

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

CORREIOS

IMPRESSO ESPECIAL

3600137001 - DR/PR

CRM PR

20 ANOS

IMPRESSO

v. 20 - n. 77 jan./mar. - 2003

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1998/2003**

**DIRETORIA
(2001-2003)**

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
1ª. Secretária:	Consª. Marília Cristina Milano Campos
2ª. Secretária:	Consª. Mariângela Batista Galvão Simão
Tesoureiro:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Tesoureiro Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Corregedora:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehlke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Daebes Galati Vieira
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Gerson Zafalon Martins
Hélcio Bertolozzi Soares
José Luis de Oliveira Camargo
Kemel Jorge Chammas
Luiz Sallim Emed
Marcos Flávio Gomes Montenegro
Mariângela Batista Galvão Simão
Marília Cristina Milano Campos
Mauri José Piazza
Monica de Biese Wright Kastrup
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Rubens Kliemann
Sérgio Maciel Molteni
Waldir Rúpollo
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

Antonio Carlos de Andrade Soares
Célia Inês Burgardt
Cícero Lotário Tironi
José Eduardo de Siqueira
Lucia Helena Coutinho dos Santos
Luiz Antonio e Mello Costa
Luiz Jacintho Siqueira
Manoel de Oliveira Saraiva Neto
Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa
Mario Stival
Minao Okawa
Niazy Ramos Filho
Nilson Jorge de Mattos Pellegrini
Orlando Belin Júnior
Renato S. Rocco
Sylvio José Borela

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320
Telefone: (41) 322-8238 - Fax: (41) 322-8465

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 20	n. 77	p. 01-60	Jan/Mar.	2003
---------------------------	----------	-------	-------	----------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho
Hernani Vieira

Ehrenfried O. Wittig
João M. C. Martins

Eloi Zanetti
Luiz Sallin Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRMPR, 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 Geral : crmpr@crmpr.org.br
Secretaria/Diretoria: secdir@crmpr.org.br
Assessoria Jurídica: aj@crmpr.org.br
Cofep: cofep@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 322-8238
Fax 0 xx 41 322-8465

TIRAGEM

16.500 exemplares

CAPA

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 278-9460
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná
e-mail: comercial@serzgraf.com.br

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual 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 www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O material publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da 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 97 for Window, 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(es) - nome(s) e sobrenome(s)

Procedência - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço para correspondência sobre o artigo.

Resumo e Abstract - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e inglês, acima do texto.

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

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 5 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 97 for Windows.

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. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final dos nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros - autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) - autor(es), título seguido de (abstract). Periódico, ano, volume, página(s). Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro - autor(es). Título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

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

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 322-8238.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 20, n.77, 2003

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

ARTIGOS

O Ensino da Medicina e a Formação Humanista José Luiz Pinto Pereira	01
Nos Limites do Fim da Vida: Um Itinerário de Cuidados Genival Veloso de França	17
Crise Ética Carlos Ehlke Braga Filho	24
Bioética: Um Caminho Seguro Para Uma Atuação Profissional de Qualidade Roseli Nunes Coletti	28
O Código de Ética Médica e os Direitos do Paciente Jorge R. Ribas Timi	31

RESOLUÇÕES

Conheça as Novas Especialidades Médicas Oficiais Atuais. Áreas de Atuação CFM	36
Cirurgia de Transgenitalismo CFM	45

PARECERES

Atestado Médico Rubens dos Santos Silva	48
Direção Técnica Constante Pedro Pablo Magalhães Chacel	51

NOTÍCIAS DA IMPRENSA

Direito de Morrer - Quando a Morte é a Única Solução	53
Aborto Natural Não Encerra Polêmica Sobre Feto Sem Cérebro	54
Pacientes Terminais Terão o Direito de Decidir Sobre a Vida	55
Corte Britânica Permite Eutanásia, Contrariando Decisão dos Médicos	56
Polêmica: Maioria dos Britânicos Aprova o Direito de Optar Pela Morte	57
Prática da Eutanásia é Legalizada na Bélgica	57
Austrália - Lançada "Máquina da Morte"	58
Enfermeira é Condenada à Prisão Perpétua na Holanda Por Eutanásia	58
Notificação Obrigatória de Doenças a Vigilância Sanitária Municipal	59

HISTÓRIA DA MEDICINA

Mesa ou Suporte Alimentar de Cama Ehrenfried O. Wittig	60
--	----

O ENSINO DA MEDICINA E A FORMAÇÃO HUMANISTA

José Luiz Pinto Pereira *

“ Quando você dirige a proa visionária para uma estrela e estende a asa para tal altura inatingível , no afã da perfeição , rebelado contra a mediocridade , leva com você a mola mestra de um ideal . É fogo sagrado capaz de temperá-lo para grandes ações , cuide dele , se você deixar que se apague jamais se reacenderá. Você só vive por esta partícula de sonho que o põe acima do real.”...

José Ingenieros , em o “ Homem Medíocre.”

Palavras-chave: ensino, humanismo, desenvolvimento da medicina, currículo médico

THE TEACHING OF MEDICINE AND DE HUMANIST DEVELOPMENT

Key words: teaching, humanism, medical development, medical curriculum

INTRODUÇÃO

Ser médico é sempre estar a cultivar-se como um misto de cientista e humanista, este ideal não deve fenecer ou deixar-se descaracterizar. Em um mundo globalizado e dominado por concepções hegemônicas econômicas neoliberais, parece cada vez mais urgente recuperar o ideal médico em oposição a uma prática massificada, tecnicista, impessoal, que é estranha ao essencial da clínica e não responde por anseios legítimos dos nossos pacientes.

Com base nestas premissas pretende-se chegar as propostas de reformulação para o ensino médico, que hoje está preparando apenas médicos científicos e bastante técnicos, voltados unicamente à um mercado de especialidades e sub-especialidades, fragmentando a idéia de médico integral e o ideal humanista.

Pretende-se propor argumentos, para o retorno à uma escolaridade não só científica mas também reflexiva, na educação médica, e que se retome o papel da universidade na formação de cidadãos, e de profissionais liberais mais autênticos, com formação ética sólida e domínio de seu livre arbítrio. Em uma palavra o retorno a ideais humanistas não é só atraente ou um tanto romântico, é muito necessário para a sobrevivência da própria praxis médica e da cura de uma cultura pouco sadia, como veremos.

A IDÉIA DE MÉDICO

Quase não há necessidade de fazer apologias ao progresso da medicina moderna. Quem como nós assistiu a virada do século XXI ou mesmo quem como

* Médico Psiquiatra em Curitiba. Trabalho classificado em 1º lugar no concurso do CRM-PR “Melhor Monografia em Ética Médica 2002” - “O Ensino da Medicina e a Formação Humanista”.

nossos avós presenciou a entrada ao século XX, testemunhou um progresso sem par na história da medicina. Há uns 50 anos este progresso vem sendo acelerado pelo auxílio de novas tecnologias que permitem imagens não invasivas, do interior do corpo humano ou medicamentos capazes de tratar males do corpo e da mente de uma forma que não poderia ser antevistas por nossos avós há cem anos. Mudou também a prática da medicina e o perfil do médico.

Como nos diz Karl Jaspers, no livro **“o médico na era da técnica”**: *o tipo sacerdotal de médico dos tempos primitivos, o médico hipocrático que trata racionalmente com um olhar o todo do homem, o médico medieval que detém concepções especulativas e autoritárias, todos eles foram, há séculos, substituídos pelo médico científico.... (1) Que faz o médico científico?*

Em união com o doente, como clínico ou cirurgião, deve prestar ajuda apoiado em um poder cientificamente fundado, e espera-se que o tenha sedimentado em sólidos conhecimentos. Estes, presume-se, foram arduamente adquiridos em seis anos de uma formação acadêmica. Isto sem falar nos anos adicionais de prática na residência médica, cursando uma especialização como pós-graduação.

Este conhecimento científico deve ser constantemente atualizado em periódicos, em livros recentes, cursos, congressos, discussões de casos clínicos, reciclagens, e, de fato, nunca se espera que um médico pare de estudar ou de adquirir mais e mais informações para atualizar seus métodos ou sua prática.

O tratamento médico assenta-se de um lado neste conhecimento “científico – natural”, sobre o corpo ou a mente, e sobre as causas das doenças e de seu diagnóstico, as formas de medicação ou de intervenções variadas, apoiadas pela mais recente e avançada tecnologia, a serviço de exames complementares ou da terapêutica.

Mas será que esta concepção é toda a prática médica, esgotaria a idéia e o ideal do ser médico e do exercício pleno da medicina?

Evidentemente que não. Isto por si só não satisfaz ou não esgota a idéia da profissão do médico, e menos ainda o ideal. Não é tudo, nem para o doente ou para o médico. Muitas vezes não chega a ser o essencial ou o mais importante, mesmo em simples consultas ou em enfermidades triviais, ou em condições complexas, com risco de vida, e que exigem escolhas delicadas, decisões éticas. Deve haver sempre o lugar para uma palavra ou um ato de sensibilidade da personalidade do médico, para além de sua competência técnica e científica.

O que assistimos hoje parece um paradoxo. De um lado grandes, até vertiginosos progressos da ciência, cuja acelerada marcha é difícil acompanhar, que se traduzem por aumento de expectativa média de vida e tantos outros parâmetros que avaliam a saúde de populações. De outro lado insatisfações freqüentes de pacientes com seus médicos.

Como lembra-nos um dos grandes nomes da ciência brasileira, o médico argentino naturalizado brasileiro Ivan Izquierdo, em um livro de grande sensibilidade, **Tempo de Viver**: *No último século a medicina progrediu muito especialmente de 1950 para cá, houve tremendo progresso na ciência médica básica e mudanças tecnológicas que trouxeram grande aumento dos conhecimentos. Assim, do ponto de vista da saúde – em termos de longevidade – as pessoas vivem mais e melhor do que há uns cinquenta ou cem anos. Pelo menos com menos sintomas de doenças ou podendo tratá-las. Com todas as suas falhas o acesso a serviços médicos estende-se hoje a uma parcela muito maior da população do que há tempos atrás (2)*

Então, porque há tanta nostalgia pelo médico de antigamente, pelo médico de cabeceira. Porque se fala tanto no retorno do médico de família, se tudo parece estar na melhor das ordens, em progressos técnicos e científicos e se obtém êxitos que não se tinham, no passados, em inúmeros doentes.

Espantosamente constata-se que cresceu no mesmo ritmo a insatisfação entre médicos e doentes, e desde há décadas se fala em progresso e crise da medicina, da necessidade de reformas no sistema de saúde, na melhora da atenção primária, e da importância de se buscar uma nova concepção da doença e da prática médica, por que a que ai está não nos satisfaz.

A medicina deseja-se possa vir a ser menos massificada, os médico sonha-se como mais humanos, as empresas e planos de saúde que atendam aos usuários nas coberturas que se propuseram. Isto é o que mais se houve falar, quando de fato se escuta o maior interessado, o paciente que não é e nem pode ser um mero número de usuário catalogado dentro de algum sistema médico de massas. Os planos de saúde são junto com alguns bancos estrangeiros que atuam no país os grandes vilões de queixas do público brasileiro junto ao **"PROCOM"** um meio de fazer registrar a insatisfação popular com a medicina, pública e privada, como vem sendo praticada em nosso país.

PLATÃO FALA SOBRE MÉDICOS

O filósofo Platão, na antigüidade e na Grécia, nos descreveu a figura do médico de homens livres para homens livres contraposta a de médicos escravos que atendiam aos escravos. Estes últimos, dizia, aguardavam aos escravos, esperando por eles em ambulatórios lotados. Nunca indicavam a razão da doença de um dos escravos, e receitavam, imediatamente, a todos depois de muito breves consultas aquilo que bem lhe parecesse, de acordo com sua experiência, mas o faziam, arbitrários, como tiranos, afim de logo correr para outro escravo e não perder tempo. O médico livre para homens livres, pelo contrário, dedicava-se ao tratamento de doentes, não doenças. Instruía ao próprio doente, doutrinava em tudo que lhe era possível e não passava suas receitas antes de haver conquistado a confiança do doente ao seu ponto de vista

Este médico verdadeiro era hábil na arte da retórica, tal qual era desempenhada na medicina hipocrática, e no sentido grego, como a arte da persuasão: sabia o que todo doente desejava conhecer, ao cabo da consulta.(3)

Aristóteles, discípulo de Platão, durante uma sua doença fez frente a seu médico que lhe prescrevia uma terapia, a colocação: diz-me os fundamentos de tua arte e teu procedimento, se estiver convencido pacientemente me submeterei.

Vemos aqui o quanto a questão da relação médico paciente, da confiança e personalidade do médico é vital na relação terapêutica desde o alvorecer da arte médica, por que ciência médica, verdadeira, por certo ainda não existia.

O paciente, sabemos por experiência, muitas vezes não tem uma atitude muito racional em relação a seu médico. Um clínico treinado apenas no viés da ciência não compreende bem por que certas coisas ocorrem deteriorando suas relações com pacientes. Este clínico muitas vezes diagnosticou algo como uma doença, rara e complicada, mas esqueceu de ouvir, ou se ouviu não compreendeu, o quê, além do diagnóstico lhe demandava o seu doente.

Doentes querem antes de tudo atenção e respeito e querem ser ouvidos e tratados como seres humanos, não anônimos usuários de planos ou sistemas de saúde. Trata-se aqui de uma compreensão da dimensão essencialmente humana, ou aquilo que é o mais humano no homem, algo que é particular, essencial, idiossincrático e não transferível em cada relação médico-paciente.

Não é exatamente um saber que se possa transmitir em algum manual ou **vade mecum**, menos ainda é algo científico dentro da idéia científico-natural da doença, se por científico se entender apenas uma doutrina com alguma base em métodos empíricos e estatísticos. Dentro do modelo das ciências naturais, a relação médico e paciente não pode ser compreendida ou ensinada, não faz parte da biologia, da anatomia, fisiologia a bioquímica, etc. Tradicionalmente é tratada no corpo da psicologia médica ou da psiquiatria, e estas disciplinas são justamente um misto de ciências sociais ou humanas com ciências biológicas. São as únicas, no currículo médico tradicional, onde atualmente, encontra-se algo fundamentado em ciências do homem.

Ser médico não é apenas ser um naturalista, sempre foi, e sempre será, uma mescla do naturalista (biólogo) e de humanista. Isto deveria valer ao clínico em qualquer especialidade, bastando que ele trate de pessoas e não apenas maneje aparelhos ou tecnologias. O clínico e o cirurgião terão de se defrontar com este microcosmos que é o homem, e além de se tornarem bons cientistas investigadores de doenças eles terão de aperfeiçoar outra perspectiva, genericamente denominada humanística. O que vem a ser humanismo e de onde nasceram as ciências do homem examinaremos a seguir.

O QUE É HUMANISMO

O humanismo é um termo equívoco e muito genérico, apareceu a partir do chamado movimento dos humanistas na renascença como um gosto pela cultura da antigüidade, valorização da democracia, da filosofia clássica, da arte da tragédia grega, da literatura greco-latina, mas principalmente da redescoberta de valores éticos independentes de uma autoridade divina, sem medo do fogo do inferno.

Foi uma autentica redescoberta do homem enquanto homem, a partir do século XV ou XVI. Logo mais o humanismo passa a ser não apenas gosto pela antigüidade mas também uma forma de pragmatismo segundo a qual todo conhecimento está a serviço da condição humana, em uma doutrina que não reconhece nenhum valor superior ao ser humano.

Há o interesse maior testemunhado ao problema do homem, sua natureza, origem, destino e situação no mundo. Porque apareceu esta chamada reação humanística no renascimento, reação ao quê, e onde a medicina se situaria nesta reação?

Durante toda a Idade Média havia um pensamento teológico e hierárquico que pensava o universo a partir da elaboração neoplatônica ou aristotélica que implica que o mundo é um cosmos, uma ordem constituída mas a hierarquia dos seres que o habitam é dada em relação a distancia menor ou maior em relação ao criador.

O homem no pensamento medieval não estava no centro deste mundo, ocupava uma posição mais periférica, antes dele, em relação ao criador, vinham os santos e anjos, vinha todo o mundo celeste, depois vinha a alma (não o corpo) do homem e por fim o corpo humano, os animais, vegetais e minerais

Ao final do século XV, um autor italiano Giovanni Pico della Mirandola (1463-1494) escreveu o livro **Miraculum Magnum** (o Milagre Magno). A idéia desta obra revolucionária para a época é mais ou menos a seguinte : Deus criou o mundo, criou todas as criaturas e a última a ser criada foi o homem. O que aconteceu? Para cada criatura Deus deu uma imagem, uma idéia, um vestígio das inúmeras qualidades e virtudes que Ele tinha. E o que sobrou ao homem ? Nada sobrou. Que fez então Deus para recompensá-lo e não frustrar ao homem, recém criado, Deus foi pródigo e lhe deu todas as qualidades divinas, fez com que fosse aquele ser no qual todas as qualidades do cosmos se refletissem, um microcosmos no interior do cosmos, nem o ser mais elevado nem o mais inferior, na criação, mas o próprio centro da criação. Pico Mirandola foi ainda mais longe e esposou o princípio de que todo homem é livre para determinar seu próprio destino, uma idéia revolucionária na época em que Mirandola escreveu seu livro. Outra idéia deste autor é a de que o homem em contraste com todos os outros seres, não tem uma natureza fixa e determinada e por isso, diferente de uma animal, é capaz livremente realizar seu ideal (4).

Esta imagem do homem centro da criação explica muito bem a maneira pela qual o saber se realiza na renascença. Protágoras foi um filósofo grego, um dos pré socráticos, que nos deixou esta frase famosa: **o homem é a medida de todas as coisas**. Resume bem o chamado ideal do humanismo.

A REIVINDICAÇÃO POR UM RETORNO AO HUMANISMO É ANTIGA

Ao percorrer o texto das conferencias “ sobre o futuro de nossos estabelecimentos de ensino ” proferidas pelo filósofo Friedrich Nietzsche (1844-1900) na Universidade da Basileia (Suíça) onde foi professor a partir de 1869, um leitor desatento poderia supor ter diante dos olhos um texto muito atual, e não algo escrito há mais de cem anos.

