

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

CORREIOS

IMPRESSO ESPECIAL

3600137001 - DR/PR

CRM PR

20 ANOS

IMPRESSO

v. 20 - n. 80 out./dez. - 2003

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2003/2008**

**DIRETORIA
(2003-2005)**

Presidente:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Vice-Presidente:	Cons. Hécio Bertolozzi Soares
1ª. Secretária:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz
2ª. Secretária:	Cons. Mauri José Piazza
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Corregedor:	Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Corregedor-Adjunto:	Cons. Luiz Sallim Emed

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehlke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Edgard Luiz Westphalen (Londrina)
Ewalda Von Rosen S. Stahlke (AMP)
Gerson Zafalon Martins
Hécio Bertolozzi Soares
Kemel Jorge Chammas (Maringá)
Luiz Sallim Emed
Marco Antonio do S. M. R. Bessa
Marília Cristina Milano Campos
Mauri José Piazza
Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrº.
Monica de Biese Wright Kastrup
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Sérgio Maciel Molteni
Sérgio Ossamu Ioshii
Wadir Rúpollo
Wilmar Mendonça Guimarães
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

Alexandre Gustavo Bley
Antonio Techy (Ponta Grossa)
Carlos Edmundo R. Fontes (Maringá)
Carlos Puppi Buseti Mori (Cascavel)
Célia Inês Burgardt
Fernando Meyer
Helio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Joachim Graf
José Luís de O. Camargo (Londrina)
Lucia Helena Coutinho dos Santos
Luiz Antonio de Mello Costa (Umuarama)
Luiz Ernesto Pujol
Marcelo da Silva Kaminski
Marcos Flávio Gomes Montenegro
Mário Stival
Marta Vaz D. de S. Boger (Foz do Iguaçu)
Maurício Marcondes Ribas
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Romeu Bertol
Roseni Teresinha Florêncio
Wanderley Silva

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

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná - CEP 80810-340
Telefone: (41) 240-4000 - Fax: (41) 240-4001

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 20	n. 80	p. 179-245	Out/Dez.	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 Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 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 41 240-4000
Fax 0 xx 41 240-4001

TIRAGEM

15.500 exemplares

CAPA

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

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 3026-9460
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná
e-mail: comercial@serzegrav.com.br

**BIBLIOTECA
CONSELHO REGIONAL
DE MEDICINA
PARANÁ**

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (!) 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.crrmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crrmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

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.80, 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 Médico na Moderna Sociedade do Século XXI Flávia Daniela Pussi	179
O Médico na Moderna Sociedade do Século XXI Sônia Wendt Nabarro	198

PARECERES

Morte Encefálica e as Drogas Depressoras Solimar Pinheiro da Silva	211
Não Deve o Médico Autoprescrever Entorpecentes ou Psicotrópicos Luiz Nódgi Nogueira Filho e Antônio Gonçalves Pinheiro	214
Autonomia do Médico em Decidir Sobre Questões Técnicas e Éticas Dardeg de Souza Aleixo	216
Responsável Técnico Pelo IML Dardeg de Souza Aleixo	223
Autonomia das Juntas de Perícia Médica Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira	225
O Médico Poderá Colocar Sugestões de Outros Exames nos Laudos de Exames Radiológicos e Anátomo- Patológicos Eliane de Souza	227
Laudo de Perícia Médica Para o Saque da Conta Vinculada ao FGTS Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior	231

NOTÍCIAS ÉTICAS NA IMPRENSA

Governador Manda Religar Tubo de Mulher em Coma Gazeta do Povo 22/10/03	197
Senado Aprova Proibição de Aborto Tardio Gazeta do Povo 23/10/03	213
Bebês de Óvulos Doados não Obtém Cidadania Gazeta do Povo 24/10/03	215
Seis em Cada Dez Médicos São Pró-Eutanásia Gazeta do Povo 07/10/03	222
Câmara Canadense Aprova Projeto de Lei Contra a Clonagem Humana Gazeta do Povo 11/03	226
Bloqueada Lei Contra o Aborto Gazeta do Povo 07/11/03	229

HISTÓRIA DA MEDICINA

Almofariz Ehrenfried Othmar Wittig	237
--	-----

ÍNDICE REMISSIVO

Índice Remissivo 2003 Autores e Assuntos	238
--	-----

O MÉDICO NA MODERNA SOCIEDADE DO SÉCULO XXI

Flávia Daniela Pussi*

Palavras-chave: medicina, ética, globalização, relação médico-paciente

THE PHYSICIAN IN THE MODERN 21ST CENTURY SOCIETY

Key words: medicine, ethics, globalization, medical-patient relationship

I – INTRODUÇÃO.

Para que se possa entender e avaliar a situação atual do médico na moderna sociedade do século XXI, necessário se faz primeiramente entender a Medicina como arte e como ciência, que, ao longo da evolução humana, sofreu e sofre constantes transformações. Não seria possível analisar o contexto da Medicina contemporânea sem antes vê-la como produto final de um longo caminhar da humanidade. A Medicina de hoje é o resultado histórico do trabalho de inúmeras personalidades ilustres e dignas, que lutaram e lutam para a humanização da arte de curar. Essas pessoas, muito mais do que heróis, são seres humanos que tentam superar os próprios limites em prol da saúde e da vida. Dessa forma, a primeira etapa neste trabalho será na tentativa de compreender o passado, para avaliar o presente e, talvez, prever algumas tendências futuras da Medicina e de seu principal protagonista: o médico.

A sociedade contemporânea passa por profundas mudanças, que indiscutivelmente alteram o perfil do médico, transformando o meio em que ele se insere e exigindo do mesmo novas posturas e posicionamentos quanto ao exercício profissional. Essas mudanças que ocorrem no cenário da Medicina atual são, na verdade, os reflexos de uma grave crise ética e social de um mundo desumanizado. É neste cenário tumultuado que muitas vezes o médico moderno se encontra. Assim sendo, na segunda etapa deste trabalho será realizada uma análise sucinta sobre os diversos fatores que contextualizam a crise atual da medicina, dando ênfase à situação do médico perante tais problemas.

Por fim, jamais seria correto negligenciar quanto aos aspectos humanos e psicológicos do médico moderno. Atrás da mitológica figura do cuidador e guardião da saúde dos seres humanos, existe um indivíduo cujo universo emocional é peculiar, passível de angústias, tristezas, medos e desilusões. Dele é exigido sempre algo mais e talvez seja por isso que a sociedade do século XXI mostra-se fiscalizadora imperativa dos atos médicos, requerendo por parte destes compromissos bioéticos, na tentativa de resgatar a arte perdida de curar.

* Formada em Farmácia pela UEM e Acadêmica do terceiro ano do Curso de Medicina da UEM. Residente em Maringá, classificada em 1º lugar no Concurso de "Melhor Monografia em Ética Médica". 14º evento promovido pelo CRM/PR, 2003.

II – Medicina: passado, presente e futuro. uma nova realidade.

A Medicina é a primeira das profissões no tempo e no espaço. No tempo, é a mais antiga; no espaço, aquela que cuida da saúde e da vida, que são indiscutivelmente os bens mais importantes para a humanidade.

Um esboço histórico revela que a arte médica difere da ciência médica. A primeira, então exercida pelos feiticeiros, xamãs e sacerdotes, é a mais remota no tempo e ao longo da evolução humana foi aos poucos substituída pela ciência médica. Esta última é o produto de grandes estudos e, embora sendo a mais recente, sob o ponto de vista psicológico sempre sofreu influência daqueles predecessores místicos.

O surgimento da Medicina como ciência data da Antiguidade Clássica. Em uma pequena ilha do mar Egeu, na Grécia, próximo ao litoral da Ásia Menor – a ilha de Kos - floresceu no século V a.C. uma escola médica destinada a mudar os rumos da Medicina, sob a inspiração de um personagem que se tornaria, desde então, o paradigma de todos os médicos – Hipócrates (460 a.C. a 357 a.C.). A escola hipocrática separou a Medicina da religião e da magia, afastou as crenças em causas sobrenaturais para as doenças e fundou os alicerces da Medicina racional e científica. Ao lado disso, proporcionou um sentido de dignidade à profissão, estabelecendo normas éticas de conduta que deveriam nortear a vida do médico, tanto no exercício profissional, como fora dele (CARPIGIANI, 2000).

Assim, a Medicina na Antiguidade é descrita a partir de uma visão do homem em relação com a natureza, negando-se, aos poucos, a intervenção dos deuses e demônios no desenvolvimento de doenças e afirmando que as perturbações do corpo, e mesmo as mentais tinham causas naturais e exigiam tratamento especial. Hipócrates apontou o cérebro como o centro das atividades intelectuais e destacou o papel da hereditariedade no determinismo de certas patologias. Defendia uma vida em harmonia com a natureza e considerava o equilíbrio dos processos fisiológicos imprescindíveis para o bom funcionamento orgânico. Outro nome importante da medicina na Antiguidade foi Galeno (130-200 d.C.), que desenvolveu estudos sobre anatomia e conservou uma atitude científica sobre a origem das doenças, dividindo suas causas em físicas e mentais (BOCK *et al.*, 1998; CARPIGIANI, 2000).

Dessa forma, a Medicina na Antiguidade ficou caracterizada pela antecipação de muitos conceitos atuais envolvendo a prática clínica e terapêutica.

Durante a Idade Média (séc. V ao séc. XIV) ocorre um notório retrocesso em relação ao desenvolvimento da Medicina como ciência, havendo um resgate dos misticismos e superstições. Neste período, a prática médica foi influenciada pelo pensamento religioso predominante na época, no qual o ser humano era visto como um local onde os “demônios” e “espíritos malignos” lutavam pelo domínio da alma. As doenças físicas e mentais seriam causadas por possessões ou castigos divinos em função dos pecados cometidos pelo homem. Os métodos de tratamento utilizados contrariavam drasticamente aqueles preconizados por Hipócrates, podendo ser entendidos através da citação do seguinte modelo de receita para tratar doença mental:

“..... vomitório de tremoço, meimendro negro, alho. Moer junto, acrescentar cerveja clara e água benta. Flagelamento com açoites, fome, correntes, imersão em água quente, a fim de tornar o corpo um lugar tão desagradável que nenhum diabo respeitável continuaria nele existir”.

(Coleman, 1973 *apud* Carigiani, 2000)

Durante a Idade Média, enquanto a Europa mergulhava no obscurantismo, os centros do saber médico se deslocaram para o oriente: inicialmente para o Império Bizantino e a seguir para a Pérsia e países árabes. Em Ispahan, na Pérsia, surgiu um dos maiores nomes da medicina clínica de todos os tempos: Abu al Hussein ibn Abdallah in Sina, conhecido por Avicena (980 a 1037 d.C). Era dotado de inteligência e memória prodigiosas e, além de Medicina, estudou física, química, geometria, astronomia e filosofia. Aos 21 anos compôs uma enciclopédia de ciências, sendo o primeiro a combater a idéia de transmutação dos metais, sonho dos alquimistas. Sua obra máxima em medicina, chamada "Cânon", compõe-se de cinco volumes e contém inúmeras histórias clínicas. Descreveu com precisão diversas doenças, como a hidrofobia, nefrite crônica, hidrocele, estenose pilórica e outras. Separou os dois tipos de paralisia facial, central e periférica, e distinguiu os três tipos de icterícia: obstrutiva, hepática e hemolítica (COOK, 2003).

