serviço.

Nessa hipótese, o dano irressarcido significa exceção ao princípio da reparação integral ou de reposição da vítima à situação anterior⁽⁸⁾. Não está abrangida pela hipótese b), porque nesta o fornecedor não procura liberar-se de culpa, mas, sim, imputá-la ao consumidor ou a terceiro.

Demonstramos acima que a situação específica do profissional liberal correspondia à responsabilidade por culpa presumida. A culpa presumida tem por efeito prático justamente a inversão do ônus da prova. É assim em todas as hipóteses consagradas no Direito Comum, desde quando a legislação brasileira passou a presumir a culpa do transportador. Presume-se que o profissional liberal é culpado pelo defeito do serviço, salvo prova em contrário, por ser a presunção *juris tantum*. Não se pode cogitar, em culpa presumida, de se atribuir ônus da prova ao consumidor, porque tornaria ineficaz a presunção.

É irrelevante que a obrigação do profissional liberal se classifique como de meio ou de resultado. Pretendeu-se que, na obrigação de meio, a responsabilidade dependeria de demonstração antecipada de culpa; na obrigação de resultado, a inversão do ônus da prova seria obrigatória⁽⁹⁾. Não há qualquer fundamento para tal discriminação, além de prejudicar o consumidor que estaria com ônus adicional de demonstrar ser de resultado a obrigação do profissional. De qualquer forma, parece não haver dúvidas na jurisprudência quanto à inaplicabilidade do parágrafo 4º do art. 14 em caso de obrigação de resultado.

Não somente por essas razões do regime jurídico, mas de inteligência dos termos empregados pelo parágrafo 4º, chega-se a essas conclusões. Quando se diz "verificação de culpa" não se diz que deve ser provada por quem alega o

⁸ Cfe. Patrice Jourdain, "Les Principes de La Responsabilité Civile", Paris, Dalloz, 1992, p. 129.

⁹ Cfe. Oscar Ivan Prux, "Um Novo Enfoque quanto à Responsabilidade civil do Profissional Liberal", "Revista de Direito do Consumidor", nº 19, jul./set., 1996, p. 205.

¹⁰ Rec. Esp. nº 80.276/95-SP, 4ª Turma, DJU, de 25-03-96.

defeito do serviço. Diz-se que não poderá ser responsabilizado se a culpa não for "verificada" em juízo, porque o profissional conseguiu contraporá-la. Repita-se: é inquestionável a compatibilidade desse preceito com o art. 6º, VIII, que impõe o direito básico do consumidor se impusesse o ônus de provar a culpa de profissional pelo defeito do serviço, que existe, e não objeto de discussão, máxime em questões de elevada especialização e complexidade técnica, em desprezo ao princípio da presunção de culpa. O Superior Tribunal de Justiça⁽¹⁰⁾ já firmou jurisprudência, no mesmo sentido de facilitação da defesa, que a ação de responsabilidade por dano decorrente da prestação de serviços médicos pode ser proposta no foro do domicílio do autor, apesar dos termos do art. 14, parágrafo 4º, do Código do Consumidor.

Cabe ao consumidor de serviço, do profissional liberal, provar a existência do serviço, ou seja, a relação de consumo entre ambos e a existência do defeito de execução que lhe causou danos, sendo suficiente a verossimilhança da imputabilidade. Cabe ao profissional liberal provar, além das hipóteses comuns de exclusão de responsabilidade dos demais fornecedores de serviços, que não agiu com culpa.

9. Conclusão

1. A responsabilidade do profissional liberal por fato do serviço diretamente prestado ao consumidor depende de verificação de sua culpa presumida, sem prejuízo da inversão de ônus da prova.

2. A verificação da culpa do profissional liberal não significa ônus de prova para o consumidor, o que inviabilizaria a tutela legal. A regra do parágrafo 4º do art. 14 é compatível com o direito básico disposto no art. 6º, VIII, ambos do Código do Consumidor, no sentido de assegurar ao profissional o direito de provar que não teve culpa pelo defeito e danos alegados, configurando única inteligência possível com o princípio constitucional de proteção (art. 170, VI, da Constituição brasileira).

3. A responsabilidade do profissional liberal por vício do serviço independe de verificação de sua culpa.

Transcrito com autorização de Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul /1998

Palavras Chave - Responsabilidade civil. Onus da prova. Conceito de profissional liberal. Culpa do profissional liberal. Culpa presumida. Lobo Netto. PL.

Key Words - Civil liability. Liberal professional concept. Liberal professional guilt. Presumably guilt.

ATESTADO MÉDICO COM DIAGNÓSTICO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.484/97

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

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento ético e jurídico nacional prevê situações excludentes de violação de segredo profissional;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 11 de setembro de 1997,

RESOLVE:

1. É permitido ao médico, quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal, fornecer atestado médico com o diagnóstico.