Nietzsche combate neste texto, com veemência, a difusão inescrupulosa de escolas técnicas em universidades alemãs, ou das especializações com interesses imediatos em detrimento de formação humanista. Tinha um projeto : fazer das universidades alemãs não só escolas técnicas, que por certo eram muito necessárias, mas prioritariamente fazer da universidade um local apropriado a reflexão, ao espírito crítico, à atividade criadora : “ *É certo que a profissionalização e a especialização não podem ser banidas, no mundo moderno, mas também é certo que não se pode confundi-las com a verdadeira cultura. Não irei atacar a proliferação de ensinamentos técnicos e científicos que tentam atingir aos objetivos práticos que se propõem, mas quero empenhar-me em denunciar a deficiência da formação humanística desde os colégios e a universidade, a falta de formação do homem, da educação completa que tem de levar ao desenvolvimento da cultura, no desenvolvimento do espírito, e todas as capacidades do indivíduo, inclusive seu senso ético. A produção cultural deve ser desligada de qualquer finalidade utilitária, e a formação de qualquer objetivo imediatista. É preciso devolver aos estabelecimentos educacionais uma vocação humanista, fazer do homem verdadeiramente um ser humano* “. (5)

Leonardo da Vinci (1452-1519) é um típico gênio do renascimento. Era um pintor, escultor, inventor, arquiteto, engenheiro e músico, uma enciclopédia ambulante, diríamos. É provável que tenha se dedicado a dissecar alguns corpos de criminosos que morriam na forca e foi também um anatomista eventual embora sem

fins médicos, dissecava-os para fins artísticos, antes de desenhar corpos queria estudá-los na anatomia, um tabu para a época.

O homem culto da renascença aspirava dominar a totalidade dos saberes e das artes por que pensava não ser difícil conhecer a totalidade do real. Evidentemente este sábio a moda antiga desapareceu com o progresso da ciência. Surgem muitas novos saberes e novas especializações, com a revolução científica a partir do séculos dezoito e dezenove.

Este homem da renascença vai sendo pouco a pouco substituído, ou sufocado, pelo surgimento do pensamento moderno e começa uma reação anti-humanística que leva a uma quebra do mito idolátrico do homem.

O homem não está mais centro da criação. Não é mais dono de sua subjetividade e destino, antes é comandado por forças que desconhece e que atendem pelo nome de **O Capital** em Karl Marx, ou Inconsciente em Sigmund Freud.

O HUMANO COMO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

A expressão ciências humanas refere-se àquelas que tem o próprio ser humano como objeto, e a situação deste tipo de conhecimento é muito especial. Em primeiro lugar por que seu objeto é muito recente: o ser humano como objeto científico é uma idéia surgida apenas no século XIX, até então tudo que se referia ao humano era tratado apenas pela Filosofia, que não é ciência embora seja um saber, que costuma refletir os fundamentos e métodos de todas as ciências.

As ciências humanas só surgiram depois das chamadas ciências naturais e matemáticas, quando já havia sido estabelecida a idéia de cientificidade, de métodos e de resultados ou aferições científicas, de modo que as ciências humanas emergentes foram levadas em geral a imitar ou copiar os métodos das ciências naturais, querendo tratar ao homem como uma coisa natural, experimental ou mensurável. Para ganhar respeitabilidade procuraram empregar técnicas tradicionalmente aceitas pelo chamado método científico natural.

Como entretanto não é possível realizar uma transposição integral destes métodos às ciências não exatas do homem muitos cientistas, e aqui se incluem médicos também, chegaram a duvidar da possibilidade de se constituírem ciências que tomassem o homem por objeto.

Embora as ciências humanas como Psicologia, Sociologia, Economia, Antropologia, História, Lingüística, entre outras sejam recentes, a percepção de que os seres humanos são diversos das coisas naturais, que são objetos de ciências naturais, é bem antiga. Desde a renascença (mais exatamente século XV em diante) e até o início do século XX a investigação do objeto humano realizou-se de três maneiras diferente. Vale a pena reve-las.

Houve o período histórico do **humanismo**, com a idéia renascentista da dignidade do homem, que prossegue nos séculos XVI e XVII com o homem chegando a idéia de civilização, isto é como uma razão que se aperfeiçoa ou progride através de instituições sociais e políticas e dos desenvolvimentos das artes e de ofícios, inclusive a arte e ofício médico. O homem não é separado da natureza embora devido a influencia de Descartes esta natureza humana seja dupla, dicotômica, com a separação de alma e corpo ou mente e matéria.

Houve um segundo período, o **positivista**, inaugurado no século XIX com

a obra de Augusto Comte para quem o pensamento humano atravessa sempre etapas progressivas indo do obscurantismo da superstição religiosa, metafísica e até teológica até a ciência natural positivista e exata. Comte chega a propor um estudo científico da sociedade, a sociologia, usando métodos e técnicas das ciências da natureza como observação de fatos, análise estatística, fórmulas matemáticas exatas, etc.

As idéias positivistas influenciam fortemente, em inícios do século XX as ciências nascentes como Sociologia, e Psicologia. A psicologia tenta se afirmar como ciência experimental nos laboratórios, e em inícios do século XX afirmava que seu objeto não era mais o psiquismo ou consciência, que não seriam algo observáveis, e sim o comportamento manifesto que é o único observável, que pode ser mensurável e expresso em termos objetivos.

A Sociologia com Emile Durkheim, há mais de um século, estudava o fato social como coisa, ao qual são aplicados processos de análise, os átomos sociais sendo os indivíduos observados e as relações sociais entre pessoas recompostas por meio da síntese nas instituições sociais da família, trabalho, religião, estado.

O terceiro período pode ser denominado moderno e inicia com o historicismo que aparece com Dilthey, filósofo e historiador alemão do início do século XX, que defende que o fato humano (psicológico, histórico, social) é temporal, devendo ser compreendidos nas particularidades históricas e como visões do mundo, dentro de uma fase ou etapa do desenvolvimento da humanidade, e que resulta portanto em um relativismo, significando que as leis em ciências humanas são válidas apenas para uma determinada época e cultura não podendo ser universalizadas. Dentro da posição moderna nas humanidades a fenomenologia e o estruturalismo aparecem como contribuições fundamentais. A fenomenologia permite que seja feita uma diferença rigorosa entre os métodos das ciências da natureza e as esferas das investigações do fenômeno humano: o psíquico, a consciência, o social, o cultural, são fatos humanos, não podem ser investigados pelos métodos positivistas das ciências naturais, sob pena de não ser atingida sua essência, ou o fenômeno humano.

A OPOSIÇÃO MODERNA AO HUMANISMO

No seio da sociedade moderna pós-industrial quando o capitalismo torna-se mais cruel, no formato daquilo que se convencionou chamar neoliberalismo assistimos a uma aparente morte do ideal humanista. Ao se reduzir toda a política, inclusive a educacional, ou principalmente a educacional, a mecanismos econômicos e financeiros, o que sobra deste ideal?

Trata-se de um reducionismo radical, trazer tudo ao jogo de mercado, como se isto fosse um ponto final da história humana e fazer com que mecanismos de mercado, leis de oferta e procura, geração e venda de serviços inclusive no âmbito da saúde e educação, apareçam tão apenas como mercadorias. Vem sendo uma razão última, e se você quiser saber se algo é ou não racional, um ato médico, uma Instituição de saúde, os interessados nesta política do lucro a todo custo, tomariam como modelo de avaliação o modo de inserção do ato médico em um jogo de mercado, descaracterizando-o totalmente.

O hospital sendo definido como entidade empresarial prestadora de serviços, visando o lucro, e apenas isto, o médico como uma espécie de unidade biopsicológica ambulante, que vende consultas, até no atacado, mas na verdade

não detém o monopólio, os meios de produção, do serviço, ou ato médico, que é administrado por uma empresa médica, um intermediário, neste jogo mercadológico. O cooperativismo médico embora não seja a solução ideal representa um avanço por permitir defender interesses também dos médicos prestadores de serviços e não apenas da empresa de medicina de grupo

No entanto em uma consulta mal remunerada e rápida, em 10 ou 15 minutos, onde o doente as vezes nem escolheu seu médico, muito menos o médico acolheu este doente, como deixar de fazer em nossa mente a comparação com a figura de médicos não livres para escravos, como escreveu Platão. Será que deveremos vestir esta carapuça, no Brasil, e nos dias de hoje ?

Outra conseqüência da chamada cultura neoliberal, é o que transparece a respeito da Universidade Pública e das políticas educacionais que primam por uma educação de base científica tecnológica, e visam a privatização de todo sistema educacional, que como público representa investimento desnecessário, sem retorno, em termos de custos –benefícios.

Uma educação técnica e inteiramente voltada para o mercado consumidor, poderia ou deveria ser preconizada para países em desenvolvimento na América Latina. Estas são de fato as diretrizes de um documento do Banco Interamericano do Desenvolvimento ou " BID ", como condição para financiamentos de universidades latino-americanas. A filósofa Marilena Chaui da USP, critica violentamente estas políticas educativas ou deseducativas, no livro Universidade, Formação, Cidadania (6).

A RELAÇÃO MÉDICO E PACIENTE

No trato com o doente o médico se utiliza sem dúvidas primeiro da ciência que tem, e esta lhe é transmitida em vasta extensão pela doutrina, ou disciplinas dos ciclos básico ou clínico da formação médica. Já a humanidade médica, pelo contrário, como assinalava Jaspers (1), esta não é apreendida habitualmente em matérias do currículo médico. Isto ou se adquire ou não, quer antes ou depois da graduação, e bem ou mal ela será sempre transmitida na personalidade do médico, e no trato com os seus paciente.

Esta habilidade do médico sempre é percebida pelo paciente. Não é coisa pública, não se aprende na escola, é muito mais uma arte que uma ciência sendo algo privado que permeia, ou pelo menos deveria permear , à uma relação especial e terapêutica, que se denomina relação médico-paciente, que é basicamente uma relação humana de confiança.

Desde Hipócrates que viveu na antigüidade clássica em Cós, foi esta a base de toda clínica, um pilar do chamado método hipocrático : saber ouvir os doentes, restituir sua história e agir com ética e humanidade a partir do conhecimento acumulado sobre a história natural das enfermidades.

Nesta relação com o paciente o médico só será bem sucedido se não se esquecer que dele não se espera apenas que diagnostique um processo natural do adoecer, mas que cuide de fazê-lo considerando o todo da personalidade do doente e como ela foi afetada pela doença ou é uma das sua caudas.

Estamos evidentemente aqui falando da compreensão de um ser humano por outro e para tal se espera apenas que o médico seja também um bom psicólogo, até um pouco psiquiatra. Infelizmente para se compreender a um ser humano pouco

valem anos e anos de sólidos conhecimentos científicos, considerando, apenas, a chamada formação científico natural.

Valem muito a intuição e naturalmente algum conhecimento de teoria e prática de uma psicoterapia espontânea ou natural que intuitivamente ou por aprendizagem, os médicos desenvolvem.

Freud já afirmava que os médicos desde a mais remota antiguidade sem o saberem praticam a psicoterapia, referindo-se sobre a influencia que exercem sobre os seus doentes, ao lado de suas intervenções e medicamentos. A Psicologia Médica, uma disciplina médica curricular de base humanista, considera e define fenômenos psicológicos como dependência, autoridade médica, transferencia, e a chamada contra-transferencia. São reações emocionais e não racionais que se desenvolvem em duas direções na interação entre um médico e seu paciente, que foram originariamente estudadas e descrita em muitas obras do próprio criador da psicanálise, Sigmund Freud (1856-1939)

A psicoterapia enquanto prática médica, seus princípios, são incorporados à ciência e arte de curar, enriquecida atualmente por muitos novos conhecimentos adquiridos das ciências humanas além da psicologia: Antropologia, Sociologia, Psicopatologia. Atualmente a psicoterapia é praticada por profissionais não médicos como os psicólogos e alguns entre os psicanalistas mas seus princípios continuam fundamentais a boa prática médica. Todo médico deveria lembrar da frase de José Letamendi *"quem só medicina sabe nem mesmo medicina sabe"*. (7).

Por faltar uma formação humanística para a maioria dos egressos de escolas médicas assistimos hoje a um triste paradoxo, fruto da educação atual, pelo menos em nossa realidade brasileira. Forma-se de um lado um médico que pode estar até muito bem equipado com sua formação científica, mas que logo se depara, com certos doentes difíceis para ele. São casos com fortes componentes psicossomáticos, que constituem grande percentagem da clínica em qualquer especialidade, e exigem uma compreensão individual, no seu processo natural do adoecer. Este médico as vezes se encontra despreparado para este tipo de paciente.

Hoje já se tornou consenso na medicina que a tarefa do médico consiste em tratar de uma pessoa doente e não de uma doença abstrata que qualquer um tecnicamente poderia contrair. Os clínicos que desconsideram este aforismo essencial geralmente tem o dissabor de não assistir mais que uma vez ao mesmo doente, que logo procura outro profissional.

Se o paciente desiludido procurar outro médico pode não o estar fazendo por indicativos ou méritos científicos que ele, enquanto paciente, não tem condições de avaliar, mas simplesmente por não ter encontrado a tão obviamente propalada humanidade do médico, que inicialmente o atendeu e ele certamente dirá a outros: pode ser um bom médico mas não me identifiquei com ele....

Como aprendemos da Psicologia Médica uma reação negativa também é possível na mão inversa, no sentido do médico ao paciente. Da mesma forma que o paciente traz para o relacionamento com o médico sentimentos positivos ou negativos, o médico pode desenvolver também reações e atitudes até mesmo irracionais a certos pacientes, com os quais o médico não logra empatizar, não consegue ajudar, mesmo o querendo. Quando isto ocorre, no mais das vezes são mecanismos inconscientes do médico, coisas mal resolvidas na mente do profissional, que por motivos que ele próprio não sabe explicar não afinam com determinado tipo de paciente, e o clínico procurará

justificar-se a si próprio pensando que afinal estas são coisas da natureza humana.

O melhor e o mais ético nestes casos é enviar o doente a um colega. Estes temas psicológicos entre outros são objetos de estudo das ciências do homem, cujos métodos são diversos das ciências naturais.

MÉDICOS DE CULTURA

Em suas anotações de 1874 Nietzsche define o filósofo como uma espécie de "médico da cultura" (5) ou médico da civilização. Neste sentido o filosofar significa interpretar e diagnosticar os males de toda civilização, encontrar formas de pensar alternativas ou remédios para curá-los ou antídotos ao veneno que é capaz de destruir uma cultura humana ou uma civilização. O saber filosófico também deveria servir para uma melhor forma de vida, como era entre os gregos, quando desenvolveu como ética, filosofia prática ou moral. Esta foi desde o início uma das partes constituintes do corpo da filosofia.

A medicina e a filosofia sempre tiveram pontos de intercessão, ou cruzamentos interdisciplinares como se prefere atualmente. Na ética filosófica e na ética médica, certas questões sempre estiveram presentes: conceito de vida e morte humana, aborto, eutanásia, e modernamente, morte encefálica, doação de órgãos, alienação mental. São alguns entre muitos outros assuntos que merecem tanto considerações médicas como filosóficas. As questões da verdade científica, sua relatividade, caráter provisório da verdade científica, são outras matérias para reflexão.

Médicos filósofos sempre houve, hoje são melhor lembrados em compêndios de história da filosofia que nos de história da medicina. Citaremos alguns.

Moisés Maimonides (1135-1209) nasceu em Córdoba, em uma Espanha dominada por mouros, foi um mestre da medicina árabe, que por sua vez foi base da futura medicina no Ocidente. Além de médico era filósofo e jurista e influenciou o pensamento de Spinoza de quem temos pensamentos interessantes para assinalar diferenças entre loucura e vício por exemplo. São as diferenciações entre transtornos de conduta a que chamamos psíquicos ou de causa psíquica involuntária como loucuras (hoje diríamos psicoses) de simples vícios e perversões, que poderiam ser uma fraqueza moral, condutas livremente assumidas e condizentes a liberdade humana..

Karl Jasper foi um dos maiores mestres da psiquiatria. Escreveu uma obra clássica em medicina, a *Psicopatologia Geral*, que teve oito edições entre 1913 e 1959. Curiosamente Jaspers, fora dos círculos psiquiátricos é muito mais conhecido entre os filósofos que entre médicos. Foi professor titular de filosofia na conceituada Universidade de Hiedelberg e escreveu também muitas obras filosóficas, entre as quais uma autobiografia filosófica.

Uma vez declarou ter estudado medicina e psiquiatria por que desejava apreender o homem como um todo.e conhecer os limites das possibilidades humanas. Em sua opinião " *não existe nenhuma questão da filosofia que seja desvinculada do homem, ou das suas ações no mundo, seu comportamento cotidiano. A filosofia é terapêutica em certo sentido por que através dela alcançamos um verdadeiro cuidado com nós mesmos, na medida que abordamos muitas das questões fundamentais para nossa existência no mundo.* (8)

Como existencialista cristão Jaspers sabe que o homem é aberto e dotado da singular faculdade de liberdade. Ele encontra em si algo incognoscível, que não

pode ser objeto de nenhuma objetivação científica ou investigação empírica – a liberdade, o livre arbítrio – uma faculdade humana só acessível à reflexão do próprio pensamento, e que por isso mesmo é base de toda ação humana, e toda filosofia moral, inclusive da ética médica, e da bioética. Jaspers acredita que não existe nenhuma essência imaterial ou etérea por detrás da existência humana livre e que o homem jamais pode se eximir ou abdicar de seu livre arbítrio, por isso dirá com Sartre, outro filósofo existencialista muito mais famoso. “o homem está condenado a ser livre, e todo existencialismo é na verdade um profundo humanismo. Volta a colocar o homem como centro de todas as coisas.

O NOVO PAPEL DAS CIÊNCIAS HUMANAS

Neste exato momento em que escrevo este texto sobre humanismo e medicina, e sua carência na formação médica, as ciências humanas em nosso país atravessam aguda crise. Há uma greve de alunos na tradicional Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP que já dura semanas e vem sendo noticiada nos meios de comunicação por seu aparente absurdo, os alunos reivindicam apenas o direito ter aulas, obter uma formação digna de graduação e pós-graduação, que lhes vem sendo solapada por falta crônica de professores.

Isto o revela o descaso do Estado, para com as ciências humanas em uma Universidade Pública. Mas de que estado estamos realmente falando? Não é apenas o estado físico ou político pois nos referimos à política neoliberal para qual a formação humana não parece como essencial, tanto é que não deseja de fato investir na contratação de professores, em atividades que lhe parecem supérfluas, como as da Faculdade de Filosofia, Letras ou Ciências Humanas.

Vem a calhar um artigo de Jacques Marcovitch, professor da USP, publicado no Jornal Folha de São Paulo, na edição de 28 de julho de 2002, falando acerca novo papel das humanidades em relação as áreas exatas ou biológicas. : *“Atualmente ao que parece o consenso em países desenvolvidos e de muitas vozes no mundo acadêmico, é ampliar e não reduzir o espaço das ciências do homem. O maior desafio nas universidades americanas é restabelecer o equilíbrio de financiamentos entre as áreas de exatas e biológicas e as áreas humanas..A construção de uma visão de futuro decorre do repensar das humanidades à luz da contemporaneidade.”*

Como explica adiante, no artigo, as ciências humanas são desestruturadoras, no justo sentido que devem fazer a crítica do estabelecido e buscar novos caminhos do pensamento, ou como dizia Goethe o mundo só pode ir para a frente por meio daqueles que se opõem ao tradicional, o progresso não é conservadorismo.