Um novo impulso ao desenvolvimento da ciência médica só vai ocorrer a partir do Renascimento. No século XVII aconteceria uma explosão de conhecimentos em todas as áreas, onde se podem citar os nomes de Newton, Galileu, Bacon e Descartes. Na Medicina destacam-se Thomas Sydenham, na Inglaterra, e Herman Boerhaave, na Holanda. Sydenham, conhecido como "Hipócrates inglês" orgulhava-se de ser um médico prático, afirmando que a Medicina só poderia ser aprendida à beira do leito do enfermo e que os sintomas deveriam ser minuciosamente observados e anotados. Descreveu com perfeição várias doenças, destacando-se a gota, enfermidade de que padecia. Tal como Hipócrates acreditava no poder curativo da natureza. Boerhaave viveu em Leyden, na Holanda, onde clinicava e ensinava na Universidade local. Sua fama espalhou-se rapidamente por toda a Europa. Escreveu relativamente pouco, mas se notabilizou como professor. Foi o primeiro a usar o termômetro de mercúrio para medir a temperatura dos doentes e a lente para examinar as fezes. Descreveu a rotura espontânea do esôfago, que se tornou conhecida como "síndrome de Boerhaave". Deixou três obras importantes: Aforismos, Instituições Médicas e Introdução à Prática Médica. Neste último livro relatou com exatidão o seu método pedagógico, que continua válido até hoje (CARPIGANI, 2000; COOK, 2003).

No século XVIII o exame físico foi enriquecido pela introdução da percussão do tórax, descoberta pelo médico austríaco Leopold Auenbrugger. Quando criança, Auenbrugger vira muitas vezes seu pai percutir um tonel para saber em que nível se encontrava o vinho no interior do mesmo. Comparando o tórax a um tonel, Auenbrugger teve idéia de aplicar o mesmo método para o diagnóstico do derrame pleural e outras afecções pulmonares. No Hospital Espanhol de Viena, onde trabalhava, desenvolveu suas observações com comprovações de necrópsia e, após sete anos de experiência, publicou um pequeno livro de 95 páginas intitulado *Inventum novum ex percussione*.

O filósofo francês Michel Foucault, em seu livro *Nascimento da Clínica*, considera o fim do século XVIII e início do XIX como a época em que despontou a Clínica Médica. Porém, seria mais apropriado falar em crescimento em lugar de nascimento, pois o método clínico já existia desde Hipócrates. O século XIX foi, sem dúvida, o século em que a Clínica Médica teve o seu período áureo, enriquecendo a Medicina com numerosas descobertas, fruto de observações cuidadosas e da instrumentalização do médico (COOK, 2003)

A instrumentalização do médico teve início com a invenção por Laennec, em 1816, do estetoscópio, que se tornou o símbolo do clínico, assim como o bisturi se

tornou o símbolo do cirurgião. O segundo instrumento a ser incorporado ao armamentário do clínico foi o termômetro de mercúrio, inventado por Fahrenheit em 1714 e primeiramente usado por Boerhaave. Ao final do século XIX, a maleta do clínico foi enriquecida pelo aparelho de medida da pressão arterial. . A cirurgia, que se limitava à patologia externa, após a descoberta da anestesia geral em 1846 e da prática da antissepsia e da assepsia também teve um contínuo progresso.

Chega-se assim ao início do século XX com o clínico dispondo dos três instrumentos básicos: estetoscópio, termômetro e aparelho de pressão. Outros dispositivos auxiliares ao exame clínico colocados à sua disposição foram o abaixador de língua, a lanterna, o martelo de reflexo, o oftalmoscópio, o rinoscópio e o otoscópio. O estudo das doenças, antes meramente descritivo, evoluiu sucessivamente para os critérios anatomoclínico, fisiopatológico e etiopatogênico, isto é, buscava-se a correlação dos dados clínicos com as lesões dos órgãos, com as alterações de suas funções e com as prováveis causas das enfermidades. A doutrina dos quatro humores, que perdurou por dois milênios, foi substituída pela patologia celular de Virchow. A descoberta dos microorganismos patogênicos a partir dos trabalhos de Pasteur e Koch, veio esclarecer a causa de numerosas doenças enigmáticas que dizimavam populações, como a tuberculose, a peste, o cólera, a febre tifóide e muitas outras.

A Ciência Médica, no século XX, adquiriu uma nova dimensão, enriquecida com a descrição de novas síndromes, sinais patognomônicos e manobras especiais com fins diagnósticos. Impossível enumerar as contribuições mais notáveis, pois se contam às centenas. Dessa forma, à soma de conhecimentos acumulados no decorrer nos séculos anteriores, seguiu-se a era tecnológica do século XX, que mudou inteiramente a face da medicina. O marco inicial da era tecnológica foi, sem dúvida, a descoberta dos raios-X em 1895 pelo físico alemão Wilhelm Roentgen, representando um grande salto de qualidade na evolução da Medicina. Aos raios-X seguiram-se outros métodos de obtenção de imagens, como a cintilografia, ultrasonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia e cirurgia laparoscópica (REZENDE, 2003).

No século XX, a Medicina científica progrediu mais do que em toda a sua história. A cada dia novos exames, novas técnicas e novos aparelhos seriam acrescentados aos recursos diagnósticos e terapêuticos. Aumentou de tal maneira a complexidade da Medicina que se tornou necessária a especialização em áreas cada vez mais restritas de atuação médica. Os primeiros setores a se organizarem como especialidade foram a Cirurgia, a Pediatria, a Cardiologia e a Ginecologia e Obstetrícia. A Cirurgia, que durante séculos foi considerada um ramo inferior ou secundário da Medicina e simples trabalho manual (*khirourgia*, derivado do grego *kheir*, mão + *ergon*, trabalho), com a descoberta da anestesia geral e da assepsia teve uma rápida ascensão e um desenvolvimento extraordinário, subdividindo-se em numerosas especialidades e sub-especialidades. O mesmo ocorreu com a Medicina Clínica, que foi sendo progressivamente compartimentalizada em numerosas especialidades direcionadas para aparelhos, órgãos, doenças, métodos de exame ou tratamento.

Dessa forma, observa-se que, durante a evolução humana, a Medicina foi aos poucos se desvinculando dos misticismos, superstições e credices populares para adquirir um caráter técnico e racional. Hoje, a prática clínica e cirúrgica vive em constante evolução, à luz de novas pesquisas científicas e descobertas tecnológicas. As clínicas médicas cada vez mais são tomadas por aparelhos e instrumentos de alta

complexidade. O desenvolvimento da genética clínica a partir da decodificação do genoma humano também traz novas perspectivas. A terapia gênica, a farmacogenômica e os constantes avanços nas técnicas de manipulação do DNA prometem revolucionar a Medicina em todos seus aspectos.

Assim, chega-se ao início do século XXI com a prática médica apresentando características bastante peculiares. Tem-se, atualmente, uma medicina fragmentada em inúmeras especialidades, sustentando-se cada vez mais pela tecnologia, inundada diariamente por uma avalanche de informações científicas divulgadas pelos meios de comunicação e sofrendo profundas transformações no contexto do exercício profissional. Essa nova realidade, como era de se esperar, traz consigo inúmeros benefícios, mas cria também uma série de problemas até então desconhecidos. Berbard Lown, um dos maiores cardiologistas do século XX, argumenta, baseando-se na grande experiência clínica de mais de 40 anos de exercício profissional, que os médicos desaprenderam a arte de curar. Apesar dos inigualáveis avanços tecnológicos em relação ao diagnóstico e tratamento das mais variadas doenças, nunca o ser enfermo foi tão mal cuidado. A antiga maleta do clínico muitas vezes é deixada de lado, juntamente com o exame físico. A anamnese torna-se limitada e o diagnóstico geralmente só surge após o auxílio de exames complementares. O tempo das consultas está cada vez mais reduzido e a relação médico-paciente é prejudicada em sua essência (SIQUEIRA, 2002).

O médico na sociedade contemporânea está perdendo sua identidade histórica. Da onipotência e caráter sacerdotal marcante no início do desenvolvimento da Medicina, vivencia-se atualmente o surgimento de um profissional tecnicista e executor de complicadas metodologias. Se por um lado o progresso científico trouxe inúmeros benefícios no tratamento de doenças e melhoria da qualidade de vida do ser humano, por outro contribui para despersonalização da figura do médico. O problema atual é que a medicina está mais voltada para o tratamento de doenças e não de doentes.

Isso não implica em dizer que é necessário resgatar a figura de um médico detentor de poderes divinos, autoridade e status social, capaz de decidir prontamente sobre a vida humana sem o auxílio de tecnologias complementares. Na verdade, o que se torna imprescindível é a retomada de um profissional equilibrado. A sociedade contemporânea não precisa de deuses, nem de técnicos, mas procura um médico dotado de habilidades, valores e conhecimentos. Alguém que, norteado pela ética, sustentado pela ciência e guiado pela empatia, seja capaz de compreender o sofrimento humano, direcionando aqueles que o solicitam no sentido do equilíbrio físico, psicológico e social.

Para o futuro, tanto a sociedade, quanto os Conselhos de Medicina estão valorizando o resgate da Medicina como prática fundamentalmente humanista. Neste contexto, os médicos devem ser profissionais, acima de tudo, adeptos aos princípios de bioética, dados os compromissos e responsabilidades como seres sociais e políticos.

III – O MÉDICO E A CRISE ATUAL DA MEDICINA.

A Medicina atual, apesar de todas as suas glórias e sucessos, da eficácia comprovada em situações extremas para as quais há pouco tempo não havia qualquer perspectiva de vida, mesmo assim, a par desta credibilidade conquistada, esta Medicina encontra-se imersa em uma profunda crise.

A crise atual da Medicina já se faz sentir pelo alto custo do modelo assistencial, pela especialização crescente, pelas políticas sociais excludentes, pela influência pronunciada da indústria farmacêutica, pela incorporação anárquica de tecnologias e pela tendência à mercantilização e ao consumo. Todo esse processo necessita ser estudado enquanto fenômeno cultural, relacionado com o modelo de produção do conhecimento, sendo analisado em suas dimensões históricas, políticas, econômicas e sociais. Somente assim é que se tornará possível entender o contexto do médico na sociedade moderna.