2. No caso da solicitação ser feita pelo paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no documento.

3. A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário,

Brasília-DF, 11 de setembro de 1997.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Edson de Oliveira Andrade
1º Secretário

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 11/07/97

Palavras Chave - Atestado médico. Diagnóstico com atestado.

Key Words - Medical record. Record with diagnosis.

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig *

Dr. CARLOS MOREIRA
Prof. Catedrático da Faculdade
de Medicina.
Especialidade: Olhos, ouvidos,
e nariz e garganta.
Consultório: R. Marquês Friburgo, 22
PHARMACIA CORRÊA
Residência: R. Visconde de Nazaré, 85
Telephone, 8110

1800/2/3

Curitiba, 8. de 1 de 1928.

Para o Sr. Joseph Maria Souza

Uso. Ex.erno.

Exaudans de Symplicon - 5 grs
Phenol - 0,50
Glycerina neutra - 1 gr
P: misturar e fazer o foleto
no curso de 20 minutos.

DM 11

Agua vegetal mineral de 100 grs
P: fazer compressas,
DM 11

Formalina - 0,10
Folha - 0,20
P: tomar uma compressa
a noite. no 3. DM 11

RECEITUÁRIO DE 1928: Uma receita médica datada de 1928, época em que era muito comum a prescrição de formulações ou preparados farmacêuticos. É interessante a observação dos detalhes de como era a escritura de certas palavras e da própria medicação.
Doador: Dr. Júlio Moreira

Palavras Chave: História da medicina.

Key Words: History of medicine.

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - (041) 342-1415

COMISSÃO DE TRABALHO DO CRM-PR

1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Mário Lobato da Costa
Cons. Roberto Bastos de Serra Freire
Cons.^a. Ana Zulmira Eschholz Diniz
Cons. Antonio Carlos Bagarin
Cons. Moacir Pres Ramos
Cons. Donizete Dimer Giambernardino Filho

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Cons. Álvaro Réa Neto
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons.^a. Wilma Brunetti
Cons.^a. Zaira Lúcia Letchacovski de Mello

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolazzi Soares
Cons. Antonio Katsumi Kay
Cons.^a. Maria Cristina Mano 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. Donizete Dimer Giambernardino Filho
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Luvizotto
Cons.^a. Mara Alboneti Dudeque Pianovski

5 - COMISSÃO DE TOMADAS DE CONTAS

Presidente: Cons.^a. Eleusis Ronconi de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons.^a. Mônica De Biase 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 Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Cons.^a. Mônica De Biase Wright Kastrup
Cons. Nelson Antonio Barulato Filho (Foz do Iguaçu)

7 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS E REGIONAIS

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Gilberto Sacilotto (Guarapuava)
Cons. Luiz Sallim 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 Accioly Veiga

9 - CORREGEDORIA DO CRM/PR

Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna 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 Alboneti Dudeque Pianovski

11 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Contadora: Ivana Maria Martins
Cons.^a. Mônica De Biase Wright Kastrup

12 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda
Cons.^a. Mônica De Biase Wright Kastrup

13 - COMISSÃO DE SEDE

Cons. Luiz Sallim Emed
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Wadir Rúpoto

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. Ivan Pozzi
Dr. Junol Cordeiro
Dr. Antonio Celso Busnardo
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas
Dr. Edgard Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Mário Tadaoti Iria
Dr. Sinésio Moreira Junior
Dr.^a. Sueli Aparecida Kutlack Gona

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Minao Okawa
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)
Dr. Paulo Alfonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Mário Massaru Myazato
Dr. Cláudio Cordero Albino
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Tesoureiro)
Dr.^a. Maria Tereza de Mello Cerqueira Coimbra
Dr. Murilo Narciso

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Enio Garletti (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)
Dr. Ildelfonso Amcoedo Canto (Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (Colaborador)
Dr. João Petri (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. Kethe de Jesus Fontes (Secretário)
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka (Colaborador)
Dr. Namir Cavalli (Suplente)
Dr. Faustino Garcia Alvarez (Suplente)
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Mello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antonio de Mello Costa (Presidente)
Dr. Guilherme Antonio Schimiti (Secretário)
Dr. Fumiyo Sakabe (Colaborador)
Dr. Nilson de Almeida (Suplente)
Dr. Roberto José Linari (Suplente)
Dr. Ronaldo Borges Perreira (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zaions (Secretário)
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)
Dr. Renato Shiguemi Futagami (Suplente)
Dr.^a. Luiza Helena Thomaz de Aquino Schaidt (Suplente)
Dr. Valtter da Cruz Teixeira (Suplente)
Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)