A globalização, neste particular, a despeito de seus males enseja uma reflexão e um necessário renascimento, diríamos um outro renascimento da filosofia e das humanidades, precisamos voltar a colocar nosso homem como centro do mundo, e centro da formação acadêmica. A morte da humanidade, ou do ideal humanista, condenaria o homem ao tempo imediato, e suas mazelas como encarar médicos, saúde, educação médica, como simples mercadorias.

Filósofos, historiadores, sociólogos, e outros que tem na academia quase que o único espaço de atuação podem e devem interpretar o mundo contemporâneo, e até reinventar o Estado, para um equacionamento mais generosos e justo da política pública em todas as áreas, declara Marcovitch : *“ se essa elite intelectual, vocacionada*

para o estudo de problemas sociais, não decifrar o chamado enigma Brasil, quem o fará ? A disjunção entre cultura, ciências e tecnologia traz prejuízos todos os setores por que o mundo de hoje requer complementaridade e uma educação plena que oriente os jovens em seus projetos de vida e consolide valores e cidadania. Nenhuma área reúne habilidades mais eficazes para isto que as das ciências humanas, a ética do futuro só assim poderá impor os limites necessários ao processo de globalização.

INCENTIVO A MUDANÇAS CURRICULARES EM ESCOLAS MÉDICAS

Uma portaria ministerial de março de 2002, dos ministérios da Saúde e Educação institui o *programa nacional de incentivo as mudanças curriculares para Escolas Médicas*, cuja meta principal é valorizar a humanização e enfatizar a medicina preventiva e conforme publicado em JAMB, 19 de março de 2002.

Os principais objetivos do novo programa são : reorientação do processo de formação do médico, inserção do médico no sistema social, cooperação entre gestores do SUS e Escolas médicas com vistas a prevenção de doenças, ampliação da prática educacional em rede de serviços básicos de saúde. A portaria aconselha um sistema educacional menos tecnocrático e menos voltado às especializações precoces para estimular um modelo humanista e voltado ao médico generalista, para a realidade do Brasil.

O programa não parece ser uma mera promessa, pois já conta com recursos do Ministério da Saúde que destinou para 2002\2003 um total oito milhões de reais para as escolas médicas visando a reorganização das diretrizes curriculares dos cursos de Medicina para a formação deste tipo de profissional, ao mesmo tempo um médico mais humano e mais voltado para as necessidades políticas de saúde pública no país.

As propostas deste programa coincidem ou se inspiram nas conclusões da Conferência Mundial de Educação Superior, que no ano de 1998 foi promovida pela **Unesco** na cidade de Paris. O documento chave deste evento concluiu que : *“ as instituições de educação superior devem trabalhar para que seus estudantes se convertam em cidadãos bem informados, providos de sentido crítico, capazes de analisar os problemas da sociedade em busca de soluções, assumindo desta forma ampla responsabilidade social.”*

Como comentou o segundo vice-presidente da AMB, Ronaldo da Rocha Loures Bueno, uma comissão de 11 entidades entre elas o CFM e AMB será responsável pelo acompanhamento, avaliação e execução do programa.

Objetivamente o programa visa criar profissionais aptos ao atendimento primário, ou a figura do médico de família, mas ao mesmo tempo reconhece a necessidade de introduzir também uma formação humanista, não necessariamente pela criação de novas disciplinas, no currículo, mas por incentivar a participação em seminários, cursos ou outros meios de educar em tópicos de ciências humanas, que seriam introduzidos na formação do médico.

UMA UNIVERSIDADE REFLEXIVA, UMA CIDADANIA CRÍTICA, UM SER HUMANO ÉTICO.

Temos visto que uma formação generalista e humanista poderia atender melhor aos próprios interesse do Estado e do povo Brasileiro, e que se recomenda

inclusive a estimulação da função de médico de família. Este profissional seria melhor sucedido se tivesse em seu espírito as luzes de uma formação não só científica mas também humanista, desenvolvendo ao máximo sua cidadania e seu espírito de agente de cultura e de transformação da sociedade. A pergunta seria então como estimular não a formação técnica e científica do médico mas visar um segundo objetivo mais amplo, capaz de auxiliar na formação do cidadão.

A medicina científica é uma herdeira do positivismo científico do século XIX uma corrente de pensamento que logrou sucessos em áreas de ciências exatas e biológicas, base do saber médico tradicional mas o mesmo não ocorre nas ciências humanas que, modernamente, se estruturam segundo outros métodos e paradigmas. Nas ciências humanas e sociais o conhecimento é atingido de outra forma, e o observador do fenômeno humano e social não está de fora deste fenômeno ou processo, não é tão imparcialmente orientado quanto seria o cientista em disciplinas exatas, ou biológicas.

Como o filósofo brasileiro Renato Janine assinalou (5) : “ é improvável que aquilo que um pesquisador social venha a descobrir sobre seu objeto de estudos, (seja este uma cultura, um sistema político, ou sua própria sociedade) não o faça descobrir também algo sobre si mesmo, ” ou seja de ver-se enquanto alguém vivendo esta cultura, este sistema político, nesta sociedade.

A universidade que desejamos melhorar e o ensino médico que queremos aprimorar não é algo exterior a nós mesmos, ou pelo menos não deverá ser enquanto a vivenciamos, sendo parte dela , enquanto alunos ou educadores. Universidade não é um conjunto de muros e paredes que cerceiam ou limitam nosso trabalho prático e teórico, mas é a estrutura mesma de nossa interpretação do real, ou nossa visão de mundo, como se prefere dizer.

O positivismo científico, que é um tipo de pensamento no qual os médicos são atualmente educados, não favorece de fato a nenhuma reflexão sobre os fundamentos ou bases da educação médica. Este pensamento é até algumas vezes uma negação da reflexão, por que não acredita que exista qualquer necessidade ou utilidade de se permitir uma crítica de suas próprias condições e possibilidades.

O pensamento positivista por si mesmo não é aberto a uma reflexão sobre os males da cultura que espera servir, da sociedade ou mercado, para o qual espera, simplesmente, preparar profissionais competentes.

Uma postura crítica em relação ao saber ou a prática do médico é necessária, para que não se caia em uma formação, diríamos melhor deformação, apenas cientificista, especializada e técnica, que não atende absolutamente ao ideal do ser médico, no plano humano e como temos vistos não atende também às recomendações da última conferencia mundial de educação superior da Unesco.

O Filósofo Imanuel Kant, em 1798 em um famoso texto intitulado *O conflito das faculdades*, escreveu: “A hipótese que gostaria de sugerir é a de que a freqüente ausência da dimensão reflexiva, crítica, filosófica, em nosso ensino universitário, está não na incapacidade de uma universidade formar cidadãos, mas na sua alta capacidade de produzir um tipo de cidadão que não é exatamente aquele espírito crítico que gostaríamos de formar. São uns cidadãos dóceis, acrílicos, profissionalmente funcionais mas incapazes não só de impugnar mas até mesmo pensar a dinâmica de um sistema social cujas leis nos acostumamos a não questionar....” (5). Lendo esta passagem como não fazer uma associação de idéias com a figura de dóceis cidadãos médicos trabalhando em ambientes insalubres, em ambulatório lotados, atendendo por honorário vil, servindo a corporações ou empresas médicas que os expropriam, que obtém vantagem ou servem de intermediários ao ato médico, contrariando formalmente aos artigos 9 e 10

dos princípios fundamentais, do código de ética médica (11):

Art. 9 - " a Medicina não pode em qualquer circunstancia ou de qualquer forma ser exercida como comércio."

Art. 10 - " O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros, com objetivos de lucro ou finalidade política ou religiosa "

Somos realmente os cidadãos dóceis e acríficos que Kant menciona ? Será que a carapuça nos serve ? Quando nos tornaremos médicos livres para homens livres ?

Comecemos por mudar nossa própria formação universitária, introduzindo a idéia de cidadania no sentido mais geral, como preparação de gerações futuras de médicos para a vida social, desenvolvendo a consciência política, a responsabilidade social. Preparando inclusive para a vida econômica e financeira para o qual somos de fato tão ignorantes a ponto de permitir sejamos hoje tão expropriados no jogo de mercado, onde efetivamente queremos deixar de ser mercadorias:

A universidade, onde se insere o ensino médico, deve parar de se nortear apenas por uma sistema influenciado por forças de mercado, e de " preparar " médicos que este "sistema social " precisa. De fato a universidade replica as formas de se atualizar, de se organizar, de pensar e de se pensar sociedade da qual faz parte, e costuma estar atualmente entorpecida em um modelo técnico e científico imediatista e muito utilitarista.

Acompanhando as grandes tendências da sociedade : servir e não criticar, ajudar a produzir no modelo de universidade empresa e não estimular a reflexão.

Quando lemos sobre o perfil dos médicos no Brasil (9), um documento atual, publicado apenas há 5 anos, constatarmos que somos autênticos vendedores mal remunerados de atos médicos. Temos, na maioria (em 72, 8 %) até três atividades profissionais, alguns quatro ou mais. O consultório destaca-se ainda como modalidade de trabalho mais próxima ao ideal de " profissional liberal para cerca de 70 % dos médicos, mas isto não significa exercício pleno da atividade livre ou liberal, pois 92 % declaram depender diretamente dos convênios com empresas de saúde (intermediários), medicina de grupo e cooperativas médicas, para a manutenção de seus consultórios. O trabalho em regime de plantão, no estado em que a pesquisa foi feita, o Ceará, representa 44 ,6 % do contingente dos médicos. Quanto ao rendimento médio o trabalho informa que o Ceará estaria um pouco acima da média nacional de rendimento médico, cerca de US\$ 1280. Convenhamos que é algo desanimado ler este perfil do médico do Brasil.

O arquétipo de uma profissão liberal fica abalado, quando quase a metade (49,6 %) dos profissionais não se consideram mais, de fato, como profissionais liberais. A perda de prestígio da profissão é notória quando se constata que se depende cada vez mais de convênios mal remunerados em consultórios "particulares ". Há necessidade cada vez maior de múltiplos empregos e de trabalho assalariado, com salários baixos, excessos de plantões enfim estresse e desgaste do profissional. A adesão a greves e reivindicações político - trabalhistas que eram inimagináveis para a dignidade do profissional do passado não mais o são, e o futuro da profissão passa a ser visto pela maioria dos entrevistados nesta pesquisa com um forte sentimento negativo, refletindo o descontentamento e falta de perspectivas que ora se apresentam ao médico brasileiro.

O fato é que precisamos urgentemente recuperar nossa auto-estima como profissionais. Desde os tempos imemoriais nossa profissão gozou de dignidade e prestígio entre os ofício livres, chegamos no passado a sermos líderes comunitários ou pessoas de

alto respeito e até alvos de veneração pela maioria da população, quer fossem ou não nossos pacientes. Onde se esconde agora a mística e beleza do ofício do médico. Somos ou não culpados de sermos hoje apenas engrenagens de uma lógica perversa de mercados.

Mas o fato é que nem tudo pode ser reduzido a um valor de mercado. Mesmo em uma sociedade perversamente dominada pela lógica capitalista, nem tudo pode virar mercadoria. A vida humana, a luta contra a morte e o sofrimento, a vida digna em pessoas que sobrevivem a condições graves, o sorriso da criança que ajudamos a salvar, do moribundo a quem devolvemos a esperança de viver, estas coisas são valores, continuam a alimentar a idealização da figura do médico e como valores humanos não podem ser subjugados a condição de mercadorias.

Como valores humanos pertencem ao domínio da ética, mas como já sabemos por alguns "vendilhões do templo" em uma sociedade mercantil até a vida, a morte, a honra, a verdade, podem se tornar mercadorias e serem vendidas ou compradas.

Este problema ético e mercantilista não é só da medicina. De certa forma permeia o campo de atividade humana em todo o mundo, atinge algumas religiões e seitas onde se vende ao povo inculto a salvação de almas ou curas miraculosas espirituais do mesmo modo que se fazia na obscura idade média, quando existia a venda de indulgências pela Igreja, nos mesmos moldes da venda de títulos de nobreza pelo Estado.

CONCLUSÃO

O retorno ao ideal humanista é um avanço ético. Chegamos ao final desta exposição com a argumentação irrefutável de que a medicina e a ética confluem em um aspecto essencial: ambas tem por objetivo preservar, potencializar, dignificar a vida humana. Mas enquanto o papel da medicina é antes de tudo salvaguardar a vida humana, o da ética ou da moral é afirmar o humano da vida.

Não são de estranhar pois suas freqüentes e intrínsecas superposições. Não é de estranhar que a medicina tenha nascido impregnada de ética na Grécia clássica e que possa vir a fenecer se deixar de se basear em seu correlato moral.

Diderot falava em Jacques, o fatalista: *"Notei uma coisa assaz curiosa, não há máximas de moral de que não se tenha feito um aforisma, de medicina e vice-versa, há poucos aforismos de medicina de que não se tenha feito uma máxima de moral"* (10).

A ética é uma tomada de posição voluntária, livremente, fruto reflexivo da racionalidade do homem. Nasce de uma reflexão, da filosofia moral, mas pode ser extensiva a qualquer área de atividade humana que seja capaz de discutir, problematizar e interpretar o significado de valores genuinamente humanos.

A ação ética se baseia na liberdade e na consciência. Somente aquele homem livre e que sabe o que faz, conhece o significado de sua atitude e intenção, pode avaliar a essência de seus valores morais. A busca do bem e da felicidade são na ética clássica a essência e o objetivo do sujeito moral.

Tudo em ética é imanência e humanismo. Um problema de hoje e de amanhã da ética médica será evitar cair na tolerância da conduta amoral ou imoral que se tornou banal. Evitar a banalização, por exemplo das práticas mercantilistas, aceitá-las como toleráveis por já serem tão habituais e banais.

Hannah Arendt, uma filósofa judia alemã que viveu os horrores dos campos de concentração nazistas falou da banalidade do mal, ou o abandono da capacidade humana de indignar-se e aspirar por mudanças, após anos vivendo sob jugo da violência, com total perda de cidadania.

A ética é um agir mas é ainda um querer ser, um como devo me conduzir,

e portanto abarca um plano presente e um futuro, é uma função de imaginação criadora de novas idéias, novas formas e valores. Vale aqui a frase do filósofo Ortega: *“Será não ética toda “moral” que não faça imperar entre seus deveres o primeiro dever de achar-nos sempre dispostos a reformas, correções e aumentos de nosso ideal”*.

Termina-se assim este texto da mesma forma que se iniciou, falando do resgate do ideal, no caso o ideal ético, da idéia do ser- médico, e do chamado ideal humanista. Não deixar morrer a chama é essencial., você só vive por esta partícula de sonhos que levanta acima do real.

As ciências do homem, a reflexão filosófica em especial, tem o poder de recuperar o espírito crítico e de analisar ou rever nossa escala de valores, humanos, contra a mediocridade do simples jogo de mercado, contra a banalização do ato médico, algo que jamais deveria estar acontecendo, mas que está. Não pretendeu-se apresentar um texto ingênuo, uma balela humanista recheada de palavras belas mas vãs, sem pé no real, e por isso estou certo de não ter economizado críticas ao estado da arte de nossa prática média atual dominada por medicina de grupo ou refém de empregos públicos mal remunerados, e da educação médica igualmente influenciada por uma lógica mercantilista. Adquirimos hoje uma formação médica exclusivamente técnica e cientificista, com vistas a realidade do mercado, como se fosse esta a única possível.

Não compete a este trabalho sugerir como modificar o currículo de escolas médicas para acrescentar disciplinas novas, humanistas, como Filosofia, Sociologia, História da Medicina, entre outras, se pudéssemos sugerir, seriam estas as que incluiríamos. Se esta exposição serviu para lembrar do ideal adormecido do médico, como misto de cientista e humanista, e mostrar que é ainda possível praticar boa medicina sendo ao mesmo tempo um homem culto e ético, então terá servido aos propósitos que pretendeu. O caminho, como o disse alguém, se fará ao andar, não existem fórmulas prontas mas que é preciso mudar isto é indubitável. Esperamos que um dia, em um futuro não muito distante, um novo estudo do perfil dos médicos no Brasil não volte a nos revelar tanto desencanto e desesperança em relação ao ideal sublime e liberal de nossa profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaspers, K. O médico na era da técnica. Lisboa –Portugal. Edições 70, 1986.
2. Izquierdo, I. Tempo de viver. São Leopoldo, RS. Editora Unisinos,2002.
3. PLATÃO. Os pensadores. São Paulo, Editora Nova Cultural, 1999.
4. Alexander, F ; Sheldon, S. História da Psiquiatria. São Paulo. IBRASA. 2ª edição, 1980.
5. Safransk, R. Nietzsche - Biografia de uma Tragédia. São Paulo. Geração Editorial. 2001.
6. Santos, G. Universidade Formação e Cidadania. São Paulo. Cortez Editora. 2001.
7. Drumond, JGF. “Bioética e ética médica”. Jornal do Conselho Federal de Medicina - Brasília, XVII(134):9, 2002.
8. Weichedel, W. A escada dos fundos da Fisofofia – vida cotidiana e pensamento dos grandes filósofos. São Paulo. Editora Angra. 2000.
9. Conselho Federal de Medicina. Perfil dos Médicos no Brasil. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, CFM IMS.1996.
10. Savater, F. Ética como amor-próprio. São Paulo. Martins Fontes. 2000.
11. José Luiz Pinto Pereira. Avenida Iguaçú, 3983 - 80240-031 - Curitiba - PR

NOS LIMITES DO FIM DA VIDA: UM ITINERÁRIO DE CUIDADOS

Genival Veloso de França*

Com uma breve análise dos limites do fim da vida, o autor revisa alguns conceitos para os dias atuais, principalmente a partir do novo entendimento sobre os critérios de diagnóstico da morte e das situações mais comuns que se encontram os indivíduos que vão morrer e quando fracassaram todos recursos médicos. Este enfoque ético sobre a ortotanásia (morte correta) em contraposição à distanásia (morte defeituosa) leva a uma reflexão sobre o significado da dignidade humana, seja no sentido de respeitar o direito de viver, seja na oportunidade de resguardar o direito de morrer com dignidade, a partir do instante em que a morte é justa.

Palavras-chave: morrer com dignidade, morte no tempo certo, morte justa, eutanásia

IN THE LIMITS OF THE END OF LIFE: A CARE ITINERARY

With one soon analysis of the limits of the end of the life, the author revises some concepts for the current days, mainly from the new agreement on the criteria of diagnostic of the death and the situations more common than if they find the individuals that go to die and when all medical features had failed. This ethical approach on the orthoththasia (correct death) in contraposition to the medical futility (defective death) takes to a reflection on the meaning of the dignity human being, either in the direction to respect the right of living, either in the chance to protect the right to die with dignity, from the instant where the death is joust.

Key words: dying with dignity, euthanasia, dying in the right time, just death

INTRODUÇÃO

Hoje, na medida em que a Medicina avança mais e mais na possibilidade de salvar e prolongar a vida, criam-se inevitavelmente numerosos e complexos dilemas éticos, os quais permitem maiores dificuldades para um conceito mais ajustado do fim da existência humana. Assim, a crescente eficácia e a segurança das novas propostas terapêuticas não deixam de motivar questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais resultantes do emprego desproporcionado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação. O cenário da morte e a situação do paciente que vai morrer são as condições que ensejam maiores conflitos neste contexto, levando em conta os princípios, às vezes antagônicos, da preservação da vida e do alívio do sofrimento.