Os fenômenos que compõem as modificações da Medicina no século XXI, quando abordados em separado, levam a uma visão parcial e insuficiente da realidade. Conseqüentemente, estimulam soluções equivocadas. Dessa forma, é possível e necessário agrupar alguns dos principais fatores relacionados diretamente com a atual crise da Medicina como ciência e como prática indiscutivelmente humanista. Dentro deste contexto, pode-se citar:

1. a perda da autonomia dos médicos e o assalariamento da profissão;
2. o declínio do prestígio e da credibilidade social do médico, culminando na perda da identidade profissional;
3. o surgimento das empresas médicas e a mercantilização da medicina;
4. o papel das indústrias farmacêuticas em defesa de privilégios setoriais;
5. o processo de especialização, levando à fragmentação da medicina;
6. as tecnologias caras, a dependência tecnológica e o acesso desigual da população a esses benefícios;
7. a massificação da formação médica, associada à insatisfatória qualificação profissional;
8. a má distribuição e a concentração urbana de médicos e serviços médico-hospitalares;
9. a desorganização da assistência pública, relacionada à má-qualidade profissional;
10. as transformações econômicas, sociais e demográficas atingindo a população e criando necessidades ou demandas crescentes na área de saúde;
11. o baixo nível de consciência sanitária dos médicos e de outros profissionais de saúde;

Assim sendo, apesar da prática do labor médico ser uma das mais nobres funções, a Medicina vive grave crise. Deixou de haver o denominador comum da competência indispensável ao trabalho do médico.

No que tange às mudanças referentes aos aspectos profissionais, vale ressaltar que a prática médica deixou de ser tradicionalmente liberal e cada vez mais tem adotado feições de uma típica atividade assalariada. O assalariamento é um fato incontestável, como também são inegáveis os efeitos deletérios que essas formas de trabalho incidem sobre a autonomia econômica. Nessa mesma dimensão, os médicos têm perdido não só a capacidade de gerar e gerir sua atividade, como perderam definitivamente a condição de profissionais liberais. As condições de vida e trabalho que boa parte dos profissionais tem se submetido demonstra uma evidência empírica de perda do *status quo*. Remuneração abaixo das expectativas da corporação, redução significativa da clientela particular e da atividade em consultório; dependência econômico-financeira da atividade liberal a contratos e convênios com sistema empresarial de prestação de serviços e aumento da jornada de trabalho para garantir

a manutenção de um padrão salarial, são algumas evidências que atestam o declínio social do médico (BRUKER, 2003).

Evidencia-se também, atualmente, a gradativa e cada vez mais exacerbada interferência de interesses comerciais na prática clínica. Torna-se fundamental compreender que a mentalidade empresarial, voltada a lucros e perdas, é frontalmente oposta às atitudes de altruísmo que formavam os alicerces da profissão. Essa dicotomia faz pressentir efeitos catastróficos sobre a base moral e ética da Medicina. A prática clínica, que antes era fundada na relação do paciente com seu médico e cimentada pela confiança, ganhou hoje intermediários: os planos de saúde e as cooperativas médicas. O resultado dessa nova relação é a desconfiança.

A indústria farmacêutica é o maior antigo ramo de negócios ligados à Medicina. Sua influência sempre foi muito pronunciada. Entretanto, é bom lembrar que as indústrias farmacêuticas são empresas. Elas não visam o bem do público, por mais que procurem convencer do contrário. Seu objetivo é obter retorno para o capital dos investidores. O interesse comercial das indústrias farmacêuticas é confirmado pelas somas incríveis (bilhões de dólares por ano) gastas na promoção de seus produtos. Procuram principalmente influenciar o médico que, infelizmente, é uma presa bastante fácil. São poucos os que nunca aceitaram um presente ou favor dessas indústrias. Hoje em dia, as indústrias farmacêuticas empregam mais recursos em promoções e publicidade do que em pesquisas. Na verdade, os gastos promocionais são maiores do que o total de recursos gastos no treinamento dos alunos em todas as faculdades de Medicina dos Estados Unidos. Não seria justo insinuar que a indústria farmacêutica não contribuiu para o bem-estar da sociedade. No entanto, essa contribuição é apenas um subproduto e não o verdadeiro objetivo. Existem também casos em que o bem-estar público foi completamente ignorado. Basta mencionar os desastres causados recentemente por vários medicamentos ou outros produtos. Nestes exemplos, fica fácil perceber que interesses comerciais podem ter conseqüências lamentáveis. Assim sendo, as indústrias farmacêuticas têm comercializado produtos sabendo que poderiam ser perigosos ou ineficazes, ou ambos, visando somente o lucro (FERREIRA, 2003).

Outro problema notório a ser avaliado é o que diz respeito à especialização médica. O médico que não faz opção por uma especialidade definida passou a ser chamado de médico geral ou generalista, como se diz em espanhol. Aos olhos dos leigos e dos administradores da saúde, o especialista está acima do clínico geral. As especialidades foram supervalorizadas pela sociedade, pelos meios de comunicação e pelas instituições públicas e privadas. Isto só seria justificável se o especialista tivesse um conhecimento amplo da Medicina e a especialidade representasse um acréscimo adicional à sua formação médica. O clínico espanhol Jimenez Diaz dizia que o bom especialista é aquele capaz de diagnosticar os casos que não são de sua área. O que se observa é exatamente o oposto. O especialista passou a ser aquele que conhece cada vez mais de cada vez menos. Essa fragmentação da medicina em especialidades e sub-especialidades clínicas, com campo de ação cada vez mais restrito, trouxe uma desorientação para o paciente, que deve decidir, ele mesmo, que especialista procurar em busca de um diagnóstico. Trouxe ainda um encarecimento nos custos da assistência médica pelo uso excessivo de tecnologias médicas pelos especialistas. A necessidade do clínico geral tornou-se patente e voltou a ser sentida pela sociedade.

A sociedade já percebeu que a fragmentação da medicina em especialidades, sub-especialidades e ultra-especialidades trouxe um grande avanço técnico, porém deixou um vazio a ser preenchido, que é o daquele profissional mais próximo a quem recorrer em busca de orientação; daquele médico que conversa com o paciente, que o examina por inteiro, que o trata como pessoa, que não se comporta como um técnico atrás de suas máquinas. O clínico geral, com formação em nível de pós-graduação, irá resgatar a figura humana do médico do passado, do médico de família, do médico a quem se devota amizade e em quem se pode confiar, capaz de resolver a maioria das ocorrências banais e, ao mesmo tempo, reconhecer as situações que exigem investigação mais aprofundada e a colaboração de outros especialistas. Em contrapartida, o Clínico deverá ser visto como um médico de relevante cultura geral, com uma visão ampla da medicina e que se especializou em Clínica Médica por opção. Seu trabalho deve ser reconhecido como de importância fundamental na organização de qualquer sistema de saúde. O principal aparelho de que irá dispor para o exercício da Medicina é a sua inteligência e a sua competência. Por outro lado, deve-se investir na formação do especialista, que deixará de ser visto como um profissional limitado, mas sim como médico qualificado que, a par de seu conhecimento específico, é capaz de entender a Medicina como um todo integrado (LEVIN, 2003).

Quanto ao saber médico, este se projetou em proporções de difícil controle e apreensão cognitiva para aqueles que exercem o ofício de curar. A autonomia técnica sofreu abalos não só pela incapacidade de deter a totalidade do conhecimento científico, mas também porque passou a oferecer à sociedade uma Medicina cada vez mais complexa e de custo bastante elevado. A saúde, bem social imprescindível aos indivíduos, tem se tornado inacessível para a população usuária de modo geral. Este é um dos efeitos deletérios da moderna Medicina especializada e tecnológica, ou seja, uma medicina capaz de desvendar a maioria dos problemas de saúde e incapaz de produzir e oferecer serviços de alto padrão tecnológico, acessíveis à maioria da população (COLEMANS, 2003).

A par desses fatores, e talvez justificando a origem de muitos problemas relacionados à crise atual da Medicina, esta a massificação da formação médica. Algumas escolas sem hospital de ensino, sem laboratórios e com corpo docente não adequadamente qualificado lançam, a cada ano no mercado de trabalho, massa de jovens em busca de um destino para o qual não foram preparados. Estes são mal formados e depois mal aprimorados, dentro de padrões decadentes de alguns programas de residência (quando conseguem uma!) com o objetivo apenas de obtenção de mão-de-obra barata, despreparada, mas útil aos interesses comerciais dos seus dirigentes. O resultado, francamente assustador, dos testes de avaliação ministrados revela que a maioria dos profissionais que terão em suas mãos as vidas de inúmeras pessoas simplesmente não estão habilitados para exercer a profissão no momento que são diplomados. Vale ressaltar que a formação ética e humanística desses profissionais é desastrosa, sendo que os mesmos não estão preparados para enfrentar e entender as diversas necessidades do ser doente (PEREIRA, 2002). Em inúmeras faculdades a disciplina de bioética médica ainda não foi implantada.

Apesar do esforço (muitos anos de estudo, noites mal dormidas, plantões, trabalho extenuante, sacrifícios, doentes graves e falta de recursos para tratá-los,

currículo extenso, professores exigentes ou negligentes, constante contato com todas as formas do sofrimento humano), os nove mil médicos brasileiros formados a cada ano não têm garantia de trabalho certo ou remuneração justa. Nas grandes cidades brasileiras faltam empregos com salários que façam jus ao investimento financeiro e emocional necessários à formação dos médicos e à responsabilidade que deles se exige. Mesmo empregos com baixos salários estão cada vez mais raros. Um dos motivos é que sobram médicos. Atualmente, há mais de 280.000 médicos no país. Um para 673 habitantes - geograficamente distribuídos sem qualquer racionalidade. Enquanto antiga estimativa da OMS recomenda um médico para cada 1.000 habitantes, o governo estimula a formação de um exército de reserva para baixar os preços dos serviços médicos. Mas, ao fazer isto, rebaixa a qualidade do serviço prestado ao povo brasileiro. O curso de medicina não é mais terminativo, quem o conclui ainda não está apto para trabalhar. Necessita fazer um programa de Residência Médica. Contudo, as vagas para Residência atendem somente a 70% dos formandos. Mesmo sabendo disto, nos últimos cinco anos o governo autorizou que fossem abertos mais de 20 cursos sem programas de Residência. Atualmente, exige-se dos médicos que cumpram jornada tripla, plantões noturnos e dividam o dia entre dezenas de consultas muito mal remuneradas. Metade do contingente médico no Brasil trabalha em plantões. A jornada mais freqüente é de 12/24h (COLEMANS, 2003).

IV – ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO MÉDICO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.

Diante de tantas mudanças e inovações presenciadas ao longo da evolução da Medicina como arte e como ciência, tem-se hoje a figura de um profissional bastante diferenciado. Porém, o médico atual indiscutivelmente ainda guarda alguns aspectos que permite identifica-lo com seus predecessores históricos, principalmente no que se refere aos aspectos psicológicos. Dessa forma, existem atualmente dentro de clínicas e hospitais, médicos magos ou feiticeiros, médicos hipocráticos, médicos sacerdotes, médicos cientistas e médicos técnicos.