* Médico e Advogado. Ex-Membro do CFM e do CRMPA, Membro da Junta Diretiva da Sociedade Ibero-americana de Direito Médico.

Palestra apresentada durante o XIII Encontro dos Conselhos Regionais de Medicina das Regiões Sul e Sudeste, Gramado, 25 a 27 de abril de 2002.

A partir da edição da Resolução n.º 1.346, de 8 de agosto de 1997, do Conselho Federal de Medicina, que aprova os critérios para o diagnóstico de morte encefálica, caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, tornou-se mais fácil falar sobre os limites do fim da vida.

Há neste quadro multifário quatro situações críticas que levam a alguns dilemas éticos: *pacientes em estado vegetativo continuado*, *pacientes em morte encefálica*, *pacientes terminais* e *pacientes em estado vegetativo permanente*.

O *paciente em estado vegetativo continuado ou persistente* é aquele que apresenta lesões recentes do sistema nervoso central, com ou sem diagnóstico definido, mas que deve ter seus cuidados conduzidos nos moldes dos pacientes salváveis, merecendo assim todo suporte vital necessário e disponível.

O *paciente em morte encefálica*, caracterizada naquela Resolução, deverá ter causa conhecida e ser um processo irreversível, clinicamente justificado por coma aperceptivo, ausência da atividade motora supra-espinhal e apnéia, e complementarmente por exames que comprovem a ausência da atividade elétrica cerebral, ou ausência das atividades metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sangüínea cerebral.

A suspensão dos meios artificiais de um paciente com diagnóstico baseado nos critérios rigorosos de *morte encefálica*, nem se pode dizer que exista eutanásia, pois este indivíduo já está morto pelo conceito atual que se tem de óbito. Não se pode considerar tal ocorrência como uma forma de matar porque, neste tipo de suspensão dos meios mecânicos de suporte da vida, diz Mackie¹, o médico não deu início ao curso dos eventos que levará o paciente à morte. Segre² vai mais longe quando afirma: “*vê-se que já não se trata de autorizar ou de proibir a prática da eutanásia, mas apenas de definir se o paciente está vivo ou morto*”.

Como *paciente terminal* entende-se aquele que, na evolução de sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições portanto de cura ou de prolongamento da sobrevivência. Segundo Holland³ é terminal aquele paciente que apresenta duas características fundamentais: a da incurabilidade e a do fracasso terapêutico dos recursos médicos.

Mesmo nestas condições, qualquer iniciativa de supressão da vida, ainda que a pedido dele ou da família, constitui ato ilegal e antiético e, por isto, incomparável com o exercício médico.

Como *paciente em estado vegetativo permanente* aquele que não tem nenhuma evidência de consciência, não se expressa e não entende os fatos em torno de si, que não responde a estímulos visuais, auditivos, táteis e doloroso, mas que tem preservadas as funções do hipotálamo e do tronco cerebral e por isso sobrevive com respiração autônoma, por muitos meses ou anos, necessitando no entanto de outros cuidados médicos e de enfermagem. Ainda aqui entendo que não há como se opor a esta vida, mesmo em tais circunstâncias, pois ela é sempre um homicídio e não é justo que se ofereça à profissão médica tão triste espetáculo e que se criem situações que podem iniciar constrangedores e nocivos conceitos de valores ao conjunto da sociedade.

Sacralidade versus Qualidade de Vida

O que se condena é a “obstinação terapêutica” ou “terapêutica fútil”, que doutra coisa não se reveste senão dum comportamento médico insistente que utiliza meios ou recursos cujos resultados são muito mais nocivos que os produzidos pela doença e de efeitos inúteis em face da impossibilidade de cura e de sobrevivência. Não confundir “futilidade terapêutica” com cuidados paliativos, pois estes representam o apoio permanente e necessário para preservar uma qualidade de vida do paciente terminal, dentro de um enfoque multidisciplinar. Em suma: o ideal será sempre harmonizar o discurso moral com o discurso técnico, pois eles não são inconciliáveis. E entender que o “inimigo número um” não é a morte, desde que ela seja justa.

Assim, a *distanásia* (morte defeituosa) não seria outra coisa senão a “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento), em cujo processo se promove o prolongamento da agonia, a continuação do sofrimento e o retardamento da morte, quando o tratamento tornou-se inútil em face da obstinação terapêutica do “paternalismo médico”. A morte deve ocorrer “no seu tempo”, sem antecipação ou prolongamento desmedidos.

É preciso entender que as limitações das possibilidades de cura não deve interromper a relação médico-paciente. Apenas obriga a repensar um novo modelo, em que o médico “segue os passos do paciente”, e a ética mais obstinada e o legalismo menos conseqüente apontem caminhos mais delicados. Aqui impõe-se o chamado “*sprit de finess*”. Daí, a criação da expressão *ortotanásia* (morte correta), que seria a morte em seu tempo certo – sem a antecipação precipitada e sem o adiamento abusivo. Onde o médico deve acompanhar o “paciente doente” e não a “doença do paciente”.

Nestas questões, existe uma interminável polêmica: deve prevalecer a sacralidade ou a qualidade da vida? A primeira representa aquilo que a vida humana tem na dimensão que exige a dignidade de cada homem e de cada mulher. E a qualidade da vida representa um conjunto de habilidades físicas e psíquicas que facultam o ser humano viver razoavelmente bem.

Rachels⁴ faz uma distinção entre “estar vivo” e “ter vida”, ou seja, entre a vida no sentido *biológico* e a vida no seu aspecto *biográfico*. Com isso ele quer individualizar um tipo de seres humanos que, mesmo estando vivos, não tem vida. O exemplo por ele apontado seria o de um portador da doença de Alzheimer. Para este autor, estar vivo no sentido biológico tem pouca importância e, na ausência de uma vida consciente, é indiferente para o indivíduo estar vivo ou não. Além do mais, defende ele a chamada “tese da equivalência”, segundo a qual não existiria nenhuma diferença entre “matar uma pessoa” e “deixá-la morrer”.

Em sua visão utilitarista ele só considera imoral matar se isso vai privar o indivíduo dos seus desejos, de suas crenças e dos anseios que constituem um projeto de vida, atributos esses que justificariam continuar sua existência. A morte seria um mal não porque pôs fim ao estar “vivo”, mas ao fim da vida na sua perspectiva biográfica. Para ele, em certos casos, “matar não implica a destruição de uma vida”.

Tal posicionamento, não apenas alcançaria as situações terminais da vida humana, mas avançaria a todos aqueles que por uma outra razão estivessem privados da consciência. O mais surpreendente desta posição é que a vida não é um valor no sentido moral, mas um bem apenas. Diante de tal postura, independe a condição do

paciente estar consciente e solicitar a ação eutanásica, pois não restaria um valor humano para se proteger, mas apenas um estado biológico de uma vida subnormal.

Esta posição, além de ser moralmente inconsistente por considerar a vida como coisa possuída – na qualidade do “ter” e não na do “ser”, admite ainda um pensamento conseqüencialista de que matar só é diferente do roubar pelo valor estimativo dos bens perdidos.

Quando se defende a ética da *qualidade da vida*, diante de situações bem concretas, em confronto com a posição tradicional da *sacralidade da vida*, não se quer com isso desprezar os valores da natureza humana nem “coisificar” a pessoa que existe em cada um de nós. A vida humana, independente da sua qualidade e ainda que se venha tomar certas medidas, tem o mesmo valor e o mesmo direito de ser preservada em sua dignidade. Todavia, se qualidade de vida significa tão-somente a habilidade de alguém realizar certos objetivos na vida e quando estas habilidades não mais existem, venha desaparecer a obrigação de tratar, aí então esse conceito é pobre e mesquinho.

Entender também que a qualidade da vida de uma pessoa não pode ser avaliada como uma capacidade plena para o exercício de todas as habilidades. Não. O ser humano merece respeito a sua dignidade, independente do que ele consegue realizar. Ninguém existe para disputar torneios ou competições de habilidades, mas para realizar o próprio destino de criatura humana. A qualidade e a sacralidade da vida são valores que podem estar aliados. É inaceitável essa desvinculação absoluta que se faz entre sacralidade e qualidade de vida. Estes princípios não se excluem.

Poderíamos até dizer que o princípio da sacralidade é o primeiro princípio, pelo menos do ponto de vista teórico, para se iniciar uma discussão sobre eutanásia. Por sua vez, a qualidade de vida não é um valor estranho ou um valor alternativo de um determinado conceito de vida. É um critério de referência capaz de contribuir também com o respeito que se deve à vida humana. McCormick⁶ deixa isso bem claro quando afirma “ambos enfoques não deveriam contrapor-se desta maneira. A valorização sobre a qualidade da vida não deve fazer-se com absoluta reverência, como uma extensão do próprio respeito pela sacralidade da vida”.

Outra coisa nesta discussão é conceituar de forma clara e convincente o que se considera de meio *ordinário* ou *extraordinário*. Beristain⁵, sobre isto, diz que o Vaticano colocou-se de forma muito subjetiva e simplista, em Declaração sobre a Eutanásia, ao afirmar: “Não se pode impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, representa um risco ou é demasiado onerosa. Recusá-la não equivale a um suicídio; significa, antes, a aceitação da condição humana, ou preocupação de evitar adotar um procedimento médico desproporcional aos resultados que se podem esperar, ou vontade de não impor despesas demasiado pesadas à família ou à coletividade”. E quando afirma que “tomar decisões corresponderá em última análise à consciência do enfermo ou das pessoas qualificadas para falar em seu nome ou inclusive dos médicos, à luz das obrigações morais e dos distintos aspectos do caso”, parece-nos demasiado permissivo para que em certos momentos, até mesmo por questões econômicas, alguém venha decidir sobre a licitude ética do que constitui morrer com dignidade. Este é o maior risco: o de as empresas de planos e seguros de saúde apontarem o que é “proporcional” ou “desproporcional”.

Se o critério para o uso de um medicamento é fundamental na possibilidade de oferecer resultado a um paciente salvável, então isto é que vai determinar o que é ordinário ou não. A avaliação é sobre a qualidade da vida e não sobre a qualidade do meio. O difícil, parece-nos, é conceituar o que é “qualidade de vida” e estabelecer os limites mais objetivos ante a diversidade das situações apresentadas, e não conceituar o que seja “qualidade de meios”. O conceito de qualidade de vida torna-se complexo a partir do instante em que se admite ser todo juízo baseado em considerações qualitativas até certo ponto preconceituosas. É mais difícil ainda é classificar as pessoas baseadas em critérios de tipos de vida, ou justificar uma ética da qualidade da vida que se fundamenta no princípio simplista de que a um determinado paciente se ofereça todos os cuidados disponíveis ou não se ofereça *nenhum* (*secundum. proportionem status*).

A verdade é que nem sempre foi fácil estabelecer com precisão um limite entre o que é ordinário e o extraordinário quando nos referimos aos meios de preservação da vida em situações com as dos pacientes insalváveis. Parece-nos muito mais importante nesta análise as impossibilidades morais do que físicas ou econômicas.

Deve ficar claro que o juízo de valor sobre a proporcionalidade dos cuidados não é tão simples, pois ele não termina na avaliação da qualidade da vida. Devem influenciar o raciocínio médico, as razões da família e o que admite o paciente sobre a insistência das medidas terapêuticas. O fundamento ético impositivo de uma necessária assistência a um paciente terminal é a predisposição de melhores condições para que este doente conviva com sua doença e eventualmente com sua morte. Um dos erros dos defensores mais intransigentes da ética da qualidade da vida, como já dissemos, é admitir que ao paciente se dêem todos os cuidados ou não se dê nenhum, agindo assim de maneira tão caprichosa e simplista sobre questões quase sempre complexas e difíceis.

O pensamento utilitarista que se inclina obstinadamente para o lado do valor biográfico do indivíduo – desprezando o “estar vivo” sob o aspecto biológico, erra ainda quando procura resolver as questões com a aplicação de um só critério, transformando os problemas morais em meros problemas técnicos ou estatísticos, não deixando espaço para uma reflexão sobre os valores que definem a dignidade humana nem reconhecendo a oportunidade de avaliar outras considerações. O significado da racionalidade iluminista não é compatível com uma ética biomédica que se ajusta no princípio da ponderação e do respeito à dignidade de ser humano.

Outra teoria não bem definida é a de Kuhsh⁷ baseada no princípio do *duplo efeito*, no qual se indaga se é lícito utilizar uma conduta cujos resultados são traduzidos em parte por benefícios e, de outra, por malefícios impossíveis de evitar. Caracteriza-se esta teoria por quatro fundamentos: 1 – que o ato em si seja moralmente bom ou indiferente; 2 – que o agente não busque diretamente o efeito mau senão que apenas permita; 3 – que o efeito bom não seja produto diretamente da ação do efeito mau; 4 – que o bem obtido do efeito bom seja devidamente relacionado com mau permitido, de forma que o compense.

O que a autora pretende na defesa de tal princípio é demonstrar a possibilidade de justificar um ato que “fique restrito a intencionalidade e não assuma todas as conseqüências previsíveis de uma ação voluntária” ou que “a qualificação moral de um ato depende sempre do que o agente pretendeu como fim”. Tenta justificar que supressão intencional e supressão não intencional da vida são diferentes

do que se entende entre “matar” e “deixar morrer”. O fundamento da doutrina do *duplo efeito* está pois na condição da proporcionalidade entre os bons e os maus resultados. No entanto, essa condição não explica como estabelecer os limites entre os resultados pretendidos e os meramente previstos. Nem muito menos esclarece se um ato está ou não proibido e quais as condições da intencionalidade. Em suma, o critério da proporcionalidade não tem como determinar se um agente pretendeu efetivamente o bem ou previu um certo efeito mau, como afirma Rechlin⁸

Entende-se por dignidade a qualidade ou a condição de alguém ser respeitado, honrado e valorizado. Hobbes⁹ dizia que “o valor de um homem, que é o valor estabelecido sobre ele e sobre o bem comum, é o que os homens comumente chamam de dignidade”. Pelo visto, este não é o conceito que normalmente se tem quando se justifica a eutanásia. Muitos admitem que a dignidade está muito vinculada à liberdade. Isso também nem sempre se ajusta ao interesse comum, embora todos reconheçam que ser livre é parte significativa da identidade pessoal e do exercício da cidadania.

Como tal se entende, permitir que alguém continue vivendo uma vida apenas biológica, mantida por aparelhos, sem levar em consideração o sofrimento do paciente e a inutilidade do tratamento, é agir contra a dignidade humana. Se alguém defende tal permanência, apenas por considerar a “santidade da vida”, certamente tem nessa obstinação uma forma indistigável de atentado à dignidade dessa pessoa. Por suavidade, antecipar a morte de alguém consciente ou não, com as constantes vitais mantidas normalmente, ainda que tenha uma morte prevista e um relativo sofrimento, é atentar contra a dignidade humana.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, fica claro que a *eutanásia* – aquela na qual se utiliza meios ou que se facilita a supressão de uma vida, é prática condenável, e quando praticada pelo médico, constitui subversão de toda doutrina hipocrática e distorção do exercício da medicina, cujo compromisso é voltar-se sempre em favor da vida do homem, prevenindo doenças, tratando dos enfermos e minorando o sofrimento, sem discriminação ou preconceito de qualquer natureza. Não é fácil descobrir nela o espírito utilitarista e a ultrapassagem ilícita dos limites hierárquicos, elementos esses que, na prática, caracterizam todas as formas de manipulação nocivas para o homem.

No que se refere à *ortotanásia* – suspensão dos meios artificiais de manutenção da vida -, cada vez mais aceita e compreendida, não pode ser considerada ilícita, pois em tais casos, se os critérios de morte encefálica utilizados na conceituação diagnóstica forem corretos, o indivíduo já está morto. Os pacientes com diagnóstico de morte encefálica, pelos critérios da Resolução CFM n.º 1.480/97, em face da impossibilidade de qualquer recurso para reversibilidade da vida, podem ter os meios artificiais de sustentação das funções vegetativas suspensos, depois de comunicação feita à família onde sejam esclarecidos os fundamentos de tal diagnóstico e a impossibilidade da medicina atual em reverter uma situação naquele estado. Além do mais, não há hoje necessidade do uso da expressão “eutanásia passiva” pelo seu sentido dúbio, chamando de eutanásia a qualquer forma de supressão da vida, de forma direta ou indireta, passiva ou ativa, voluntária ou involuntária, que tenha por

medida antecipar a morte de um paciente incurável, evitando-lhe o sofrimento e a agonia. Até porque moralmente não existe nenhuma diferença entre alcançar um resultado por ação ou por omissão.

Quanto aos pacientes terminais e aos pacientes em estado vegetativo permanente, mesmo que a doença não possa ser debelada ou curada, é imperioso que se mantenha a assistência e os cuidados para uma sobrevivência confortável e sem sofrimento físico ou psíquico, ainda que paliativos, incluindo até alguns atos cirúrgicos, quimioterápicos e antibióticos.

Por outro lado, deve ficar bem claro que ao se tratar de um paciente em estado vegetativo continuado ou persistente (com lesões recentes do sistema nervoso central), como ele está no rol dos pacientes salváveis, deve merecer todo suporte vital necessário e disponível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Mackie, J.L. *The cement of the universe*, London: Oxford University Press, 1974.
- 2 Segre, M. *Eutanásia: aspectos médico-legais*, Rev Ass Med Brasil – Vol. 32, n.º 77/8 – jul./ago., 1966.
- 3 Holland, J.C. *Psychological issues in the care of the terminal ill*, em *Directions in psychiatry*, Nova York, Hatherleigh, 1982.
- 4 Rachels, J. *La fine della vita. La moralità de eutanásia*. Turim: Sonda, 1986.
- 5 McCormick, R.A. *The quality of life, the sanctity of life*, Hastings Center Report 1978, 8:30 – 36 – 35.
- 6 Beristain, A. *Prolongamentos para a reflexão penal-criminológica sobre o direito a culminar a vida com dignidade (a eutanásia)*, in: *Eutanásia*, Porto Alegre: Fasc. Ciênc. Penais, vol. 4, n.º 4, out-dez., 1991, pags. 11-31.
- 7 Kuhse, H. *The sanctity line doctrine in medicine. A critique*. Oxford: Claredon Press, 1987.
- 8 Reichlin, M. *La eutanásia en la bioética de orientación utilitarista*. Madrid: Medicina y Ética, vol. VIII, n.º 1, jan.-mar. 1997.
- 9 Hobbes, T. *Leviathan*, New York: Cambridge University Press, 1991.