O bom médico, nos dias de hoje, é aquele que conseguiu, apesar de todas condições adversas, reunir dentro de sua psique todas os benefícios e qualidades históricas evidenciadas durante a evolução da prática médica. Assim, esse médico é um pouco mago ou feiticeiro, dotado de poder de decisão e respeito, fatores estes que ajudam o paciente na adesão ao tratamento; um pouco hipocrático, reconhecendo o indivíduo como ser pertencente à natureza e envolvido com o meio que o cerca; um pouco sacerdote, entendendo as aflições e conflitos psicológicos envolvidos em uma patologia; um pouco cientista, dominando conhecimento e disponibilizando o saber no direcionamento da cura; e um pouco técnico, capaz de manipular as sofisticadas tecnologias em prol da recuperação do ser doente.

Porém, muitas vezes observa-se a prevalência exagerada de alguns atributos. Assim, existem hoje médicos demasiadamente magos, dotados de onipotência e vaidade que dificultam o dialogo com o paciente, impedindo o encaminhamento a outros especialistas diante das próprias limitações e assolados de soberba ou autoconfiança, que abrem caminho para a ocorrência de erros grosseiros. Também

existem médicos demasiadamente hipocráticos, que acreditam que o estado de saúde ou doença depende exclusivamente do meio, exagerando nas chamadas "terapias alternativas". Os médicos demasiadamente sacerdotais são aqueles que vivem a par das inovações tecnológicas e dos novos conhecimentos e descobertas científicas, pois parecem ainda presos à mentalidade medieval, renegando os avanços e, muitas vezes, deixando de oferecer melhores condições a seus pacientes. Ao contrário, o médico demasiadamente científico é aquele que supervaloriza o saber, mas é negligente no aspecto humanístico, avaliando seu paciente apenas sob o ponto de vista material e ignorando as necessidades psíquicas do mesmo como indivíduo. Já o médico técnico é a figura mais conhecida nos dias de hoje. Talvez seria mais correto denominá-lo de "especialista", ou seja, aquele médico que domina restritamente uma área tão limitada da medicina, que acaba se comportando profissionalmente mais como um técnico do que como médico.

Independente desses aspectos é relevante destacar o fato de que a grande maioria dos médicos na sociedade do século XXI vivencia diariamente conflitos éticos e morais, mesclados com uma constante insegurança inerente à prática profissional. Os limites da atuação médica, o sigilo profissional, o consentimento informado, a legalização do ato médico, a responsabilidade civil estampada nos códigos e o próprio erro médico são os principais focos de conflito na sociedade atual. Dentro deste contexto, o médico é o centro dos debates.

Diante desses fatos, o médico está sendo constantemente questionado, vigiado, julgado e, muitas vezes, condenado. Frequentemente a mídia lança mão de escândalos envolvendo profissionais da área Médica envolvidos em casos de negligência, imperícia e imprudência, ou até diversas formas de abuso sexual. Esses indivíduos, que nem deveriam ser qualificados como médicos, acabam contribuindo e muito para a deturpação e descrédito da Medicina. A população, quando entra em contato com tais notícias, acaba frequentemente generalizando seus pareceres. O bom Médico, perante tantas pressões, termina por sofrer as conseqüências psíquicas desse processo.

Sendo assim, angústia, stress e depressão já fazem parte do cotidiano no exercício profissional do médico moderno, em decorrência da quebra do *status quo*, das péssimas condições de trabalho, do assalariamento, do mercantilismo da medicina, das pressões sociais, do medo de errar, dos baixos salários, da excessiva jornada de trabalho diário e do próprio processo de globalização presente no atendimento à saúde.

Inúmeros trabalhos já revelaram que os índices de suicídio e de dependência química são pronunciados entre a classe médica. Esses números são, na verdade, reflexos das inúmeras tensões a que o médico é submetido na estrutura social contemporânea.

Outro aspecto importante na abordagem psicológica do médico no século XXI é a mudança que se processa na relação com o paciente. Atualmente, a tendência crescente e irreversível é a de uma maior participação do doente e da família, enquanto paralelamente a figura do médico vai descendo do pedestal para uma superfície mais nivelada, onde ele se coloca numa posição suscetível a críticas, reivindicações e questionamentos. A medida que decresce o papel deificado do médico e diminui o distanciamento entre ele e seu paciente, menos este último se conforma em seguir servil e cegamente a conduta médica que lhe é traçada.

Cada vez mais os pacientes exigem esclarecimentos e participação nas decisões, mudando drasticamente o perfil histórico do médico que foi sempre considerado autoridade máxima e inquestionável nos assuntos de saúde. Dessa forma, o linear binômio médico-paciente foi gradativamente se modificando para o modelo de um polígono de forças dinâmicas, onde se entrecruzavam necessidades, desejos, expectativas, valores, sentimentos, angústias e pressões. Essas forças não se processam somente na direção do médico para com a doença e o doente, mas também com os familiares deste, com o hospital e todo o seu pessoal, com a instituição que o paga, com a sociedade que lhe cobra, etc, e principalmente na relação consigo próprio.

A crise social e psicológica que assola o médico brasileiro, crise que aparentemente é da Medicina, é na realidade de sua identidade médica. Isso decorre das intensas, extensas e rápidas mudanças de toda ordem. Essas questões remetem ao problema das motivações que determinam a escolha da profissão médica: que tipo de médicos os jovens estudantes querem ser, podem ser, devem ser ou esperam que sejam?

Desde os tempos em que o homem passou a se socializar, a figura dos que baniam as doenças, trazendo a cura, foi sempre mitificada e de certa forma simbolizava poderes divinos. O conhecimento monopolista dessas pessoas não era difundido e entendido pelos demais, sendo a figura do médico inspirada no xamã ou mago, homem responsável por ter a explicação das doenças, traduzindo respeito e, muitas vezes, intimidação, aliada à capacidade de controlar a vida, bem mais precioso. Atualmente, esses conceitos primitivos ainda estão presentes no senso comum. Por conseguinte, estudantes que concluem o ensino médio e precisam fazer uma escolha quanto à profissão, se vêm muitas vezes atraídos por essa imagem, não condizente com a realidade atual, de uma medicina "endeusada", que lhes conferem poderes extra-humanos.

Apesar dos grandes conflitos vivenciados nesta marcante fase de transição do desenvolvimento humano, é justamente na adolescência que muitos jovens decidem ser médicos. Os fatores que levam um indivíduo a estudar Medicina nos dias atuais são pluriformes e de natureza variada. Estudos apontam motivações conscientes e inconscientes para a escolha da profissão médica. Conscientemente, as razões mais importantes são: possibilidade de ajudar, tratar, curar, salvar e ser útil, estar próximo das pessoas, atuar no campo social, ter recebido influência de terceiros e, em menor proporção, busca de status e boa remuneração financeira. Inconscientemente as razões que mobilizam a opção pela escolha da Medicina são: necessidade de reparação da impotência frente a morte ou doença, negação da dependência, procura por onipotência, desejo de expiar impulsos agressivos (o curar representa uma reparação da agressividade), curiosidade inconsciente de conhecer o corpo, defesa contra o sofrimento. Essas razões inconscientes fazem com que o médico, sem se dar conta, vá em busca daquilo que tanto teme (MELEIRO, 2001; MILLAN *et al.*, 1999).

Sendo assim, a escolha profissional pela carreira médica nos dias atuais pode ser imatura ou infundada, ressaltando-se a dificuldade e o perigo de uma decisão errônea nesta fase do desenvolvimento humano. Muitas vezes o estudante de Medicina inicia o curso sem a noção exata da escolha que fez. O curso Médico no Brasil é precedido pelo vestibular, uma rigorosa seleção que leva em consideração apenas as aptidões cognitivas dos candidatos, negligenciando os aspectos psicológicos, as

habilidades pessoais e os valores éticos. Como esperado, nem sempre os indivíduos selecionados apresentam as características mais adequadas para o exercício profissional. Vale ressaltar que a formação de um profissional apto se assenta no clássico tripé: conhecimentos + habilidades + atitudes (MELLO FILHO, 1992).

Juntando-se a imaturidade da escolha fundamentada em motivações inconscientes e a seleção baseada apenas em uma parte das reais necessidades e aptidões para o exercício profissional, observa-se que muitos estudantes de medicina apresentam um processo gradual de transformações quanto às expectativas iniciais em relação ao curso. Com a percepção dos limites do conhecimento e da atuação médica, a escolha passa a ser caracterizada pela preocupação e ansiedade frente ao doente. A tentativa de salvação onipotente é substituída pelo exercício de atividades baseadas no conhecimento científico, que se encontra em constante evolução e necessita de atualizações contínuas. O sofrimento e a morte deixam de ser resolvidos por "eliminação mágica".

Dessa forma, a fase inicial de euforia inerentes ao ingresso no curso aos poucos é substituída pela fase de desencanto, que vai progressivamente situando o acadêmico na verdadeira e condizente realidade. Nesta fase, inúmeras são as queixas dos alunos, sendo que cada um deles irá desenvolver mecanismos de adaptação de acordo com as características psicológicas específicas.

A formação psicológica do futuro médico resulta do precipitado por uma série de elementos complementares, tais como temperamento, moral, personalidade, ética, caráter, atributos do ego e identidade. O tipo de personalidade do estudante é, sem dúvida, um fator determinante da qualidade no desempenho acadêmico e futuramente na prática clínica. A formação de um bom médico não exige um determinado tipo padronizado; pelo contrário, não importa se ele é mais ou menos extrovertido, circunspecto etc, desde que conserve alguns atributos mínimos e indispensáveis, tais como a empatia, a potencialidade de exercer uma ação psicoterápica, a capacidade de ser continente, de estabelecer comunicação, de se deprimir e assumir as falhas visando futuro aperfeiçoamento. O tipo de personalidade do estudante irá influenciar diretamente no relacionamento deste com os demais colegas, com os professores e com os pacientes (KIPPER, 2002).

Assim sendo, alguns aspectos da educação pré-médica e médica podem realmente ter uma influência adversa sobre a vida pessoal do futuro profissional. Há necessidade de maior ênfase na educação com relação à importância das habilidades não cognitivas do médico, tais como maturidade, competência social e moderação na agressividade competitiva (Meleiro, 2001).

V – SER MÉDICO HOJE: O ATO MÉDICO, O NOVO CÓDIGO CIVIL, O ERRO MÉDICO E A SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Ser médico nunca foi tarefa fácil. Ao contrário, ser médico é algo extremamente complexo, porém necessário; algo arriscado, porém preciso; algo difícil, porém possível. A visão sensível e encantadora assim apresentada dos médicos e da Medicina, reconhecendo que ser médico é algo sofrido, porém fonte de felicidade, certamente tem a concordância dos que buscam ver em cada um a extensão de sua

própria humanidade. Entretanto, a afirmativa de que atos médicos não são e nunca serão vistos e avaliados em igualdade de condições com as demais profissões merece uma reflexão. Hoje, há um mundo jurídico em volta do médico, reforçado pelo novo Código Civil, que não permite sustentar a afirmativa acima - válida do ponto de vista moral, mas contraditada pela realidade. A conduta médica tem sido cada vez mais submetida à apreciação do Judiciário. Os médicos têm comparecido aos tribunais com frequência inadmissível para uma profissão que deveria ser entendida como transcendente ao mero tecnicismo. O novo Código Civil foi feito, segundo juristas, para captar os valores da sociedade e ajudar as relações entre as pessoas e o seu modo de ser, ter e agir. Alguns dos 2.046 artigos do novo Código Civil trazem problemas à profissão médica. O mais preocupante é o artigo 927 e seu caput: "Aquele que por ato ilícito causar danos a outrem, é obrigado a repará-lo". Parágrafo único: "Todavia, haverá obrigação de reparar o dano, independentemente da culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem".

A Medicina não é uma profissão de risco, o risco é gerado pela enfermidade. A obrigação de reparar o dano independentemente da prova de culpa (negligência, imperícia ou imprudência) é uma ameaça para a prática médica. Não há previsão de exceção para a Medicina: os atos médicos são, pelo novo Código Civil, vistos e avaliados em igualdade de condições com as demais profissões. É preciso, urgentemente, aproximar mais os médicos daqueles que apreciam juridicamente os seus atos; ampliar o diálogo para que os magistrados reconheçam e confirmem, por suas decisões, que a Medicina é arte e ciência com transcendente compromisso da solidariedade humana. E que, portanto, os médicos merecem um tratamento especial, sem que isto seja considerado privilégio

Nos dias atuais, os médicos brasileiros em serviços de saúde e grandes centros urbanos estão mergulhando numa atmosfera carregada de desconfortos relacionais, dilemas ético-legais e desalentos pessoais. Este cenário parece multiplicar-se de Norte a Sul do país, o que acaba consagrando nacionalmente a temática do erro médico. Estudos sistemáticos sobre os erros profissionais constatam que os médicos não cometem mais infrações éticas do que os advogados, engenheiros, economistas ou outros. Mas seus erros, culposos ou não, são socialmente inesperados e intoleráveis; como o são ética e legalmente condenáveis, até o ressarcimento através da indenização por danos e perdas eventualmente causados (FILHO, 2003).

Vivemos num país com imensa dívida social, onde é privilegiada a evasão de recursos para o régio pagamento da dívida financeira que hoje representa cerca de 600 bilhões de reais, ou seja, mais da metade de toda a riqueza nacional, medida pelo Produto Interno Bruto. As tentativas de melhorar o financiamento da saúde esbarraram nessa lógica de privilegiar o capital financeiro. Esse foi o caso da CPMF, inspiração do ex-ministro Adib Jatene, que, uma vez aprovada, foi desviada para outros fins. As políticas econômicas e sociais excludentes estão gerando uma situação que se reflete na assistência à saúde e no trabalho dos médicos. Os recentes dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde, com relação aos indicadores de saúde, colocam o Brasil numa posição subalterna no cenário internacional. As endemias estão de volta ao convívio, refletindo a irresponsabilidade e desarticulação sanitária.

Cento e vinte milhões de brasileiros dependem do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, convive junto ao sistema público, sendo responsável pela assistência de 40 milhões de pessoas, o chamado sistema suplementar, formado pelas operadoras e planos de saúde. A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar vem, no entanto, desagradando a um só tempo os médicos, os usuários e os hospitais. Denunciam-se as glosas indevidas, o não-reajuste de honorários e procedimentos, a interferência na relação médico-paciente e nas próprias condutas técnicas dos profissionais. Ressalte-se que o pleno exercício ético profissional depende, em muitos casos, das condições que cercam o médico para exercer o seu mister. Substituiu-se a arte de curar, a boa relação médico-paciente e a humanização da medicina pela ativação da engrenagem farmacêutica e de equipamentos (MIRANDA, 2003).

É nesse cenário que se apresenta o terreno fértil para que a indústria do “seguro do erro médico” prospere em nosso meio, que colocaria os profissionais em atitude mais defensiva na relação médico-paciente e aumentaria, sobremaneira, os custos da saúde.

Medicina é paixão, mas seu pleno exercício ético esbarra nas atuais condições em que o médico exerce sua profissão. Que se dê ao povo o que é seu direito consagrado na Constituição - o direito à saúde de qualidade. Quanto aos médicos, ainda tem-se a esperança de que estes possam participar de um grande e generoso projeto de resgate da saúde, para que tenham condições plenas de exercer a Medicina através do balizamento da bioética e da dignidade profissional.

VI – O COMPROMISSO DOS MÉDICOS NA ERA MODERNA.

Ao longo do tempo, desde a sua origem até os dias atuais, a medicina tem se caracterizado por ser uma atividade humanista, estruturada historicamente nos valores hipocráticos de filantropia (amor pelos seres humanos), filotécnica (amor a seu ofício), filosofia (amor ao estudo e ao conhecimento) e no compromisso com a obrigação de não fazer o mal. Em sentido estrito, mas situado no contexto presente, humanizar significa tratar os pacientes como pessoas dignas de respeito, considerando-os como sujeitos que necessitam de atenção especial e sentido-os como seres semelhantes a nós próprios.

Apesar de parecerem intrinsecamente ligados, humanismo e medicina muitas vezes caminham paralelos quando administrados pela mão de profissionais que esquecem o princípio de que, antes de mais nada, o médico tem o papel de tratar seres humanos. Conhecer e cuidar bem dos pacientes, amar a medicina sem visar o lucro são ensinamentos importantes introduzidos pelo grande homem e médico William Osler e válidos principalmente nos dias atuais. Considerado o introdutor do Humanismo na Medicina Moderna, Osler tem uma história de vida cheia de exemplos, como seus esforços para estudar e seu amor pela medicina. Segundo Osler, médicos devem sempre ser estudantes e estudiosos; devem tratar bem tanto a doença quanto a pessoa humana; devem estar sempre próximos dos pobres. Ninguém deveria aproximar-se do templo da ciência médica com alma de mercador.

Dessa forma, inspirando-se no pensamento de Osler, alguns compromissos imprescindíveis ao médico na sociedade do século XXI são:

1. Zelar pelo bem-estar do paciente: o poder econômico, a pressão social e as exigências administrativas não podem impedir que o médico se dedique integralmente ao paciente. A independência e o altruísmo levam a confiança, que é crucial para a boa relação entre médico e paciente.

2. Defender a autonomia do paciente: os médicos devem respeitar a autonomia dos pacientes, levando-os a tomar decisões livres e esclarecidas sobre os tratamentos e procedimentos. As decisões dos pacientes devem ser soberanas, mas ao mesmo tempo devem contemplar a ética médica.

3. Promover a Justiça Social: a profissão médica deve promover a justiça social nos sistemas de saúde, incluindo a destinação justa dos recursos. Os médicos devem atuar para eliminar a discriminação na assistência em saúde.

4. Agir com Responsabilidade Profissional:

4.1 Competência: os médicos devem comprometer-se com a educação continuada e aprendizagem permanente ao longo da vida profissional. As entidades representativas devem assegurar-se de que os médicos têm boa formação e buscar mecanismos apropriados para que cumpram esse objetivo.

4.2 Confiança: os pacientes devem ser informados de forma clara antes e após o tratamento. Os médicos devem estar conscientes de que, por vezes, ocorrem erros que prejudicam os pacientes. O diálogo franco sobre esse assunto pode restabelecer a confiança. A notificação e a avaliação dos erros médicos permite traçar estratégias de prevenção.

4.3 Confidencialidade: o médico deve assegurar a confidencialidade das informações sobre os pacientes. Isto se estende às conversas com pessoas que os representam, quando não é possível o consentimento direto dos pacientes. O uso generalizado da informática para arquivo de dados e a crescente informação genética hoje disponível exigem novos cuidados para a garantia do sigilo médico, que pode ser quebrado apenas diante de comprovado interesse público ou quando o paciente põe em risco outras pessoas.

5. Atuar com Ética no Relacionamento com os Pacientes: tendo em vista a situação muitas vezes de dependência e vulnerabilidade dos pacientes, é condenável a atitude de médicos que tentam explorar vantagens sexuais, benefícios financeiros ou qualquer outro interesse pessoal.

6. Exigir Qualidade no Atendimento: os médicos devem dedicar-se à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Este compromisso implica não só em assegurar a competência clínica, mas também trabalhar em colaboração com outros profissionais com o objetivo de diminuir o erro médico, aumentar a segurança do paciente, otimizar os efeitos do tratamento e avaliar os resultados.

7. Incentivar a Ampliação do Acesso: o objetivo de todos os sistemas de saúde deve ser disponibilizar um padrão adequado e uniforme de assistência. Os médicos devem lutar para garantir equidade do atendimento; a promoção e prevenção da saúde; e a justiça social, individualmente e por meio de suas entidades representativas.

8. Defender a Distribuição de Recursos: os médicos devem estar empenhados em trabalhar com outros médicos, hospitais e entidades segundo diretrizes e consensos científicos. A utilização de exames e procedimentos desnecessários não só expõe os doentes a danos e custos evitáveis, como também diminui os recursos que poderiam estar disponíveis a outros pacientes.

9. Buscar Sempre o Conhecimento Científico: os médicos têm o compromisso com o uso adequado do conhecimento científico e tecnológico; tem o dever de verificar os padrões científicos, de promover a investigação e de criar novos conhecimentos, assegurando o seu uso apropriado, baseados na evidência científica e na experiência pessoal.

10. Reconhecer os Conflitos de Interesses: os médicos e suas organizações não devem obter ganhos privados ou vantagens pessoais a partir da interação com empresas de fins lucrativos, incluindo indústria farmacêutica, fabricantes de equipamento médico, operadoras de planos e seguros de saúde. Os médicos tem a obrigação de reconhecer e divulgar publicamente os conflitos de interesses que envolvem suas atividades profissionais.

11. Agir com Responsabilidade Profissional: como integrantes de uma classe, espera-se que os médicos colaborem entre si para potencializar a assistência ao paciente, se respeitem mutuamente e participem de processos de auto-regulamentação da profissão.