CRISE ÉTICA

Carlos Ehlike Braga Filho *

*Eu tropeço no possível
E não desisto de fazer a descoberta
Do que tem dentro do impossível.*

Carlos Drummond de Andrade

O texto apresenta uma breve análise teórica referente a crise ética na pós-modernidade e as contradições entre ciência e moral resultando uma sociedade heterogênea e desigual, a ponto de se pensar em uma impossibilidade ética face as implicações sociais desta crise. Apresenta a proposta de uma nova moral e como podemos agir como um fator de mudanças.

Palavras-chave: ética, valores, neoliberalismo, globalização

ETHICAL CRISIS

Key words: ethics, values, neoliberalism, globalization

A crise dos valores éticos na convivência humana e a progressiva ausência de uma sólida ética no exercício das profissões e entre elas as profissões da área da saúde e o mais grave do próprio exercício da cidadania, sem que exista um objetivo ético claramente definido e a sociedade assumido os avanços da tecnologia nos ameaçam de maneira profunda e irreversível. O pensamento de Habermas, para alguns utópico da possibilidade de um entendimento entre a ciência, moral e arte só parece ser possível quando da valorização do conhecimento sensível, única ponte entre ciência e ética.

Se o pensamento de Kant, revolucionou a filosofia ao colocar o homem como responsável pelos seus atos e tendo consciência de seu dever, centro tanto do conhecimento quanto da moral, criando assim o seu imperativo categórico “age de maneira que possas querer que o motivo que o levou a agir se torne uma lei universal” (Sanches, 2000, p. 283)

O século XVIII é marcado pela Revolução Industrial e pelo Iluminismo, até então o artesão trabalhava segundo a sua necessidade e ao necessitar empregar-se na indústria tornando-se um operário sua lógica não mais lhe pertencia, passou a ser externa, da produção industrial; a razão passa a ser a produtiva que vê o mundo em termos de produção e de lucro.

Com a revolução industrial a tecnologia se expande e a natureza passa a ser explorada, e o progresso das ciências, técnica, artes e das liberdades, se acreditava na emancipação da humanidade.

*Professor adjunto da UFPR lotado na disciplina de Prática Ambulatorial
Professor assistente da disciplina de Bioética da Faculdade Evangélica de Medicina de Curitiba
Professor auxiliar de Deontologia Médica da Faculdade Medicina- PUC-PR

No século XIX, surge a era da tecnociência, temos a esperança num progresso, impulsionado pelas descobertas, pensamos no triunfo da razão nos domínios da ciência, da filosofia, e da técnica. Mas as conquistas científicas não se dirigem ao aprimoramento do ser humano, o homem percebe que tem o poder de aniquilar a si e própria vida no planeta.

O capitalismo eclode nos anos 40, inicialmente na Europa e América do Norte, onde imperava o capitalismo, a economia é regida pela lei do lucro, centrada exclusivamente na obtenção da "mais valia", Ao perceber sua fragilidade ele ressurge com o neoliberalismo e se dissemina somente em 1973, face com a recessão ampla no mundo capitalista exteriorizada pelas altas taxas de inflação e baixo crescimento. A tese deste movimento colocava a culpa no operário com suas pressões reivindicatórias salariais e da crescente necessidade de gastos sociais como responsabilidade do Estado, prega que a estabilidade monetária deve ser a meta suprema de qualquer governo obtida através de contenção de gastos e mantendo uma taxa "natural" de desemprego. (Anderson, 1998, p. 9-11).

Dos métodos desumanos de exploração passou-se a métodos ditos científicos e racionalizados, tendo uma noção especializada do pouco e nada do todo, o que resultou na fragmentação do trabalho e da ciência, para assim se manter e estrutura dominante.

Essa hegemonia deixou como legado uma sociedade heterogênea, fragmentada e desigual, onde se estabelecem dois universos distintos, como observa Atilio Borón: uma grande burguesia e uma massa de marginais, onde não há ponto de contato entre eles. Como inserir no mercado alguém que não pode ir à escola, que nunca consultou um médico, que mal se expressa, que vive na rua e dorme embaixo de marquises, alguém que nem explorado pela capitalista pode ser.

O discurso que ouvimos é o de que a sociedade é competitiva que vencem os melhores, a apologia da filosofia do "salve-se quem puder", alternativa planejado pelos teóricos visando enfraquecer os sentimentos de solidariedade e o esforço coletivo de organização e de representação. Somos obrigados a reconhecer que sua grande estratégia é a capacidade do neoliberalismo impor suas idéias construindo um senso comum, onde essas idéias são defendidas por pessoas comuns medianamente sensatas, como observa Gentile; se por um lado a argumentação vem do senso comum, a contradição está no próprio cidadão que vê a realidade, mas não entende sua real causa.

A realidade está na nossa vista e na nossa preocupação: crescimento da violência urbana, desemprego maciço, fragmentação social, perde das ideologias dos partidos políticos, descrédito nos políticos, autoritarismo do executivo, descrença e morosidade da justiça, corrupção generalizada, falência da polícia, impunidade às elites, rigor com os pequenos delinquentes, uma democracia como diz Borón "reduzida a uma fria gramática do poder, expurgada de seus conteúdos éticos".

Os países que adotam o sistema neoliberal se tornam mais pobres. mais excludentes, mais desiguais, onde os melhores acabam sempre sendo os pertencentes às elites que monopolizam o poder político, econômico e cultural, nas sábias palavras de Pablo Gentili.

No período em que vivemos, conhecido como pós modernidade, é marcado pela “revolução da informática”, que resulta na diminuição de trabalhadores empregados, apesar do aumento da produtividade. Aparece o termo globalização, simulando uma cultura global única, na realidade a globalização aumenta as diferenças e cria mecanismos tecnológicos de dependência.

O discurso da globalização, distingue o mito do mercado auto regulador, o mito da tecnologia, o mito da realidade virtual, sendo portanto um instrumento de dissimulação de desigualdades e contrastes sociais, destinados a legitimar políticas autocráticas, denominadas neoliberais. “ Exemplo eloqüente é a ofensiva neoliberal contra o chamado Estado de bem estar, ou seja contra a dimensão social do Estado, contra a ética social e por extensão contra qualquer projeto de construção nacional associado a idéia de direitos sociais (Castro, 2001, p. 31).

O neoliberalismo nos Estados Unidos e depois com a queda do muro de Berlim dirigiu-se à países que se obrigaram a aceitar as regras dos países exploradores para conseguir apoio para seus empréstimos de bancos e agências internacionais, adotando o chamado “Estado Mínimo”, e as privatizações como solução para o péssimo gerenciamento do Estado.

Theodor Adorno usa a expressão “não há vida moral na falsa” (Es gibt kein richtiges leben im falchen) (Adorno, 1992 p. 42 apud Tiburi, 2001, p. 88), pois a ética lhe parece mero discurso vazio em face do momento histórico ou da situação da razão. A dialética em Adorno aparece com a tensão entre a compreensão do impossível desenvolvimento de uma vida justa e a consciência simultânea de como poderia ser. Assim a filosofia adquire estatuto moral exposto ao pessimismo relativo ao passado, enquanto nele mora o inexoravelmente irrecuperável, o que pesa sobre as costas da humanidade e o que ela finge não ver. E mesmo que haja meios para evitar a violência no futuro, quanto ao passado a única lógica é a do pessimismo, não haverá justiça para os mortos e para o sofrimento, nem nenhuma espécie de compensação.

A visão da impossibilidade da ética se apresenta na distância abismal entre a teoria e a prática, e a teoria crítica em Adorno trabalha para a eliminação do sofrimento, em “Mínima Moralia” o autor fala em vergonha em participar da injustiça universal, que se tornaria insuportável a partir do momento em que as pessoas a compreendam. Essa vergonha pode ser a resistência capaz de abrir caminho à solidariedade, onde se reconhece o sofrimento no outro, assim a tarefa da filosofia é acabar com o sofrimento que está no sujeito, mas que não pode ser eliminado por cada um em particular e sim pela espécie, da qual ele depende.

A ação contra o sofrimento é, para Adorno, a atitude normal da espécie, que deveria solidarizar-se consigo mesma e com tudo o que é vivo como única forma de agir contra o sofrimento. (Adorno, 1970, p. 203). Por isso é necessário a auto crítica da razão, promovida pela teoria adorniana que pergunta pelas condições de possibilidade da racionalidade frente ao mundo a à razão tornada irracional, resulta o questionamento das próprias condições de possibilidade ética. Se a transformação da ética exige transformação da razão e da filosofia que a promove, a razão modificada seria aquela que não trabalha sob a lógica da autoconservação, pois essa é inimiga da solidariedade, mas quando dá espaço à alteridade pela qual a ética adquire sentido, na capacidade de perceber o outro e aceitar o lugar irredutível do outro (Adorno,

1970, p. 287, apud, Tiburi, 2001, p.103).

Percebemos que é necessário a busca de uma nova forma de sociedade além do mercado e do Estado, substituindo a produção em massa pela sensatez da utilização dos recursos sociais.

José Eduardo Siqueira, avalia a tecnologia na área da saúde e lembra que "a técnica se converte em poder e passa a ser manifestação natural das verdades contidas na ciência. Se a ciência teórica podia ser chamada de pura e inocente, a tecnociência ao ser intervencionista e modificadora, não o é". (Siqueira, 1998, p. 27).

Mas, vivemos onde prevalece a insensibilidade social: autoritarismo dos poderes, condições desumanas de nosso povo, das cadeias e prisões e favelas, desemprego crescente e exploração dos trabalhadores e a impossibilidade de acesso à maioria da população a um atendimento eficiente em relação à saúde. Não podemos mais adiar as soluções, é necessário uma consciência da realidade humana para que possamos transformá-la, a educação é fonte de mudanças e na área da saúde o ensino acadêmico da ética pode ser uma fonte de discussão e reelaboração de conceitos.

A conscientização desta opressão a que estamos submetidos demonstrará que será preciso criar "uma nova moral, verdadeiramente humana, implicará numa mudança de atitude diante do trabalho, num desenvolvimento de um espírito coletivista, na eliminação do espírito de posse, do individualismo, [...] significará a realização efetiva do princípio Kantiano que convida a considerar sempre o homem como um fim e não como um meio". (Sanches, 2000, p, 48).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson, P. Balanço do Neoliberalismo. In: Pós Liberalismo; as políticas sociais e o Estado democrático. Org. Emir Sader, Pablo Gentili. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
2. Snege, J. Gazeta do Povo. 26 de novembro de 2000.
3. Gonsalez, J. Sobre Ética Profissional. In: Gonsalez, J. El Ethos, Destino del hombre. México: Fondo de Cultura Econômica, 1966, p.109-134.
4. Ianni, O. Neoliberalismo poder mundial. In: Medicina Conselho Federal, ano X n.º 79 março 1997, p. 24.
5. Kujawisk, G M. A Crise do Século XX. São Paulo: Ática. 1988.
6. Kurts, R. A Nova Dimensão da Crise Mundial. In: Carta Capital, ano VII, n.º 158, 26 de setembro de 2001.
7. Siqueira, E. Ética e Tecnociência. Londrina: Editora UEL, 1998.
8. Sanches, V. A. O Objeto da Ética. In: SÁNCHEZ VÁSQUEZ, A. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, p.15-34.
9. Veríssimo, L, F. O Estado de São Paulo, 23 de setembro de 2001
10. Tiburi, M. Adorno e a Impossibilidade Ética. In: Teoria Crítica, Ética e Educação, 2001, p. 84-103).

BIOÉTICA: UM CAMINHO SEGURO PARA UMA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE QUALIDADE

Roseli Nunes Coletti*

Palavras-chave: bioética, humanismo, visão holística

BIOETHICS: SURE PATH FOR HIGH QUALITY PROFESSIONAL STANDARDS

Key words: bioethics, humanism, holistic vision

O incêndio do Edifício Joelma, em São Paulo, ocorrido no dia 1º de fevereiro de 1974, faz-nos relembrar momentos de dor e de tristeza, junto ao árduo trabalho de muitos que se dedicaram de corpo e alma com o objetivo único de salvar vidas. Este quadro de dor, sofrimento, dedicação e amor, assemelha-se, e muito, com as bem-aventuranças e os infortúnios pelas quais vem passando a área promotora da saúde no Brasil.

Infelizmente, nos últimos tempos, o setor saúde tem sido um dos alvos preferidos pelos veículos de comunicação de massa, noticiando, quase que constantemente e com sensacionalismo, os abusos e as limitações evidenciados em alguns atendimentos ofertados pelas Instituições Promotoras da Saúde – IPS. Os dramas individuais e coletivos enfocados trazem à tona o desempenho da área da saúde e, como consequência lógica, das Instituições Promotoras da Saúde.

Tais dramas têm sido razão de diversos estudos e pesquisas que apontam a formação dos profissionais atuantes na área promotora da saúde, como uma das possíveis causas do suposto “descaso” suscitado. Tais pesquisas denotam que, em busca do tão afamado avanço tecnológico, o ensino se afastou do humano; e ressaltam a necessidade de ser tão profissionais que possuam uma formação geral, sistêmica, abrangente e humanista para atuarem nesse setor. Atestam, tais pesquisadores, que a lógica newtoniana-cartesiana, por ter um peso considerável na área educacional, gerou uma formação mais tecnicista, proporcionando um rompimento com a perspectiva sistêmica, que vê o humano inserido como ser, único, integrante do todo e não como uma simples máquina desprovida de unicidade dentro da diversidade. Uma das polêmicas levantadas acerca da lógica cartesiana é a de que ela poderia levar as pessoas a tratarem-se, mutuamente, como se fossem tais máquinas ou objetos, uma vez que as mesmas estariam, continuamente, enxergando-se sob a perspectiva de mundo-máquina, mundo-objeto. Charles Chaplin, em alguns de seus escritos e em seu filme “Tempos Modernos”, retrata muito bem os efeitos ocasionados pela aplicação desmedida do modelo cartesiano nas indústrias.

* Doutoranda em Educação, Mestre em Administração, Especialista em Filosofia, Graduada em Administração.

Segundo o bioeticista Leocir Pessini, a presença marcante da tecnologia, no mundo moderno é essencial. Porém, ressalta que na medida em que a área promotora da saúde tornou-se cada vez mais dependente desta tecnologia, mais foram deixadas de lado as práticas humanistas, o sentir, o vivenciar o paciente.

Diante deste cenário se questiona: - Qual o melhor caminho para se obter o almejado respeito à dignidade da vida humana, em sua totalidade, e ao mesmo tempo acompanhar os benefícios que as biociências podem ofertar?

Ao se buscar respostas para a questão interposta não se pode negar, ou deixar de considerar, como expresso por Pessini, que o acesso às melhores condições de vida ou a uma vida qualitativamente melhor passa, necessariamente, pelos caminhos da tecnologia. Deve-se, porém, ressaltar que enxergar o mundo apenas sob esta ótica o está levando a um beco sem saída, encontrando-se, portanto, com seus dias contados.

Explica-se assim, o fato do pensamento emergente possuir um enfoque holístico¹, transdisciplinar², holográfico³ e sistêmico resgatando-se a visão de todo inerente à complexidade humana. Tal tendência é vislumbrada em vários trabalhos dos mais variados campos do conhecimento humano, seja da área empresarial, educacional, política ou científica, exigindo o surgimento de um novo perfil profissional.

Esta deverá ser, portanto, a trajetória do homem, acrescentada, necessariamente, do estudo, da reflexão e da visão crítica que se iniciam nos bancos escolares e se concretizam na atuação diária. Cabe ressaltar que o ensino só incindirá positivamente se estiver direcionado à pessoa humana.

Como resultado natural deste processo de mudanças, surge a necessidade de se rever os programas escolares. É neste cenário que a bioética⁴, em seu modelo antropológico personalista, vem se despontando como o alicerce que pode conduzir à excelência pessoal, social e profissional, suprimindo a visão deturpada de mundo, como já exposto. Tal fato se dá em virtude dela trazer em seu bojo a preocupação de educar cidadãos por meio de uma práxis humanizadora, emergindo, assim, como uma nova realidade educacional.

Neste sentido, a bioética atua como um canal mediador fortalecendo a formação humanista e contribuindo nos julgamentos que, a todo o momento, os profissionais da área da saúde são obrigados a realizar. Este desafio em agir eticamente,

1 O termo holismo origina-se do grego *holos*, que significa todo... Na concepção holística, não só as partes de cada sistema se encontram no todo, mas os princípios e leis que regem o todo se encontram em cada uma das partes e todos os fenômenos e eventos se interligam e se interpenetram, de forma global: tudo é interdependente. O todo é concebido como uma realidade não-somativa, ou seja, suas propriedades não derivam das que caracterizam seus componentes. Ao contrário: são elas que determinam as propriedades das partes que o integram. (TAVARES, Clotilde Santa Cruz. *Iniciação à Visão Holística*. Editora Record. 1993:59-60).

2 A transdisciplinaridade intui uma integração recíproca entre disciplinas. Fundamentada nesta mútua cooperação volta-se para a construção de um novo modelo que visa transpor as barreiras até então impostas pelo estudo atomizado.

3 O holograma é um tipo de sistema de registro óptico, em que todas as partes da imagem contêm a imagem completa sob forma condensada. (DI BIASE, Francisco. *O Homem Holístico: a unidade mente-natureza*. Petrópolis: Vozes, 1995:44)

4 O termo bioética surgiu, a priori, na Universidade de Wisconsin em Madison utilizado pelo oncologista, Van Rensselaer POTTER (In: NEVES, 1996:07-16), em seu livro - *Bioethics "bridge to the future"*, publicado em janeiro de 1971. Para o autor a bioética poderia ser definida como a "ciência da vida" e teria o objetivo específico de auxiliar a humanidade de forma cautelosa e em nível racional no processo da evolução cultural e biológica. Para Potter "bio" representava o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos, e "ética" o conhecimento dos sistemas de valores humanos. Em suas publicações Potter retratou quão perigoso poderia ser para a sobrevivência da biosfera separar-se o humanismo da ciência.

nas situações do dia-a-dia, fez com que a ética viesse a ser o selo de qualidade profissional. Portanto, a formação em bioética constitui-se a pilastra da qualidade que pode fomentar uma prestação de serviços voltada à sua humanização e, conseqüentemente, à dignificação do ser humano. Desta forma, acredita-se que situações onde os pacientes são denominados como "o do quarto 9", ou o "do câncer de fígado", vistos muito mais como uma sigla ou número de prontuário, não mais ocorram.

Atualmente, a bioética é uma disciplina de peso reconhecido, ministrada na quase totalidade dos cursos da área da saúde e em alguns da área humana, na Europa e nos Estados Unidos. No Brasil, encontra-se ainda em fase incipiente, sendo que apenas algumas faculdades incorporaram-na em sua grade curricular. Porém, cabe ressaltar que há diversas pesquisas que defendem a implantação da bioética na grade curricular dos cursos voltados à área da saúde. Tais estudos apontam-na como um caminho seguro para uma atuação profissional de qualidade, uma vez que levará os profissionais da saúde a se conscientizarem da responsabilidade que possuem perante uma sociedade carente de um tratamento diferenciado e humanizado.