Dentro deste contexto, dois aspectos referentes à responsabilidade profissional merecem destaque: o consentimento informado e o sigilo médico. É crucial que haja autonomia de vontade na conduta do paciente. A crença, a vontade e os valores morais de um paciente impõe-se que sejam respeitados. Na sociedade moderna os direitos individuais na área da saúde têm sofrido um impulso e valorização consideráveis. Isso implica em conhecimento, pois não pode haver ignorância por parte do paciente sobre os atos médicos. O consentimento é uma escolha voluntária, advinda desta reflexão baseada, além do conhecimento, em valores próprios. Compete ao médico instruí-lo e orientá-lo, sem coerção. A omissão do médico caracteriza um ato omissivo culposo. O profissional médico que não fornecer ao paciente as verdades corretas, para que em cima destas o paciente tome uma decisão independente, não está respeitando a autonomia do paciente, incorrendo assim, em um agir culposo, pelo qual é passível de ser responsabilizado. O dever de informação é uma das regras primordiais da atividade médica. É, pois, indispensável o consentimento informado na relação médico-paciente e isso envolve um diálogo. A falta de consentimento informado caracteriza uma negligência do médico. O consentimento informado é parte integrante do ato médico. Não pode faltar, caso contrário, o médico pode ser responsabilizado legalmente por esta omissão (SOUZA, 2003).

O notável progresso das ciências biológicas e o crescente desenvolvimento da bioética trouxe uma nova estruturação no relacionamento médico-paciente. Hoje, o silêncio exigido aos médicos tem a finalidade de impedir a publicidade sobre certos fatos conhecidos cuja desnecessária revelação traria prejuízos aos interesses morais e econômicos dos pacientes. A privacidade de um indivíduo é, pois, um ganho que consagra a defesa da liberdade e a segurança das relações íntimas. A Declaração Universal dos Direitos Humanos assegura “o direito de cada pessoa ao respeito de sua vida privada”. Deve-se entender que o segredo pertence ao paciente. O médico é apenas o depositário de uma confiança. A quebra do sigilo profissional não é somente uma grave ofensa à liberdade do indivíduo, uma agressão a sua privacidade ou um atentado ao exercício da sua vontade. É também uma conspiração à ordem pública e aos interesses coletivos. Estima-se ser o sigilo médico o silêncio que o profissional da medicina está obrigado a manter sobre fatos que tomou conhecimento

no exercício de suas atividades, e que não seja imperativo divulgar. E segredo médico o fato que não deve ser revelado. O Código de Ética Médica afastou o conceito *absolutista* – que impõe o sigilo incondicional em qualquer situação, e o conceito *abolicionista* – que desaprova qualquer reserva de confidências, adotando o conceito *relativista* da guarda do segredo, quando admite a revelação por “justa causa, dever legal ou por autorização expressa do paciente” (FRANÇA, 2003).

Por fim, um outro compromisso do médico na sociedade contemporânea diz respeito a iatrogenia. Nos dizeres de Bailant, o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade. Aqui vale o princípio de não prejudicar, o que depende basicamente da conscientização do médico sobre seus atos e palavras (LONDRES, 1997).

VI – CONCLUSÃO.

Ser médico nos dias de hoje é muito mais do que uma simples opção profissional. É, na verdade, uma missão, um compromisso social, um chamado para a guerra contra a desumanização e o sofrimento.

Ser médico nos dias de hoje é tentar resgatar a dignidade, o humanismo, a solicitude e a empatia. É dizer não às pressões, é superar os próprios limites, é ter bom senso para saber até onde ir, sem desanimar antes da hora.

Ser médico nos dias de hoje é lutar contra injustiças, é não se corromper em trocas de favores e nunca prejudicar o próximo. É ser humilde para reconhecer as próprias falhas, assumindo o compromisso com o aperfeiçoamento constante.

Ser médico nos dias de hoje é não se deixar substituir pela tecnologia, nem desprezar os benefícios da mesma. É se colocar no lugar do outro, é ouvir o outro, é enxergar o outro, é tentar decifrar as angústias do outro.

Ser médico nos dias de hoje é assumir um compromisso com a humanidade, sabendo de todos os sacrifícios impostos por esta escolha. É ter capacidade e força para lutar sempre, amar sempre, aliviar sempre.

Ser médico nos dias de hoje é driblar as dificuldades, superar as crises e sobreviver mesmo em condições adversas. É muitas vezes não ser reconhecido e, outras vezes, ser honrado. É aprender a não se deixar levar por momentos, buscando sempre a profundidade das ações.

Ser médico nos dias de hoje é saber consolar as aflições, enxugar as lágrimas e muitas vezes não deixar transparecer o próprio sofrimento. É angustiar-se pelos outros, é preocupar-se pelos outros, é zelar pelos outros.

Ser médico nos dias de hoje é não ter vaidade, é despir-se da onipotência, é afastar-se da corrupção. É ser vigiado, questionado e afrontado, agindo sempre com prudência em qualquer situação.

Ser médico nos dias de hoje é tentar mudar os rumos da história, sem ser super-herói. É tentar construir uma sociedade mais justa, mais digna e mais feliz. É buscar a essência daquilo que prejudica o homem, para tentar combater o mal.

Ser médico nos dias de hoje é um apostulado. Afastem-se desta escolha todos aqueles fundamentados apenas nos interesses mercantis, pois certamente sairão frustrados.

Ser médico hoje, mais do que nunca, é tratar doentes e não doenças. É resgatar a arte perdida de curar.

A sociedade, neste novo século, precisa de médicos de homens e de almas.

Ser médico hoje é vestir as roupas santas da arte e da ciência Médica, lutando sempre para o progresso do saber.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BOCK, A. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. D. L. T. *Psicologias*. 11 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1998.

BRUKER, M. O. A crise na medicina. Disponível em <www.taps.org.br/medcrise01>. Acesso em: 10 jun. 2003.

COLEMANS, V. O conhecimento aumenta – a saúde diminui. Disponível em <www.taps.org.br/mdecadencia11.htm>. Acesso em: 12 jul. 2003.

CARPIGIANI, B. *Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos*. São Paulo: Editora Pioneira, 2000.

COOK, R. Evolução da medicina. Disponível em <www.taps.org.br/mdecadencia01.htm>. Acesso em: 05 marc. 2003.

FERREIRA, R. A. A medicina atual – biológica e tecnológica. Disponível em <www.medicina.ufmg.br/edump/ped/biotec>. Acesso em: 12 jun. 2003.

FILHO, A. E. M. Aspectos da responsabilidade penal do médico. Disponível em <www2.uerj.br/~direito/publicacoes/artigos.html>. Acesso em: 14 abr. 2003.

FRANÇA, G. V. O Segredo Médico e nova ordem bioética. Disponível em <www.crmPB.cfm.org.br/Regional/crmPB/artigos/segredo_bioetica>. Acesso em: 10 jun. 2003.

KIPPER, D. J.; LOCH, J. A. Questionamentos éticos relativos à graduação e à residência médica. *Bioética*, vol. 10, n. 2, 2002.

LEVIN, A. S. Corrupção na medicina moderna. Disponível em <www.taps.org.br/medcrise.htm>. Acesso em: 23 fev. 2003.

LONDRES, L. R. *Íatrica: ensaios sobre a teoria da prática médica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

MELEIRO, A. M. A. S. *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos-Editorial, 2001.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MILLAN, L. R.; DE MARCO, O. L. N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P. C. V. *O universo psicológico do futuro médico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MIRANDA, L. S. Desafio à sociedade: remuneração justa para os médicos. *Jornal de Medicina do Conselho Federal* ANO XVIII, n. 142 abr/2003.

PEREIRA, V. Ser médico. *Arquivos Médicos*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 44 –46, 2002.

PORTO, M. A. T.; MOREIRA, M. F. S. A medicina moderna – a crise do sujeito singular ou Rudolf Virchow e os seis conceitos para definição do indivíduo. Disponível em < www.uff.br/nesh/publica/indvirch.htm >. Acesso em: 30 mai. 2003.

REZENDE, J. M. Caminhos da medicina. Disponível em <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende>>. Acesso em: 25 mai. 2003.

REZENDE, J. M. O uso da tecnologia no diagnóstico médico. Disponível em < <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende> >. Acesso em: 25 mai. 2003.

SIQUEIRA, J. E. A arte perdida de curar. *Bioética*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 88 – 103, 2002.

SOUZA, N. T. C. O consentimento informado na atividade médica e a autonomia do paciente. Disponível em <www.ibemol.com.br/neri/>. Acesso em: 12 abr. 2003.

BIOÉTICA. FLÓRIDA

.....

GOVERNADOR MANDA RELIGAR TUBO DE MULHER EM COMA

CLEARWATER, FLÓRIDA (AE/AP) - A LUTA PELA vida de Terri Schiavo, uma mulher em coma há anos, atingiu níveis dramáticos desde terça-feira, quando o governador da Flórida, Jeb Bush (irmão do presidente) deu ordens para que Terri, cujo tubo de alimentação foi removido na semana passada, voltasse a ser reidratada e recebesse alimentação intravenosa, depois que o Senado estadual aprovou uma lei para salvar sua vida.

Recusa

Ontem, um juiz recusou um pedido do marido para reverter a ordem de Bush. Os especialistas, entretanto, se perguntam se o legislativo e o governador não ultrapassaram os limites ao se sobreporem às leis que regem os tribunais.

Segundo o jurista e professor de Harvard Laurence Tribe, a ação do governador e do Senado viola princípios pétreos de uma decisão, de 1990, da Corte Suprema dos Estados Unidos.

O tribunal decidiu, num caso do Mississipi, que outra mulher que estava sendo alimentada por tubos havia sete anos teria direito a morrer se por clara e convincente evidência se provasse que era o que ela queria. Terri Schiavo nunca assinou um testamento, no qual as pessoas reivindicam o direito de morrer se entrarem em estado comatoso irreversível.

Mas seu marido disse que ela lhe falou que nunca quereria ser mantida viva artificialmente. Os pais afirmam que ela nunca lhes falou disso e estão lutando para manter a filha viva.

Transcrita da Gazeta do Povo 22/10/03.

O MÉDICO NA MODERNA SOCIEDADE DO SÉCULO XXI

Sônia Wendt Nabarro*

O objetivo deste estudo é a análise da relação médico-paciente no século XXI, frente às características da moderna sociedade ³/₄ a imposição da globalização, a desigualdade social e o avanço tecnológico ³/₄ e a avaliação dos problemas que tais circunstâncias ocasionam, direta ou indiretamente, à representatividade médica. Para alcançar tal objetivo, a argumentação se baseia no resgate da ética como valor essencial dentro da modernidade, na avaliação das consequências da desigualdade social para a medicina, e na postura médica perante o avanço tecnológico.

Palavras-chave: medicina, ética, globalização, relação médico-paciente

THE PHYSICIAN IN THE MODERN 21ST CENTURY SOCIETY

The object of this study is to analyze the medical-patient relationship in the 21st Century through the study of the world globalization, the social inequalities and the technological developments. The rationale is based on current ethical values, on the consequences of the social inequalities in the medical assistance and finally on the medical posture in the presence of the technological developments.

Key words: medicine, ethics, globalization, medical-patient relationship

*"Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive."*

Fernando Pessoa

INTRODUÇÃO

Objetivando a análise dos diversos aspectos do papel exercido pelo médico na moderna sociedade, o presente estudo fará uma breve consideração de sua trajetória até chegar à posição que ora ocupa, numa avaliação de sua passagem gradativa de detentor a instrumento do conhecimento científico alcançado pela medicina. Senhor da magia, da pesquisa e da ciência, o médico esteve presente, inevitavelmente, em todos os tipos de comunidade, desde os primórdios da civilização,

* Médica formada pela UFPR. Artista Plástica graduada pela Escola de Música e Belas Artes do Paraná. Escritora filiada ao Clube de Poetas de Campinas. Residente em Campinas - SP. Trabalho classificado com Menção honrosa no Concurso de "Melhor Monografia em Ética Médica 2003". 14º evento promovido pelo CRM/PR.

encarregado de zelar pelo frágil vínculo entre a vida e a morte, mantendo sempre em evidência a questão da higidez física e mental como requisito básico para alcançar a plenitude da vida. Seu papel e sua participação, no entanto, têm sofrido as conseqüências das mudanças inerentes a cada época, submetendo-se à variabilidade das situações constantemente renovadas, caminhando num sentido progressivo desde os mais remotos rituais de magia e submissão ao divino até a mais moderna expansão da ciência como detentora da verdade. Observa-se, portanto, a necessidade de estudar com mais cuidado e interesse a transformação do médico no contexto social, esclarecendo as diferentes posturas que a representação médica tem tomado a seu critério, assim como as diversas formas de renúncia a que teve que se submeter ao longo dos tempos, até delinear e assumir sua atual condição na modernidade.

Perante os valores impostos pela sociedade em constante mutação, o médico vê renovados, a cada instante, o seu papel e o seu referencial, sem se dar conta, algumas vezes, da importância de sua atualização não apenas no campo do conhecimento científico, mas também na postura que assume frente a determinadas questões da área ética e social. Não apenas a medicina mudou, mas mudaram as exigências e especulações de uma população que, repentinamente, passou a ser assediada pela informação crescente, pelo *glamour* da mídia e pela possibilidade de exercer plenamente seus direitos. Dessa forma, ressaltando e questionando os encargos que a moderna sociedade permite e espera da representação médica, assim como a necessidade iminente da sua humanização, o presente estudo proporcionará uma visão aberta a novas possibilidades e tendências. O médico deixa de servir-se da antiga onipotência do conhecimento científico elitista e dirigido, passando a ser um instrumento da tecnologia a serviço do progresso, muitas vezes ficando sujeito a desgastar-se num labirinto de conflitos e tendências onde deverá, necessariamente, buscar seu ponto de equilíbrio.

A contribuição principal deste estudo será justamente o questionamento da representação médica, visando seu melhor entendimento e valorização, com um aproveitamento mais amplo de sua formação e acessibilidade em manusear a ciência a favor da população. Não será abordado apenas o resgate da figura médica como mediadora entre a perda da saúde e a recuperação, mas também o resgate de seu objetivo primeiro, a procura da melhor forma de estabelecer e conservar tal vínculo, libertando-o das mistificações e fantasias a que esteve sujeito durante tantos séculos. O entendimento dessa premissa, tanto pelo médico enquanto agente de saúde, quanto pela população que dele depende, fornecerá a base para a busca de melhores resultados para a medicina, além dos já propostos pelo progresso científico.

A análise da representação médica tentará abordar, assim, diversos aspectos do cotidiano da moderna sociedade, oferecendo temas ligados ao campo de atuação do médico em toda a sua extensão. Serão expostos os vínculos entre o médico, a moderna sociedade de contrastes e o progresso tecnológico, analisando-os sob a perspectiva de uma era que busca seu ponto de equilíbrio físico e mental através de uma nova identificação para a representatividade médica. Adquirindo informações sobre a evolução franca da medicina e das instituições, analisando estatísticas que comprovem as conseqüências e necessidades dos serviços médicos, e buscando na sociologia a sustentação para os argumentos a favor da humanização do médico, o

presente estudo fornecerá dados e discorrerá sobre a importância e, principalmente, sobre a necessidade da adaptação do médico à nova sociedade.

A REFORMULAÇÃO DA ÉTICA

Falar em reformulação da ética se torna quase um contra-senso se tomarmos a ética dentro de seu conceito estático, atemporal e auto-significativo. Torna-se necessário, portanto, dirigir essa reformulação não ao conceito em si, mas à sua interpretação, essa sim variável e sujeita às alterações do meio.

Diferente da moral, que compreende a aceitabilidade de costumes e comportamentos em determinada época e sociedade, a ética tem a ver mais com julgamento e comportamento humano. Vieira (1998) defende três princípios básicos que permitem nortear a regulamentação da ética no campo da medicina: o respeito à autonomia do indivíduo como direito, a beneficência, promovida pela garantia do bem-estar, e a justiça, através da igualdade.

A medicina esteve, até o século XX, sob a tutela do autoritarismo, e em seu nome muitas formas de injustiça foram cometidas, só merecendo uma preocupação genuína, por parte das autoridades, perante a grande repercussão que o advento da comunicação permitiu durante a Segunda Guerra Mundial. Em face das diversas atrocidades cometidas em nome da ciência nos campos de concentração nazistas, o Código de Nuremberg*, estabelecido em 1947, delimitou novos caminhos para a ética médica, em especial no campo da pesquisa e da autonomia do paciente. Conseqüentemente vieram a Declaração de Helsinque** e as Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos***, possibilitando uma abertura maior para discussões no âmbito da pesquisa médica, sugerindo uma preocupação maior com o direito individual do paciente, até então pouco valorizado.

A preocupação ética envolvendo o paciente e seus direitos acabou por eleger a conscientização da relação médico-paciente como um dos requisitos fundamentais para a evolução objetiva da ciência médica nos dias atuais. Passou a haver uma interdependência entre a ciência e os objetivos concretos da humanidade, e a medicina se libertou do autoritarismo político e religioso, passando a ser discutida em sua plenitude por toda a população, até alcançar proporções inimagináveis.

Podemos partir da hipótese de que tudo o que se encontra ao alcance do entendimento do homem depende, em princípio, de três fatores fundamentais: o primeiro seria a natureza das coisas, isto é, como as coisas realmente funcionam e quais as suas propriedades; o segundo seria o que o homem, como ser racional e voluntário, pode fazer com tais coisas, em direção a determinado objetivo, em geral a felicidade; o terceiro fator, afinal, seria o caminho escolhido, compreendendo os meios pelos quais tais conhecimentos são aprendidos e comunicados (Locke, 1998).

Levando em consideração as observações de Locke, podemos, então, disponibilizar três elementos essenciais para sintetizar e entender a amplitude do trabalho médico:

1º) A ciência propriamente dita, no caso específico a ciência médica, que existe por si mesma, com leis e propriedades inerentes à natureza, e que independe da vontade do homem.

2º) O conhecimento desta ciência, traduzido pela vontade de adquiri-la, e que capacita o médico para o trabalho que voluntariamente seguiu e viabilizou.

3º) A forma como essa ciência é utilizada e manejada, através da simbologia representativa do atendimento médico.

Podemos garantir, portanto, que o primeiro fator é infinito e independente do conhecimento do homem, sendo que a ciência existe por si, é autônoma e imutável, competindo ao homem, portanto, a sua aquisição ou não, dependendo da época, possibilidade e afinidade. A aquisição do conhecimento, porém, depende de fatores externos afins, tais como tendências da época, interesses, evolução social. Apesar dessa dependência de fatores externos e do caráter progressivo, essa aquisição não subentenderá, em si, o uso para fins determinados e específicos, mas caberá finalmente ao adquirente a escolha do caminho, a escolha da forma mais apropriada para a utilização do conhecimento. A mutabilidade das exigências sociais e a coordenação entre o homem e as necessidades do meio é que despertarão no médico o interesse pela forma mais apropriada e efetiva da utilização de todo o seu conhecimento.

O caráter da escolha específica do uso do conhecimento, portanto, é o mais propenso à variabilidade humana, pois não subentende uma evolução em direção ascendente, como sua aquisição, mas sim subentende uma adaptação. A adaptação não segue o mesmo processo do conhecimento puro e simples, pois não se atém à continuidade, ao acúmulo do conhecimento, mas sim à particularidades comportamentais, tipos de sociedade e épocas específicas. Tanto é assim que se pode constatar certa defasagem entre evolução material e espiritual, haja vista a evolução tecnológica do homem nem sempre estar em sintonia com sua evolução psicossocial, ética e moral. A despeito de todo o conhecimento científico e da experiência adquiridos através dos séculos, ainda hoje são necessárias garantias claras e específicas da lei para que o homem não se comporte como nos primórdios da civilização. Assim, a cada nova geração, por mais primárias e óbvias se apresentem as leis, a tendência é que sejam novamente revistas, questionadas e reafirmadas, num caráter básico de controle ético e moral, realçando ininterruptamente a necessidade de adaptação do homem para garantir a sua continuidade.

A modernidade, em especial, debate-se perante a franca deterioração das leis e dos valores, substituídos e postergados com a mesma velocidade da corrida tecnológica. A cada nova descoberta científica, novos pontos sensíveis se apresentam, dando vazão às manifestações mais instintivas do homem, e os antigos valores são confrontados. Baudrillard (1994) ressalta que uma das características da nossa modernidade é a "representação das massas", o confuso amontoado social que absorve $\frac{3}{4}$ e não irradia $\frac{3}{4}$ a eletricidade do social e do político, neutralizando-a e diluindo-a sem deixar traços. A massa move-se, na maioria das vezes, sem a noção exata da ética, que lhe foge à compreensão instintiva, e sem a noção exata de seu próprio papel que, através do apelo da mídia, é incorporado ao coletivo, anulando a vontade própria e fornecendo diretrizes comuns. A massa aspira ao espetáculo, à grandiosidade superficial, e nem sempre compreende e assimila o verdadeiro sentido de sua própria aquisição.

Há alguns princípios básicos, porém, que não costumam ser esquecidos pela percepção interna, e que norteiam o caráter e o modo de vida do homem a despeito das mudanças que ocorrem ao seu redor. Sobre tais princípios universais se fundamenta o caráter comportamental do homem, independente da época em que

vive e da profissão que escolhe. Do ponto de vista da medicina, se levarmos em consideração o fato de que o médico, enquanto homem de ciência, torna-se detentor de um conhecimento fundamental à evolução do homem $\frac{3}{4}$ a conservação da saúde $\frac{1}{4}$, cabe a ele, através da responsabilidade ética e moral, beneficiar o meio que o cerca com a forma mais adequada da aplicação desse conhecimento.