O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E OS DIREITOS DO PACIENTE

JORGE R. RIBAS TIMI*

Este artigo visa mostrar a relação entre o Código de Ética Médica e os Direitos do Paciente.

O Código de Ética Médica é a principal fonte de Direitos do Paciente no Brasil, sendo que 55% de seus artigos abordam diretamente Direitos do Paciente.

Conhecer o Código de Ética Médica e os Direitos do Paciente são condições essenciais para o exercício da Medicina e para a qualidade do atendimento ao paciente.

Palavras-chave: medicina, ética, direitos do paciente

MEDICINE ETHIC CODE AND DE RIGHTS OF PATIENT

The aim of this paper is to show the relation between the Medical Ethic Code and the patient's rights.

The Medical Ethic Code is the main law, in Brazil, of the patient's rights, with 55% articles refer about patient's rights.

Essential condition for Medicine practice and patient's quality care is to know the Medical Ethic Code and patient's rights.

Key words: medicine, ethics, rights of patient

*"A medicina, antes de mais nada,
é conhecimento humano"*

Pedro Nava

A relação médico-paciente remonta a épocas muito antes da medicina como conhecemos nos dias atuais. Esta é uma relação de interdependência desigual, pois o médico, por deter o conhecimento do tratamento tem um maior poder frente ao paciente. Além de que ao procurar um médico em decorrências de uma moléstia, em menor ou maior grau está o paciente emocionalmente fragilizado, não só pelo sofrimento mais também pelo medo da morte.

O direito advindo da relação médico-paciente também é bilateral^{1,2,3} e não se encerra apenas nesta relação, passa ainda pela relação de direitos individuais de ambos enquanto cidadãos⁴, do relacionamento saúde-Estado⁴ e mais recentemente do relacionamento do paciente e do médico com os planos de saúde de assistência complementar à assistência pública à saúde.

Os direitos do paciente estão sendo cada vez mais discutidos pela sociedade brasileira, pois tanto pacientes, médicos e empresas prestadoras de serviços de saúde em qualquer grau necessitam conhecê-los, no intuito de melhorar o atendimento à saúde e o relacionamento com o próprio paciente, quer do médico quer da empresa prestadora de serviços na área de saúde. Quanto ao paciente conhecer os seus próprios direitos faz com que esta possa colaborar e cobrar por um atendimento melhor. Por fim o conhecimento e o respeito aos direitos do paciente leva a que todos os envolvidos

na questão de saúde no Brasil possam dar um salto qualitativo de atendimento com grande reflexo para a população em geral.

Os direitos do cidadão sempre existiram nas sociedades, entretanto tiveram de ser conquistados em árduas batalhas. Da mesma maneira os direitos do paciente não são novidade em nossa sociedade, porém estiveram hibernando até muito recentemente, pois até pouco tempo atrás era raro se ouvir falar de Direitos do Paciente no Brasil.

Os Direitos do Paciente são muito variados e podem ser esmiuçados até um número quase infinito. Porém por uma questão de sistematização estes podem ser agrupados em 18 direitos fundamentais²:

1. Saúde é um direito do cidadão e um dever do estado
2. Ter um serviço público de atendimento à saúde de qualidade e sem custos adicionais
3. Decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar
4. Ter respeitada a sua privacidade e integridade física, psicológica e moral.
5. Não sofrer discriminação de qualquer espécie
6. Ter atendimento adequado às suas necessidades, sem limitações de ordem burocráticas, funcionais ou de tempo.
7. Ser atendido incondicionalmente em situações de emergência e de urgência
8. Escolher livremente, a qualquer etapa de seu tratamento, o estabelecimento de saúde e a equipe médica que deseje para efetivarem o seu tratamento.
9. Ser atendido por profissional capacitado e constantemente atualizado
10. Ser respeitado pela sua operadora de saúde complementar
11. Estar informado pessoalmente ou ao seu representante legal de seu diagnóstico e prognóstico
12. Consentir, após informação detalhada, com cada uma das etapas de seu tratamento
13. Ter o seu prontuário médico corretamente preenchido e de livre acesso à sua pessoa ou seu representante legal
14. Receber laudos médicos quando solicitar
15. Ter suas vantagens legais respeitadas
16. Ter o seu segredo médico mantido
17. Reclamar da qualidade do atendimento
18. Receber reparação em caso de dano

Não existe um Código Brasileiro de Direitos do Paciente. Vários textos legais abordam os direitos do paciente, entre leis, jurisprudências, resoluções e declarações de princípios:

1. Constituição Federal do Brasil
2. Código Civil Brasileiro
3. Código Penal Brasileiro
4. Código de Defesa do Consumidor
5. Estatuto da Criança e do Adolescente
6. Lei dos Planos de Saúde e Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar
7. Código de Ética Médica

8. Resoluções do Conselho Federal de Medicina
9. Resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina
10. Declarações Internacionais de Princípios
11. Normas de Pesquisa em Seres Humanos
12. Normas do Ministério da Saúde
13. Legislação Esparsa
14. Jurisprudência

A Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, regulamentou o exercício da medicina no Brasil, equivocadamente considerada corporativista por parte de nossa sociedade e por uma expressiva maioria dos médicos. Esta regulamentação foi um grande marco dos direitos do paciente em nosso meio. A regulamentação profissional melhorou qualitativamente a medicina brasileira. A existência dos Conselhos de Medicina como órgão fiscalizador do exercício de medicina no Brasil disciplina a conduta médica e, são eficientes instrumentos de defesa do paciente e da sociedade em geral.

Decorrente desta regulamentação é que aparece entre nós o Código de Ética Médica, que se encontra hoje em sua terceira versão. A primeira datada de 11 de janeiro de 1965 vigorou por 19 anos, até ser substituída pelo Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM 1.154 de 13 de abril de 1984), de vida curta, pois já em 08 de janeiro de 1988 a Resolução CFM 1.246/88 aprovou o Código de Ética Médica vigente até os dias atuais.

Dos 145 artigos que compõem o Código de Ética Médica, 79 são relacionados aos direitos do paciente, o que representa 55% do total. Em todos os seus 14 Capítulos, os direitos do paciente são abordados direta ou indiretamente.

O Código de Ética Médica já em seus dois primeiros artigos define os princípios fundamentais da Medicina e da atividade médica:

Artigo 1º.

“A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”.

Artigo 2º

“O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.

Além deste dois artigos, os demais que compõem o Capítulo I, com o título de Princípios Fundamentais, expressam as linhas mestras a serem seguidas no exercício da Medicina, fixando os direitos do paciente. Alguns dos artigos deste Capítulo são explicitados em Capítulos posteriores do Código de Ética Médica.

No Capítulo II – Direitos do Médico – apesar de ser um Capítulo voltado aos direitos do profissional médico, também apresenta aspectos que reforçam o atendimento ao paciente, como por exemplo, as situações em que o médico pode se recusar a trabalhar em situações que coloquem em risco o paciente.

No Capítulo III, sobre a Responsabilidade Profissional, quase todos os artigos são de proteção ao atendimento do paciente, visto que a responsabilidade do médico é com a saúde do ser humano, quer individualmente quer coletivamente, como se aprende ao serem lidos os dois primeiros artigos do Código de Ética Médica.

Os Direitos Humanos, oriundos da Declaração Universal dos Direitos do Homem são assegurados no Capítulo IV do Código de Ética Médica.

Todos os 15 Artigos que compõem o Capítulo V, com o título "Relações com o Paciente e Familiares", são integralmente dedicados aos Direitos do Paciente.

Situações específicas e de alto teor bioético, com as do potencial doador de órgãos e tecidos são protegidas pelo Capítulo VI do Código de Ética Médica.

Os Capítulos VII e VIII, respectivamente "Relações entre Médicos" e "Remuneração Profissional" também estão cheios de direitos do paciente, pois mesmo em questões entre profissionais e em questões da justa remuneração do médico não se admite desvios dos princípios fundamentais da Medicina.

O segredo médico, que é tão caro para a intimidade do paciente, é bem definido e protegido nos oito artigos do Capítulo IX do Código de Ética Médica.

Até mesmo quando os direitos do paciente estão ligados a tramites burocráticos, como a necessidade de atestados e boletins, estes estão previstos no Código de Ética Médica em seu Capítulo X. Já no Capítulo XI estão discriminados os atos das perícias médicas que possam ferir os direitos do paciente.

A Pesquisa e a Publicidade Médica bem como os Trabalhos Científicos são regulamentados nos Capítulos XII e XIII. Estes estão repletos de normas de defesa dos direitos do paciente e são uma das principais fontes da Resolução 196/96 do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisas que envolvam seres humanos).

Até mesmo em seu último Capítulo de número XV "Das Disposições Gerais" é possível de serem encontrados direitos do paciente, como na obrigatoriedade do médico em acatar as Resoluções do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina.

Ao exercer suas funções de normatização do exercício da Medicina, o Conselho Federal de Medicina edita suas Resoluções. Estas resoluções regulam várias facetas da Medicina, também englobam diversos princípios legais e princípios morais, que juntamente com as Resoluções dos Conselhos Regionais são fontes inesgotáveis de direitos do paciente.

Por fim, o exercício dos Direitos do Paciente gera vários efeitos positivos e negativos⁵.

Entre os efeitos positivos temos:

1. O exercício da cidadania
2. A melhoria da qualidade dos serviços de saúde
3. A desmistificação da relação médico-paciente
4. A reparação do dano
5. A possibilidade de envolvimento de organizações não governamentais
6. A competitividade das operadoras de planos de saúde
7. A melhoria da qualidade da saúde no Brasil

Por outro lado, não pode ser esquecido que este mesmo exercício pode gerar quatro efeitos negativos:

1. A proliferação de processos em que se confundem mau resultado com erro médico
2. O aumento de custos na saúde.
3. A medicina defensiva

4. O desperdício de recursos do Sistema Único de Saúde por decisões judiciais equivocadas, baseadas em relações emocionais e não em fatos científicos.

Em conclusão, conhecer o Código de Ética Médica e os Direitos do Paciente, exercê-los como pacientes e respeitá-los como profissionais de saúde, trará sempre uma melhoria na qualidade da medicina praticada no Brasil e também uma maior aproximação entre as partes na relação médico-paciente, revitalizando o lado humanístico de uma profissão *sui generis* como a Medicina, que é ao mesmo tempo ciência e arte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Código de Ética Médica, Resolução CFM n. ° 1.246/88 de 08.01.88
2. Código de Processo Ético Profissional, Resolução CFM n.º 1617/01 de 16.05.01
3. GAUDERER, C. **Os direitos do paciente**. Rio de Janeiro, Ed. Record, 1998
4. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05.10.88
5. TIMI, J.R.R. Os Direitos do Paciente, in URBAN C. A. **BIOÉTICA CLINICA** Rio de Janeiro, Revinter, 2002, p. 205-218.

CONHEÇA AS NOVAS ESPECIALIDADES MÉDICAS OFICIAIS ATUAIS - ÁREAS DE ATUAÇÃO

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

Palavras-chave: especialidades médicas, áreas de atuação, novas especialidades, critérios, convênio, uniformização

KNOW THE NEW CURRENT MEDICAL OFICIAL SPECIALITIES

Key words: medical specialities, field of practice, criterio health insurance/plan, uniformity

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

CONSIDERANDO que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado progressivamente o campo de trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento contínuo de especialidades;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, e a Comissão Nacional de Residência Médica, organismos voltados para o aperfeiçoamento técnico e desempenho ético dos que se dedicam à medicina no Brasil, decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país;

CONSIDERANDO que as entidades referidas, por visarem ao mesmo objetivo, vêm trabalhando em conjunto na forma de Comissão Mista de Especialidades para uniformizar a denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil;

CONSIDERANDO que conhecimentos e práticas médicas dentro de determinadas especialidades representam segmentos a elas relacionados, constituindo áreas de atuação caracterizadas por conhecimentos verticais mais específicos;

CONSIDERANDO que as especialidades sujeitam-se aos processos dinâmicos da medicina, não podendo, por isso, ser permanentes nem imutáveis, podendo, dependendo das circunstâncias e necessidades, sofrer mudanças de nomes, fusões ou extinções;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Comissão Mista de Especialidades e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 11.04.2002;

* Conselho Federal de Medicina

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades - CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação constante do anexo II do presente instrumento.

Art. 2º - Outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades.

Art. 3º - Fica vedado ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades.

Art. 4º - O médico só pode declarar vinculação com especialidade ou área de atuação quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º - Fica vedado, por qualquer motivo, o registro e reconhecimento das especialidades não constantes do anexo II do convênio.

Parágrafo único - Excetua-se do caput deste artigo a documentação de pedido de avaliação para efeito de registro de especialidade que tiver sido protocolada nos Conselhos Regionais de Medicina até a data de publicação desta resolução.

Art. 6º - **Revogam-se** todas as resoluções existentes que tratam de especialidades médicas, em especial as Resoluções CFM n.º 1.286/89, 1.288/89, 1.441/94, 1.455/95, respeitados os direitos individuais adquiridos.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília - DF, 11 de abril de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM N.º 1634/2002
Publicado em D.O.U. em 29/04/2002

CRITÉRIOS PARA O RECONHECIMENTO DAS ATUAIS ESPECIALIDADES MÉDICAS OFICIAIS

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM, A ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB E A COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA-CNRM/MEC, PARA ESTABELECEM CRITÉRIOS PARA O RECONHECIMENTO E DENOMINAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO NA MEDICINA, E FORMA DE CONCESSÃO E REGISTRO DE TÍTULOS.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM, entidade de fiscalização profissional, instituída pela Lei n.º 3.268/57, e regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, com sede no SGAS 915 Sul, LOTE 72 – Brasília – DF, CGC n.º 33.583.550/0001-30, representado por seu Presidente EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de Identidade n.º 208.063/SSP/AM, CPF n.º 038.566.822-87, a ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB, inscrita no CGC sob o n.º 61.413.605/0001-07, com sede na Rua São Carlos do Pinhal, n.º 324, Bela Vista, CEP 01333-903 – São Paulo – SP, Tel (11) 3266-6800, neste ato representada por seu Presidente ELEUSES VIEIRA DE PAIVA, CRM – SP n.º 35.135-0, com endereço sito na Av. Jandira, n.º 185 – Apto 124, Moema, Condomínio Phesutton House, CEP 04080-000, São Paulo – SP, e a COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – SESu/MEC – CNRM, com endereço no Ministério da Educação, Edifício Sede, Sala 327 – Esplanada dos Ministérios – Brasília – DF, órgão subordinado ao Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura, neste ato representada pelo seu Presidente FRANCISCO CÉSAR DE SÁ BARRETO, brasileiro, casado, físico, inscrito no CI n.º 527118 – SSP/MG e no CPF sob n.º 088.720.326/04, resolvem firmar o presente Convênio, nos termos das Cláusulas abaixo:

DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA

Este convênio tem por finalidade a conjugação de esforços dos convenentes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, cabendo às partes:

- a) CNRM – credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de residência médica;
- b) AMB – orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados;
- e
- c) CFM – registrar os títulos e certificados.

DA EXECUÇÃO

CLÁUSULA SEGUNDA

Para a execução deste convênio, fica criada a COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES – CMÉ, composta por dois representantes de cada entidade conveniente, que reunir-se-á, no mínimo, duas vezes por ano, podendo ser criadas subcomissões para auxiliar os trabalhos.

Parágrafo único – O regulamento da Comissão Mista de Especialidades – CME será elaborado e aprovado em ato próprio após sua efetiva implantação, ouvidas as entidades convenientes.

DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

CLÁUSULA TERCEIRA

A Comissão Mista de Especialidades – CME definirá os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas sociais.

CLÁUSULA QUARTA

As especialidades e áreas de atuação médica reconhecidas pelas entidades convenientes terão denominação uniforme e serão obtidas por órgãos formadores acreditados na forma deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA QUINTA

São órgãos formadores acreditados:

- a) as residências médicas credenciadas e com funcionamento autorizado pela CNRM;
- b) as Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, com programas de ensino por ela aprovados.

CLÁUSULA SEXTA

Somente médicos com tempo mínimo de dois anos de formado e registro definitivo no CRM poderão submeter-se ao concurso para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela AMB.

CLÁUSULA SÉTIMA

A concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela CNRM dar-se-á em observância ao Art. 6º da Lei 6.932/81, que regulamenta a residência médica.

CLÁUSULA OITAVA

Os títulos de especialistas e os certificados de área de atuação obtidos através da AMB deverão subordinar-se aos seguintes critérios:

- a) Concurso realizado na Sociedade de Especialidade, desde que seja ela filiada à AMB e atenda aos requisitos aprovados pela Comissão Mista de especialidades – CME;
- b) O Concurso referido deverá constar de, no mínimo, currículo e prova escrita e, se necessário, oral e/ou prática.

CLÁUSULA NONA

Os critérios determinados pelas Sociedades de Especialidades para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação deverão ser conhecidos e aprovados previamente pela Associação Médica Brasileira – AMB para que produzam os resultados deste convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA

As Sociedades de Especialidades deverão promover concursos anuais para concessão de título de especialista e certificado de área de atuação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

Não será exigida do médico a condição de sócio da AMB, da Sociedade de Especialidade ou de qualquer outra, para a obtenção e registro de título de especialista ou certificado de área de atuação.

DA VIGÊNCIA

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

Este convênio vigorará por prazo indeterminado, fluindo a partir da assinatura das partes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

O convênio poderá ser alterado no todo ou em parte através de termos aditivos e de comum acordo entre as partes.

DA RESCISÃO

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

Este CONVÊNIO poderá ser rescindido:

- a) Por livre manifestações das partes convenientes, com antecedência mínima de 01 (um) ano, ou
- b) Por inadimplência das obrigações do Convênio por qualquer um dos convenientes, no todo ou em parte.

DO FORO

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

Fica eleito o foro da Justiça Federal de Brasília-DF para dirimir as controvérsias deste CONVÊNIO.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

Na data da assinatura deste CONVÊNIO, as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação reconhecidas pelos convenientes são as constantes no anexo II deste documento.

Brasília, 11 de abril de 2002

Conselho Federal de Medicina

Associação Médica Brasileira

Comissão Nacional de Residência Médica

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A CNRM E A AMB

A N E X O II RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO

1 - ACUPUNTURA	
Área de Atuação	Sem área de atuação
2 - ALERGIA E IMUNOLOGIA	
Área de Atuação	Alergia e Imunologia Pediátrica
3 - ANESTESIOLOGIA	
Área de Atuação	Dor
4 - ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	
Área de Atuação	Sem área de atuação
5 - CANCEROLOGIA	
Área de Atuação	Cirurgia Oncológica Oncologia Pediátrica Oncologia Clínica
6 - CARDIOLOGIA	
Área de Atuação	Cardiologia Pediátrica Ecocardiografia Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
7 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR	
Área de Atuação	Sem área de atuação
8 - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	
Área de Atuação	Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
9 - CIRURGIA GERAL	
Área de Atuação	Cirurgia do Trauma Cirurgia Oncológica Cirurgia Videolaparoscópica
10 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	
Área de Atuação	Cirurgia Videolaparoscópica Endoscopia Digestiva
11 - CIRURGIA PEDIÁTRICA	
Área de Atuação	Sem área de atuação
12 - CIRURGIA PLÁSTICA	
Área de Atuação	Cirurgia Buco-Maxilo-Facial Cirurgia da Mão Tratamento de Queimados
13 - CIRURGIA TORÁCICA	
Área de Atuação	Endoscopia Respiratória
14 - CLÍNICA MÉDICA	
Área de Atuação	Sem área de atuação
15 - COLOPROCTOLOGIA	
Área de Atuação	Cirurgia Videolaparoscópica Colonoscopia

16 - DERMATOLOGIA

Área de Atuação

Cirurgia Dermatológica
Cosmiatria
Hanseníase**17 - ENDOCRINOLOGIA**

Área de Atuação

Endocrinologia Pediátrica

18 - GASTROENTEROLOGIA

Área de Atuação

Endoscopia Digestiva
Gastroenterologia Pediátrica
Hepatologia**19 - GENÉTICA MÉDICA**

Área de Atuação

Sem área de atuação

20 - GERIATRIA

Área de Atuação

Sem área de atuação

21 - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Área de Atuação

Medicina Fetal
Reprodução Humana
Sexologia
Ultra-sonografia em ginecologia e obstetria**22 - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**

Área de Atuação

Sem área de atuação

23 - HOMEOPATIA

Área de Atuação

Sem área de atuação

24 - INFECTOLOGIA

Área de Atuação

Infectologia Hospitalar
Infectologia Pediátrica**25 - MASTOLOGIA**

Área de Atuação

Sem área de atuação

26 - MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Área de Atuação

Sem área de atuação

27 - MEDICINA DO TRABALHO

Área de Atuação

Sem área de atuação

28 - MEDICINA DO TRÁFEGO

Área de Atuação

Sem área de atuação

29 - MEDICINA ESPORTIVA

Área de Atuação

Sem área de atuação

30 - MEDICINA INTENSIVA

Área de atuação

Medicina Intensiva Neonatal
Medicina Intensiva Pediátrica**31 - MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO**

Área de Atuação

Neurofisiologia Clínica

32 - MEDICINA LEGAL

Área de Atuação

Sem área de atuação

33 - MEDICINA NUCLEAR

Área de Atuação

Sem área de atuação

34 - MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Área de Atuação Administração em Saúde
Administração Hospitalar
Epidemiologia
Medicina Sanitária

35 - NEFROLOGIA

Área de Atuação Nefrologia Pediátrica

36 - NEUROCIRURGIA

Área de Atuação Cirurgia de coluna

37 - NEUROLOGIA

Área de Atuação Dor
Neurofisiologia Clínica
Neurologia Pediátrica

38 - NUTROLOGIA

Área de Atuação Nutrição Parenteral e Enteral
Nutrologia Pediátrica

39 - OFTALMOLOGIA

Área de Atuação Sem área de atuação

40 - ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Área de Atuação Cirurgia da Coluna
Cirurgia da Mão
Cirurgia do Joelho
Cirurgia do Ombro
Cirurgia do Pé
Cirurgia do Quadril
Ortopedia Pediátrica

41 - OTORRINOLARINGOLOGIA

Área de Atuação Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Endoscopia respiratória
Foniatría

42 - PATOLOGIA

Área de Atuação Citopatologia
Histopatologia

43 - PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL

Área de Atuação Sem área de atuação

44 - PEDIATRIA

Área de Atuação Alergia e Imunologia Pediátrica
Cardiologia Pediátrica
Endocrinologia Pediátrica
Gastroenterologia Pediátrica
Hematologia e Hemoterapia Pediátrica
Infectologia Pediátrica
Medicina do Adolescente
Medicina Intensiva Neonatal
Medicina Intensiva Pediátrica

	Nefrologia Pediátrica
	Neonatologia
	Neurologia Pediátrica
	Nutrologia Pediátrica
	Oncologia Pediátrica
	Pediatria Preventiva e Social
	Pneumologia Pediátrica
	Reumatologia Pediátrica
45 - PNEUMOLOGIA	
Área de Atuação	Endoscopia Respiratória
	Pneumologia Pediátrica
46 - PSIQUIATRIA	
Área de Atuação	Psicogeriatría
	Psicoterapia
	Psiquiatria da Infância e da Adolescência
	Psiquiatria Forense
47 - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
Área de Atuação	Densitometria Óssea
	Neurorradiologia
	Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia
	Ressonância Magnética
	Ultra-sonografia
48 - RADIOTERAPIA	
Área de Atuação	Sem área de atuação
49 - REUMATOLOGIA	
Área de Atuação	Reumatologia Pediátrica
50 - UROLOGIA	
Área de Atuação	Andrologia
	Sexologia

OBS: Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.

CIRURGIA DE TRANSGENITALISMO

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n.º 1.482/97.

Palavras-chaves: transgenitalismo, cirurgia, consentimento, definição.

TRANSEXUAL SURGERY

Key words: transgenitalism, surgery, consent, definition

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

CONSIDERANDO a competência normativa conferida pelo artigo 2º da Resolução CFM n.º 1.246/88, combinado ao artigo 2º da Lei n.º 3.268/57, que tratam, respectivamente, da expedição de resoluções que complementem o Código de Ética Médica e do zelo pertinente à fiscalização e disciplina do ato médico;

CONSIDERANDO ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou auto-extermínio;

CONSIDERANDO que a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários não constitui crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal, visto que tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico;

CONSIDERANDO a viabilidade técnica para as cirurgias de neocolpovulvoplastia e ou neofaloplastia;

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 199 da Constituição Federal, parágrafo quarto, que trata da remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como o fato de que a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de pacientes com transexualismo;

CONSIDERANDO que o artigo 42 do Código de Ética Médica veda os procedimentos médicos proibidos em lei, e não há lei que defina a transformação terapêutica da genitália in anima nobili como crime;

CONSIDERANDO que o espírito de licitude ética pretendido visa fomentar o aperfeiçoamento de novas técnicas, bem como estimular a pesquisa cirúrgica de transformação da genitália e aprimorar os critérios de seleção;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução CNS n.º 196/96;

CONSIDERANDO o estágio atual dos procedimentos de seleção e tratamento dos casos de transexualismo, com evolução decorrente dos critérios estabelecidos na Resolução CFM n.º 1.482/97 e do trabalho das instituições ali previstas;

CONSIDERANDO o bom resultado cirúrgico, tanto do ponto de vista estético como funcional, das neocolpovulvoplastias nos casos com indicação precisa de transformação o fenótipo masculino para feminino;

CONSIDERANDO as dificuldades técnicas ainda presentes para a obtenção de bom resultado tanto no aspecto estético como funcional das neofaloplastias, mesmo nos casos com boa indicação de transformação do fenótipo feminino para masculino;

CONSIDERANDO que o diagnóstico, a indicação, as terapêuticas prévias, as cirurgias e o prolongado acompanhamento pós-operatório são atos médicos em sua essência;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º Autorizar a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Art. 2º Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Art. 3º Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

- 1) Desconforto com o sexo anatômico natural;
- 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- 4) Ausência de outros transtornos mentais.

Art. 4º Que a seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios abaixo definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:

- 1) Diagnóstico médico de transgenitalismo;
- 2) Maior de 21 (vinte e um) anos;
- 3) Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.

Art. 5º Que as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino só poderão ser praticadas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa.

Art. 6º Que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderão ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa.

Parágrafo 1º - O Corpo Clínico destes hospitais, registrado no Conselho Regional de Medicina, deve ter em sua constituição os profissionais previstos na equipe citada no artigo 4º, aos quais caberá o diagnóstico e a indicação terapêutica.

Parágrafo 2º - As equipes devem ser previstas no regimento interno dos hospitais, inclusive contando com chefe, obedecendo os critérios regimentais para a ocupação do cargo.

Parágrafo 3º - A qualquer ocasião, a falta de um dos membros da equipe ensejará a paralisação de permissão para a execução dos tratamentos.

Parágrafo 4º - Os hospitais deverão ter Comissão Ética constituída e funcionando dentro do previsto na legislação pertinente.

Art. 7º Deve ser praticado o consentimento livre e esclarecido.

Art. 8º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CFM n.º 1.482/97.

Brasília-DF, 6 de novembro de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM N.º 1652/2002
Publicada no D.O.U. de 02/12/02

ATESTADO MÉDICO

Rubens dos Santos Silva*

EMENTA - O médico do Trabalho deve avaliar o estado de saúde do trabalhador mediante exame direto. A alteração da recomendação contida em atestado emitido por outro médico impõe-lhe a responsabilidade sobre o examinado. Atestados médicos sem a identificação do emitente não devem ser acatados. Ao médico responsável pela definição de capacidade laboral cabe firmar diagnóstico.

Palavras-chaves: atestado médico, C.I.D, autorização, conteúdo.

HEALTH CERTIFICATE

Key words: health certificate, authorization, content

A consulta, oriunda do Tribunal Regional da 4ª Região através do ofício n.º 61/01, assinado pelo dr. E. B., solicita esclarecimentos pontuais deste CFM nos seguintes termos:

“1- Eu devo aceitar atestados sem CID de outros colegas, sem tomar conhecimento da patologia do paciente (no meu entender, devo ter ciência pois sou responsável pela saúde dos servidores)?

2- Sei que não posso exigir o CID, somente se o paciente expressar sua vontade em emitir o código ao seu médico. No caso de não ter CID ou diagnóstico no atestado, posso solicitar que o servidor compareça a uma consulta, para verificar a sua situação de saúde, para que eu tenha ciência da patologia e suas implicações para a recuperação do paciente, inclusive em função do seu trabalho?

3- No caso de não concordar com um atestado de colega (quanto ao prazo do atestado, por exemplo, se entender que é exagerado), posso alterá-lo? Qual o amparo legal neste caso?

4- Vejo muitos atestados sem carimbo. Com a técnica de hoje creio ser fácil forjar elementos, como papel timbrado de colegas. Há alguma resolução em que eu possa me basear para solicitar a correta identificação do colega, com carimbo onde conste n.º de inscrição no CRM e CPF?

5- No caso de um paciente que tenha um problema de saúde, por ex. imobilização em um membro superior, posso não homologar atestado de colega que

* Conselheiro Relator Federal

sugere afastamento completo do trabalho, mas recomendar uma atividade diferenciada que preserve a sua terapêutica, mas sem necessariamente afastá-lo do seu ambiente laboral?

O Conselho Federal de Medicina já se posicionou sobre todas as questões acima referidas, tratando-as com resoluções e pareceres ainda em vigor, como expomos a seguir.

A primeira pergunta encontra-se esclarecida, de forma clara, no artigo 2º (caput e incisos) da Resolução CFM n.º 1.488/98.

“Art. 2º - Para o estabelecimento do nexo 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 nexo 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 da saúde.”

A segunda questão não precisaria de textos aprovados ou recomendados pelo CFM para que o médico pudesse atuar eticamente, pois a conclusão sobre o estado clínico de paciente somente pode ser declarada pelo médico após exame direto da pessoa interessada.

No entanto, visando reforçar o entendimento doutrinário basilar do que seja um atendimento médico, em cuja abrangência encontra-se a Medicina do Trabalho, é preciso ressaltar que qualquer decisão médica sobre o estado clínico de paciente somente poderá ser firmada a partir do exame direto da pessoa objeto do interesse da decisão; não se pode definir sobre a saúde ou a doença de alguém sem examiná-lo; o médico do Trabalho não é um funcionário burocrata que se restringe a colher papéis e dar-lhes encaminhamento, não pode cingir-se a concordar ou discordar do atestado médico emitido por colega, pois sua decisão somente terá valor ético se examinar o paciente - orientação claramente explícita no artigo 2º (caput) da Resolução CFM n.º 1.488/98.

Quanto à terceira pergunta, o médico do Trabalho, de posse de atestado médico emitido por colega, deve examinar o paciente, avaliar o seu estado clínico e sua capacidade laborativa para só então decidir sobre o afastamento e o seu período de tempo, independentemente do contido no atestado referido; o médico do Trabalho tem competência e poder de divergir do colega, estabelecendo sua própria opinião clínica, mas isto só pode ser feito após o exame direto do paciente.

No item 4 da consulta, o consulente refere-se à ausência de identificação do médico que emitiu o atestado; o médico tem o dever de se identificar em todos os atos médicos que praticar e qualquer documento médico, como no caso de atestado, somente terá valor legal e ético com a correta identificação do emitente; na ausência da identificação, tal documento não deveria ser aceito, e o médico destinatário deve orientar o paciente interessado para que exija do médico anterior a correta identificação no atestado, de forma clara, seja mediante carimbo ou por aposição do seu nome, legível, acompanhado do número de inscrição no CRM, e que deve ser comunicado caso haja recusa à solicitação.

Finalmente, o consulente indaga se pode discordar com o afastamento completo do trabalho indicado pelo colega que emitiu o atestado e decidir pela manutenção da terapêutica instituída, mantendo o empregado trabalhando em outra atividade que não acarrete prejuízos ao tratamento.

Entendo que sim, o médico do Trabalho tem esse poder, mas deve lembrar-se de que assim agindo assumirá a responsabilidade sobre a recuperação do paciente.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 05 de junho de 2002.

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 6310/2001
Parecer CFM N.º 49/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/09/2002

DIREÇÃO TÉCNICA CONSTANTE

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA - A responsabilidade de diretores técnicos implica atuação efetiva no sentido de garantir e fiscalizar o desempenho ético da Medicina, o que só pode ser conseguido pela presença constante, o que a acumulação com outra função em localidade distante impede.

Palavras-chaves: diretor técnico, presença do médico

CONSTANT MEDICAL SURVEILANCE

Key words: medical director, medical presence

HISTÓRICO

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins informa que o médico E.N.M.S. consta como responsável técnico de um hospital público de Gurupi-To. Entretanto, o referido médico exerce o cargo de secretário estadual de Saúde do Estado do Tocantins, cuja sede situa-se em Palmas, a mais de 240km da cidade de Gurupi. Pergunta se é viável o médico responsabilizar-se tecnicamente por unidade de saúde distante mais de 240km do local onde efetivamente trabalha.

O artigo 28 do Decreto n.º 20.931, de 11/1/32, estabelece que nenhum estabelecimento hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da Medicina, nos termos do regulamento sanitário federal.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, editou a Resolução CFM n.º 1.342/91 que em seu artigo 1º determina que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo de apuração penal ou civil.

Por sua vez, o artigo 2º da mesma resolução estabelece:

* Conselheiro Relator Federal

São atribuições do diretor técnico:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.
- c) Assegurar o pleno e autônomo desempenho das Comissões de Ética Médica.

A Resolução CFM n.º 1.352/92 estabelece em seu artigo 1º que ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Como se vê, a Resolução CFM n.º 1.342/91 estabelece as atribuições do diretor técnico, implicando em uma atuação efetiva que só pode ocorrer com sua constante presença, o que fica impedida pelo exercício de cargo ou função em outra localidade, distante.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília, 02 de dezembro de 2001.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 7380/2001
Parecer CFM N.º 16/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/01/2002

DIREITO DE MORRER QUANDO A MORTE É A ÚNICA SOLUÇÃO

René Ariel Dotti*

Um dos fatos de repercussão internacional do último fim de semana veio da Inglaterra. Uma mulher tetraplégica teve reconhecimento o seu direito de morrer em paz e com dignidade (*peacefully and with dignity*), como declarou a sentença da juíza Elizabeth Butler-Sloss. O caso é histórico no Reino Unido porque reconhece a efetiva vontade do paciente.

A trabalhadora social de 43 anos (a identidade foi mantida em sigilo) ficou paralisada do pescoço para baixo em consequência da ruptura de um vaso sangüíneo, um ano atrás, e não consegue respirar sem a ajuda de aparelhos. Ela pode agora assinar a própria sentença de morte determinando a interrupção do funcionamento da máquina que a mantém viva. A decisão da Corte britânica, que chegou ao seu conhecimento através de uma conexão de vídeo no quarto do hospital, atendeu um crescente clamor de muitos pacientes que consideram legítima a vontade de morrer quando a vida não é mais tolerável.

Os médicos que atendiam a "Sra. B" afirmaram que a paralisação dos equipamentos de manutenção é uma ação contrária ao código de ética. Por outro lado, a diretora da Sociedade de Eutanásia, Deborah Annetts, considerou o julgamento como a vitória do bom senso, enquanto os oponentes da *morte piedosa* viram nesse precedente algo muito perigoso. A decisão foi também aprovada pela Associação Médica Inglesa, cujo presidente da Comissão de Ética, Dr. Michael Wilks, declarou: "Cada adulto no uso de suas faculdades mentais, tem o direito de recusar tratamento médico, mesmo quando isso possa conduzi-lo à morte."

Em contraste a essas manifestações de apoio surge uma racional objeção diante da possibilidade de avanços tecnológicos que possam modificar o prognóstico negativo de pacientes como o ator Christopher Reeve, que ficou paraplético num acidente ao cair de um cavalo. Ele acredita que alguma nova tecnologia melhore o seu estado. O *Superman* da ficção procura agarrar-se na esperança de que algo vai acontecer em termos de tratamento e cura.

Segundo a Juíza Butler-Sloss, a "Sra. B" pode agora ter acesso a drogas que eliminem as dores e aos cuidados paliativos que possam reduzir o seu sofrimento, permitindo que a sua vida termine em paz e com dignidade. O hospital onde ela está internada declarou que não vai recorrer da sentença.

Foi a primeira vez na jurisprudência inglesa que alguém, considerado como apto em suas faculdades mentais, pediu aos médicos para desligar a máquina que mantém a sua vida. Em outras situações, os doutores consultavam a Corte a respeito das sanções para o desligamento dos aparelhos em relação a pacientes que são mantidos em estado vegetativo. No case da "Sra. B", a sentença concluiu que a

paciente tem capacidade mental necessária para decidir pelo desligamento dos equipamentos.

O caso começou como um grande drama neste mês quando a Corte se reuniu no leito hospitalar da paciente para ouvi-la pedir: "Eu quero poder morrer". (*I want to be able to die*).

Em sua sentença, a magistrada Butler-Sloss declarou: "Ela é uma pessoa maravilhosa e é trágico que alguém com sua capacidade tenha sido atingida tão cruelmente. Eu espero que ela me perdoe por afirmar, discretamente, que se ela reconsiderar sua decisão ainda terá muito a oferecer para a comunidade."

No sistema legal brasileiro não existe uma regra específica para regular o procedimento da chamada *ortotanásia*, isto é, o desligamento de aparelhos ou a interrupção de tratamento, por médicos, de pacientes com morte iminente e inevitável. Mas um anteprojeto de reforma do Código Penal, prevê no art. 121 (que trata do homicídio), um parágrafo com a seguinte norma: "§ 4º Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão."

Transcrito da Gazeta do Povo

TJ-GO

Aborto natural não encerra polêmica sobre feto sem cérebro Justiça nega pedido de mãe que sabia que o filho não poderia viver

Embora a comerciária R.S.N. tenha abortado naturalmente, com os médicos suspeitando que o feto já estivesse morto há dias, a polêmica em torno do caso continua, com as teses do Ministério Público e da defesa sendo contrária à da Justiça. Na mais recente decisão, o Tribunal de Justiça confirmou o despacho do juiz substituto José Machado de Castro Neto, negando autorização para a interrupção da gravidez pedida pela gestante R.S.N., que estava grávida de sete meses de um feto portador de anomalia congênita gravíssima, em decorrência da qual não viveria mais do que alguns minutos após o nascimento.

Ao negar a liminar, o desembargador Vítor Barboza Lenza sustentou que não estavam presentes, no pedido, os requisitos para a concessão da medida. No primeiro grau, a juíza Juraci Costa, da 2ª Vara Criminal, para quem o feito havia sido distribuído inicialmente, deu-se por suspeita para o julgamento da questão, por razões de foro íntimo, tendo assim o feito sido distribuído para a 14ª Vara Criminal, pela qual responde o juiz José Machado.

Rejeitando parecer favorável do Ministério Público, o magistrado ponderou que o artigo 128 do Código Penal admite duas hipóteses legais para a prática do aborto: "se não há outro meio de salvar a vida da gestante" e "se a gravidez resulta

de estupro...". Considerando que a requerente invocou a primeira situação, alegando risco de vida e comprometimento de sua saúde, observou a inexistência de provas dessa afirmação, já que o exame anexado aos autos não faz referência ao seu estado de saúde, apenas conclui que não foi encontrada "abóbada craniana" no feto, mostrando-se, ademais, inconcluso quanto a esse aspecto. Segundo seu entendimento, o fundamento do pedido é a anomalia do feto, que o levará à morte após o nascimento, tratando-se aí de aborto eugênico para o qual não existe autorização da lei, uma vez que a legislação cuidada de assegurar os direitos do nascituro.

Também ressaltou que a Justiça só pode autorizar o aborto nos casos previstos em lei sob pena de prejuízos para a sociedade, que mais tarde poderá bater às suas portas para exigir autorização em outras situações. "A morte é consequência inarredável de quem nasce e, portanto, não pode ser invocada como motivo para justificar o aborto, cuja prática é tida, em regra, como crime", destacou, advertindo para o perigo de vida que ocorrerá a requerente se provocado o aborto, haja vista estar no sexto mês de gravidez.

Transcrito da Gazeta do Povo - 26/05/01

Pacientes terminais terão o direito de decidir sobre a vida **Lei da eutanásia entra em vigor na Holanda** **País é o primeiro do mundo a implantar legislação**

Amsterdã, Holanda (Das Agências Internacionais) - A Holanda se tornou o primeiro país do mundo onde a eutanásia é legal. A legislação que passou a vigorar na terça-feira dá aos pacientes terminais o direito de decidir se querem continuar vivendo ou não. Médicos não serão mais processados judicialmente por provocar "mortes por caridade", desde que respeitados os procedimentos devidos.

Comitês regionais compostos por médicos e advogados vão examinar cada pedido de eutanásia. Uma segunda avaliação médica será necessária, e a situação do paciente precisará ser insuportável. O promotor público interferirá somente quando houver alguma dúvida sobre um específico caso.

A lei foi aprovada pelo Parlamento holandês em abril do ano passado. A eutanásia tem sido tolerada por décadas na Holanda. Entretanto, em dezembro passado, um médico foi considerado culpado por ter ajudado na morte de um ex-senador, de 86 anos, que se dizia: "cansado de viver". O caso estimulou no país o debate sobre o direito que uma pessoa tem de decidir sobre sua própria morte, mesmo quando não é vítima de uma doença terminal.

Muitos argumentam que os procedimentos fixados para a eutanásia legal deveriam ser mais flexíveis, pois limitam os casos em que as pessoas podem optar por uma morte humana. A discussão agora é se uma pessoa idosa tem o direito de decidir sobre o momento de não mais viver e, neste caso, de tomar uma pílula que leve à morte.

Transcrito da Gazeta do Povo - 03/01/02

**Corte britânica permite eutanásia,
contrariando decisão dos médicos**
Tetraplégica consegue autorização para morrer
**Justiça permite o desligamento do pulmão artificial
que mantém paciente viva**

Londres (AFP) - Uma inglesa que está totalmente paralisada conseguiu autorização judicial ontem para a eutanásia, veredicto inédito na Grã-Bretanha, apesar de seus médicos serem contra a decisão. A mulher, que tem 43 anos e não teve sua identidade revelada, está tetraplégica, mas conserva suas faculdades mentais.

A Justiça autorizou o desligamento do pulmão artificial que a mantém viva desde que sofreu a ruptura de uma via no pescoço, há um ano. Três dias de audiências foram dedicados a seu recurso no início de março.

A paciente B. conversou com o juiz de sua cama no hospital, graças a um sistema de vídeo conectado ao tribunal. Trata-se de um caso sem precedentes, já que B. se encontra em estado de saúde estacionário. Os casos anteriores de eutanásia na Grã-Bretanha eram de pessoas cuja saúde piorava claramente, indicando a morte próxima.

A situação de B. não é a mesma de Diane Pretty, por exemplo, que possui uma doença incurável e degenerativa. Diane apresentou recentemente um pedido de autorização da eutanásia à Justiça britânica, que foi recusado, e agora recorreu ao Tribunal europeu de Direitos Humanos para que permita a seu marido ajudá-la a morrer. Deve obter uma resposta nas próximas semanas. O caso ilustra o direito dos pacientes a recusar tratamento contra a opinião dos médicos que o atendem.

Os médicos que se ocupam da paciente B. alegam que é contrário a sua ética pôr fim à vida de uma pessoa que não está condenada por seu estado de saúde a uma morte inevitável. "A decisão do tribunal vai permitir terminar sua vida em paz e com dignidade", declarou a juíza Elizabeth Butler-Sloss, presidente da Câmara do Alto Tribunal, que julgou o caso e enfatizou o direito da paciente a recusar tratamento.

A juíza considerou que "a lei sobre a aceitação do tratamento é muito clara e este foi um processo longo, desnecessário e pessoalmente penoso". Acrescentou que tentou se colocar no lugar de uma pessoa nessa situação de paralisia, para quem a vida nestas condições pode ser pior que a morte. No primeiro dia do processo no hospital, declarou-se "impressionada por sua personalidade, por sua grande coragem, por sua força de vontade, sua determinação, seu sentido de humor, sua compreensão do dilema em que seu caso colocou o hospital". "É uma pessoa maravilhosa e é trágico que alguém com tais capacidades tenha sido tão cruelmente destruída. Espero que me perdoe por dizer que, caso modifique sua decisão, pode trazer muito para comunidade como exemplo", acrescentou a juíza.

Transcrito da Gazeta do Povo - 27/03/02

Polêmica: Maioria dos britânicos aprova o direito de optar pela morte

Morte de ativista dá força à campanha pela eutanásia

A britânica Diane Pretty ganhou fama, em abrir, ao pedir para morrer

Londres (Das agências internacionais) - A morte da britânica Diane Pretty, que ficou famosa em abril por sua luta judicial pelo "direito de morrer", deve fazer dela uma mártir da campanha pela eutanásia.

Ela sofria de uma doença neurológica degenerativa que nos últimos meses a deixou tetraplégica, sem controle sobre as funções corporais e incapaz de falar. Pretty inspirou solidariedade e pena ao pedir à Justiça que seu marido não fosse acusado de homicídio caso provocasse a sua morte.

Mas no fim do mês passado o tribunal mais importante da Europa rejeitou definitivamente seu pedido. Duas semanas depois, no sábado, ela sofreu o fim doloroso que temia. Pretty havia entrado em coma na semana passada, com dificuldades respiratórias. Tinha 43 anos e deixa dois filhos.

O marido, Brian, que apóia a eutanásia, disse que Diane está "finalmente livre". Seus comentários, divulgados no domingo pela Sociedade da Eutanásia Voluntária, têm um tom irado: "Diane passou por algo que havia previsto e temia, sem que eu pudesse fazer nada", disse. A entidade diz ter uma pesquisa mostrando apoio de 85% dos britânicos ao direito à eutanásia.

A Holanda é o único país da Europa que autoriza a morte de doentes terminais com o fim de aliviar seu sofrimento. Bélgica, França e alguns países da Escandinávia estão discutindo mudanças legais nesse sentido. Na Inglaterra, a eutanásia é considerada assistência ao suicídio, um crime punido com até 14 anos de prisão.

Jennifer Murray, do Grupo Antieutanásia do Reino Unido, admite que o caso de Pretty gerou comoção. "Mas ainda consideramos perigoso dar a alguém permissão para matar outra pessoa", afirmou.

A TV BBC exibiu ontem à noite um documentário sobre o sofrimento de Pretty. Ao saber da morte dela, a emissora cogitou cancelar o programa, mas o viúvo pediu que a transmissão fosse mantida "para mostrar a vida que Diane teve de suportar".

Transcrito da Gazeta do Povo - 14/05/02.

PRÁTICA DA EUTANÁSIA É LEGALIZADA NA BÉLGICA

Lei, que tem 16 artigos, não indica a técnica a ser usada pelos médicos

Bruxelas (AE-ANSA) - A Bélgica se tornou a partir de ontem o segundo país do mundo, depois da Holanda, a legalizar a eutanásia. Com isto, os médicos passam a ter permissão para praticar, sem serem processados, a morte suave (ou

morte assistida) em pacientes cujos sofrimentos físicos ou psíquicos sejam constantes e insuportáveis.

A nova lei sobre a eutanásia, estruturada em 16 artigos, determina que o médico deve assegurar-se de que o paciente seja maior de idade - o que na Bélgica ocorre aos 18 anos - e que esteja em condições de entender e decidir. O pedido de autorização para a eutanásia deve ser apresentado por escrito e ser voluntário, refletido e reiterado, e não fruto de pressões externas.

Alternativa

Caberá ao médico verificar se a enfermidade está mesmo provocando sofrimento constante e insuportável. O médico também deverá informar o paciente sobre as possibilidades de tratamentos paliativos. A lei ainda especifica que é necessária a opinião de outro médico independente para avaliar a gravidade da patologia. No caso de a enfermidade não apresentar perspectivas de morte iminente, um terceiro especialista, deverá ser ouvido.

A lei, que tem validade de cinco anos, não indica a técnica com a qual o médico pode intencionalmente por fim à vida de uma pessoa.

Transcrito da Gazeta do Povo - 24/09/02

AUSTRÁLIA

Lançada "máquina da morte"

O médico Philip Nitschke, principal defensor da eutanásia na Austrália, embarca hoje para os EUA, onde vai apresentar um novo equipamento para ajudar pacientes terminais a morrer. A máquina, que leva a uma morte rápida, por inalação de monóxido de carbono puro, será exibida em uma conferência sobre eutanásia organizada pela Hemlock Society USA em San Diego, Califórnia.

Transcrito da Gazeta do Povo - 08/01/03

HOLANDA

Enfermeira pega prisão perpétua

Uma enfermeira holandesa foi condenada ontem à prisão perpétua por quatro assassinatos e três tentativas de assassinato. Lucy de Berk, que se declarou inocente, foi acusada de dar a cinco crianças e oito idosos sob seus cuidados doses letais de drogas. O caso provocou controvérsia na Holanda - o primeiro país no mundo a legalizar a eutanásia -, por temores de que equipes médicas escapassem de condenação por assassinato. A história da enfermeira veio à tona em setembro de 2001, quando se suspeitou da morte de uma criança sob seus cuidados.

Transcrito da Gazeta do Povo - 25/03/03

NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS A VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Doenças que, na suspeita, devem ser notificadas imediatamente por telefone

- Acidente por contato com Lonômia
- Cólera
- Coqueluche
- Dengue
- Difteria
- Febre Amarela
- Hantavirose
- Malária
- Meningites
- Peste Bubônica
- Poliomielite/
Paralisias
Flácidas Agudas
- Raiva Humana
- Rubéola
- Sarampo
- Tétano Neonatal
- Doenças anteriormente não detectadas
- Botulismo
- Carbunculo ou Antraz
- Varíola
- Tularemia
- Febre Maculosa

Doenças que devem ser notificadas imediatamente por telefone na ocorrência de surtos e epidemias

- Estreptococcias
- Gastroenterites e Diarréias Infecciosas
- Infecção Hospitalar
- Influenza (Gripe)
- Tracoma
- Outras Doenças

Se você se deparar com qualquer uma dessas doenças, avise o Serviço de Vigilância Epidemiológica do seu município.

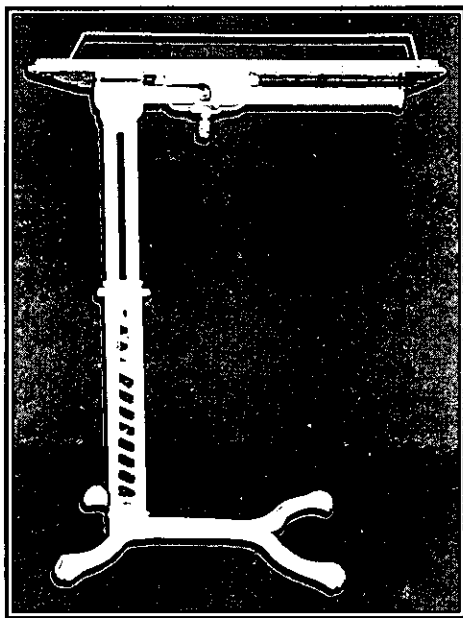
Ministério da Saúde
Serviço de
Vigilância Sanitária
Fone 222-8114
Centro de Informações
Toxicológicas
0800 41-0148 ou
0xx41 363-7820

Doenças que devem ser notificadas semanalmente por telefone ou por escrito

- Acidente por Animais
Peçonhentos-
Loxosceles
- Acidentes
Toxicológicos
- Cisticercose/
Neurocisticercose
- Doença de Chagas
(casos agudos)
- Esquistossomose
- Febre Reumática
- Febre Tifóide
- Hanseníase
- Hepatite Viral B - C
- Leishmaniose
Tegumentar
- Leishmaniose
Visceral
- Leptospirose
- Sífilis Congênita
- Síndrome de
Imunodeficiência
Adquirida (AIDS)
- Síndrome da Rubéola
Congênita
- Teníase
- Tétano Acidental
- Tuberculose

CUIDADO: VOCÊ PODE SER A PRÓXIMA VÍTIMA

Ehrenfried O. Wittig *



MESA OU SUPORTE ALIMENTAR DE CAMA

Esta bela peça feita com base reforçada em ferro fundido servia de suporte ou mesa para alimentação do paciente na cama.

Foi usado por muitos anos na Casa de Saúde São Francisco, o mais antigo hospital particular do Paraná, inaugurado em 1908 e encerrado em 2000.

Doação: Casa de Saúde São Francisco

Palavras-chave - mesa de refeição de cama
Key-words - portable breakfast bed

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 342-1415
Visite nosso site www.amp.org.br

1 - DEPTO. DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (DEFEP)

- Cons. Carlos Ehlke Braga Filho (Presidente)
Cons. Antonio Carlos de Andrade Soares
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons^a. Célia Inês Burgardt
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. José Luís de Oliveira Camargo
Cons. Kemel Jorge Chammas
Cons. Marco Flávio Gomes Montenegro
Cons. Sylvio José Borela

2 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

- Cons. Hércio Bertolozzi Soares
Cons. Niazzy Ramos Filho
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

3 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

- Cons^a. Mônica de Biasi Wright Kastrup
Cons. José Eduardo de Siqueira
Cons^a. Lúcia Helena Coutinho dos Santos
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Cons. Minao Okawa
Cons. Sérgio Maciel Molteni

4 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

- Cons. Daebes Galati Vieira
Cons^a. Célia Inês Burgardt
Cons. Luiz Antonio de Melo Costa

5 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Cons. Roberto Bastos da Serra Freire (Presidente)
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons^a. Mariângela Batista Galvão Simão
Func^a. Maria Arminda de Souza
Func. Martin Afonso de Palma

6 - COMISSÃO DE SEDE

- Cons. Wadir Rúpollo (Presidente)
Cons. Cícero Lotário Tironi
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Kemel Jorge Chammas
Membro nato do CRMPPR: Luiz Carlos Sobania

7 - CORREGEDORIA DO CRMPPR

- Cons^a. Raquele Rotta Burkiewicz

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

- Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)
Dr. Edgard Luiz Westphalen (1º Secretário)
Dr. Ludovico Pieri Neto (2º Secretário)
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Laércio Uemura
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior
Dr. Adelmo Ferreira (Suplente)
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

- Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)
Dr^a. Maria Teresa de M. C. Coimbra (1ª Secretária)
Dr. Mário Massaru Miyazato (2º Secretário)
Dr. Minao Okawa
Dr. Mário Lins Peixoto
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi (Suplente)
Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Suplente)
Dr. Roberto Tanus Pazello (Licenciado)

DELEGACIA REGIONAL DE PORTO UNIÃO

- Dr. Ayrton Rodrigues Martins (Delegado Reg. do CREMESC)
DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA
Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
Dr. Adail Rother Junior (Suplente)
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

- Dr. Dairton Luiz Legnani (Presidente)
Dr. Moacir Ciulla Porciúncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Manual da Conceição Gameiro (Suplente)
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

- Dr. Keith de Jesus Fontes (Presidente)
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário)
Dr. Moacir João Borgetti (Colaborador)
Dr. Nelson Ossamu Osaku (Suplente)
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)
Dr. Milton Elias de Oliveira (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. Rovilson Ravagnani (Suplente)
Dr. Nelson Antônio Baruffati Filho (Suplente)
Dr. Hiidegardis Zacar (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

- Dr^a. Vera Lúcia Dias (Presidente)
Dr. Osmar Edson de Andrade Góes (Licenciado)
Dr^a. Alízar Darwich (Colaboradora)
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)
Dr. Frederico Eduardo W. Vimond (Suplente)
Dr^a. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

- Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (1º Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2º Secretário)
Dr. Antônio Motizuki (Suplente)
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)
Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

- Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)
Dr^a. Marli Cybulski (Secretária)
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)
Dr. Achilles Buss Junior (Licenciado)
Dr^a. Margaret Zych (Licenciada)
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE TOLEDO

- Dr. Eduardo Gomes (Presidente)
Dr. Ivan Garcia (1º Secretário)
Dr. Frederico Patino Cruzatti (Colaborador)
Dr. Wilson Bolton (Suplente)
Dr. José Maria Barreira Neto (Suplente)
Dr. José Carlos Bosso (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

- Dr. Luiz Antônio de Mello Costa (Presidente)
Dr. João Jorge Hellu (1º Secretário)
Dr. Mauro Acácio Garcia (Colaborador)
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Cortes Derenusson (Suplente)
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo (Suplente)