O conhecimento e a manipulação das leis que regem a vida, especificamente a saúde, sempre conferiram ao médico um papel de destaque e relevância em todas as sociedades, elevando-o, independentemente de sua pretensão, a uma esfera de superioridade involuntária. O poder de manipular aquilo que o homem determinou como "divino" transformou o médico numa espécie de detentor mágico do mito mais intrigante da humanidade: a questão da vida e da morte. Há, obviamente, um grande abismo entre a realidade do aprendizado humano e a fantasia popular e, a despeito do caráter de onipotência que tal poder de manipulação confere ao médico, torna-se importante que a responsabilidade real desse poder esteja sempre caracterizada em todos os atos e decisões médicas.

Podemos comprovar, através dos séculos, que a sabedoria não provém do conhecimento, mas sim da forma como esse conhecimento se manifesta, e tem entre seus requisitos básicos o caráter de humildade que confere a quem a adquire sob a percepção da limitação humana. O médico, assim como quaisquer outros profissionais, tanto é mais sábio quanto mais humanizado e desmistificado se apresenta, esquivando-se ao engano comum de que humildade e firmeza não são compatíveis.

A premissa de infalibilidade e onipotência, ao longo de vários séculos, foi transmitida aos médicos nas escolas de medicina, baseada na intenção de transmitir confiança, de trazer certeza e objetividade ao relacionamento médico-paciente. Um médico que aparentasse dúvidas seria, segundo a tradicional orientação das escolas, um médico "não confiável".

A moderna sociedade, munida da variedade de informações científicas que chegam através de todos os meios de comunicação, já não admite com tanta facilidade a infalibilidade técnica do médico, tendo em vista a velocidade com que o conhecimento médico se multiplica e a limitação da capacidade humana. Nenhum médico seria capaz de possuir todo o conhecimento científico e, mesmo que o possuísse, em pouco tempo se tornaria obsoleto, dada a evolução rápida da ciência e as mutações da humanidade.

A moderna sociedade, informada e consciente da limitação humana, não busca mais o médico infalível "que tudo sabe", mas sim o médico que sabe usar com sabedoria e competência o tanto de conhecimento que adquiriu. Torna-se importante a figura humana do médico, o seu caráter aberto ao aprendizado e ponderação, assim como a sua disponibilidade para ouvir o paciente com interesse. Uma relação de interdependência se estabelece, pois o médico não trabalha isolado, mas sim com a somatória de seu conhecimento, das observações, dos exames e das queixas do paciente. Um necessita do outro para chegar ao diagnóstico correto, e a unilateralidade provocaria a deterioração da relação médico-paciente. Na verdade, o médico deve colocar à disposição do paciente o seu conhecimento, a sua compreensão e o seu auxílio, considerando-o, porém, como "aquele que mais conhece a respeito de sua doença, pois a experiência de vivê-la é dele" (Silva, 2001).

Ferreira da Silva destaca ainda algumas das necessidades que movem o paciente em busca do atendimento médico: segurança, validação, aceitação, confirmação

da experiência pessoal, autodefinição, impacto sobre a outra pessoa, iniciativa. O reconhecimento do paciente como indivíduo com história válida e aceitável, a sensibilidade do médico perante as queixas e observações, a compreensão e a cumplicidade, a iniciativa do médico em indicar caminhos, demonstrando interesse e curiosidade pela evolução do paciente, todos esses fatores conferem à relação médico-paciente a segurança necessária. E todas essas necessidades podem ser resumidas dentro da grande necessidade própria ao relacionamento entre os seres humanos: o anseio por afeto.

GLOBALIZAÇÃO E DESIGUALDADE SOCIAL

Nos primórdios da civilização, a medicina consistia num emaranhado de fatos isolados, com bases na astrologia e na teosofia, dos quais guarda resquícios até os dias atuais. Aos poucos, a percepção e a experiência foram permitindo a descoberta sucessiva das leis, da força e da constituição geral da natureza, estabelecendo um processo de substituição da magia inicial pelo conhecimento.

Apesar da evolução científica, o homem ainda guarda relações íntimas com os mitos que assombram seu inconsciente, conservando até os dias atuais alguns rituais e objetos sagrados, cujo poder místico permite sua ligação abstrata com a cosmologia. Diversas civilizações, em especial as orientais, têm seguido essa linha de conduta, onde a doença passa a ser atribuída, muitas vezes, à quebra de harmonia entre o indivíduo e o cosmos.

As crenças, apesar da evolução científica, tendem a permanecer potencialmente na fantasia popular, assombrando as sociedades mais desvalidas, disfarçadas na sutileza dos símbolos e fetiches, e passam a se manifestar com mais clareza quando há o confronto direto com a ciência, gerando conflitos que podem prejudicar a orientação e o tratamento de determinadas doenças. Cabe ao conhecimento médico, portanto, além da aquisição da ciência, a sabedoria do mito, para que o franco conflito não se estabeleça, deteriorando de forma irreversível a relação médico-paciente.

A presença da idéia mágica da medicina tem mantido, ao longo da evolução social, uma relação inversamente proporcional com o advento da ciência. A precariedade econômica que dificulta o acesso ao conhecimento científico é também responsável, na mesma proporção, pela busca da solução mágica, onde a insegurança e a impossibilidade da autodeterminação passam a ser requisitos para a submissão ao divino. As doenças passam a fazer parte da cosmologia que determina e supre a falta de perspectiva experimentada pela miséria, e muitas vezes passam a ser vistas, de forma até inconsciente, como punição ou missão contemplativa do sagrado, fugindo ao controle dos humanos.

A moderna sociedade, porém, firmou-se justamente num mundo de contrastes, onde passaram a conviver, lado a lado, a miséria e a opulência, o avanço tecnológico e a magia primitiva. A globalização, ao contrário de suas pretensões iniciais $\frac{3}{4}$ promover a acessibilidade aos recursos para as populações mais carentes $\frac{3}{4}$, acabou não viabilizando tal processo, tendo como principal conseqüência a deterioração das tradições milenares que mantinham tais populações, distanciando-as do desenvolvimento social. Pode-se afirmar que a globalização acabou por evidenciar ainda mais as desigualdades sociais, desnudando os povos subdesenvolvidos e reduzindo-os a "pedintes", criando um vínculo de dependência doentia e regressão social.

As populações carentes perderam a identidade com o meio que as sustentava e com os mitos que as mantinham e dignificavam, ficando à mercê da exploração dos povos dominantes, tornando-se expostas a valores incompreensíveis dentro de uma realidade apelativa e inalcançável, onde os sonhos consumistas não conseguiram substituir à altura a tradição que as conduzia e que as mantinha saudáveis. Com a pretensão de promover a igualdade entre os povos, a globalização reverteu-se, inadvertidamente, em algoz dos desvalidos sociais, tirando-lhes a luz mantenedora da dignidade.

A Organização das Nações Unidas estima que, atualmente, nas áreas mais pobres do planeta, cerca de um bilhão de pessoas ainda não têm acesso a remédios, vacinas e tratamento médico. De acordo com a organização Médicos Sem Fronteiras (MSF), embora perfaçam 80% da população atual, os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento respondem por apenas 20% do mercado de remédios. De acordo, ainda, com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), dos 4,6 bilhões de indivíduos dos países em desenvolvimento, 2,4 bilhões vivem sem saneamento básico, 2 bilhões vivem sem eletricidade, 968 milhões não têm acesso a fontes de água tratada e 854 milhões são analfabetos (Abril, 2003). Sem a acessibilidade da população à informação e às mínimas condições de higiene e prevenção, as formas e perspectivas de cura nem sempre se alinham com as possibilidades científicas globalizadas, e resta ao médico enfrentar incessantemente a ambigüidade de sua formação perante uma população carente de explicações aceitáveis ao seu universo mítico, consumida pela eterna busca da solução mágica para suas doenças e esquecida, na maioria das vezes, de seus direitos básicos.

Munido das mais modernas formas de tratamento, diagnóstico e prevenção, muitas vezes o médico acaba abrindo mão da objetividade e evolução científica, entregando-se à intransigência das diferenças sociais, rendendo-se à difícil arte de conciliar situações contrastantes e extremas. Trata-se, portanto, do ponto de equilíbrio necessário ao médico, o alcance da maleabilidade e compreensão inerentes à sua formação não apenas acadêmica, mas também ética e moral. O respeito e a compreensão das tradições inerentes a cada comunidade, sem desviar do objetivo primário do cuidado médico, se tornam assim aliados $\frac{3}{4}$ e não inimigos $\frac{3}{4}$ de uma percepção maior da doença enraizada no meio que a produziu.

Os fundamentos da clássica medicina, de modo geral, não foram criados para o reconhecimento das variações individuais, ou mesmo sociais, mas sim para o entendimento das generalidades. O médico tem informações sobre a doença, seu diagnóstico, evolução e tratamento, mas não sabe o quanto aquele conhecimento pode ser aplicado a cada paciente em particular. Muitas vezes, pela incapacidade de conhecer o paciente como indivíduo, o médico tende a simplificá-lo para que se ajuste às leis e estatísticas gerais, reduzindo-o a simples ocorrência e perdendo a oportunidade de aprender com o próprio paciente.

A observação, muitas vezes, pode se tornar aliada do trabalho médico, assim como o respeito e a atenção à individualidade, às crenças e aos costumes, que devem ser cuidadosamente analisados: "Produzir conhecimento sobre o indivíduo, eis o grande desafio da medicina" (Almeida, 2002). A experiência médica tem feito uso, esporadicamente, dessa capacidade de assimilação dos costumes, como comprova a própria história da medicina. Um exemplo típico é a descoberta da vacina antivariólica, quando se comentava entre a população a crença de que os leiteiros ficavam livres da

varíola humana ao contraírem a varíola bovina. Apesar dos médicos locais não acreditarem nessa hipótese, Edward Jenner teve o bom senso de investigar, descobrindo os fundamentos da crença, surgindo dessa constatação sua primeira vacina antivariólica.

A assimilação das medidas preventivas e da educação para a saúde entre a população se torna viável, portanto, desde que respeitada sua forma particular de aprendizado, desde que as orientações sejam cabíveis à estrutura da comunidade que a comporta e desde que os recursos sejam suficientes para a implementação dessas medidas.

Sob a face da disparidade de recursos e voltada a esse aspecto de vigília e respeito mútuo, a medicina tem buscado alianças no aspecto educativo, na tentativa de estabelecer a acessibilidade à saúde de forma preventiva e em longo prazo. O investimento na prevenção veio a se mostrar mais promissor, economicamente, do que o investimento na medicina curativa. Assim, a conquista do meio onde a doença se manifesta, a sua compreensão e controle, a informação contínua e as medidas preventivas seriam implantadas de forma a viabilizar a saúde e reafirmar sua importância para a busca da felicidade. Sem a educação necessária, sem a informação consciente e sem o respeito ao meio do indivíduo, a medicina sensata e científica perde seu espaço para a credulidade e a exploração mágica.

O médico, na nova abordagem preventiva, tende a se tornar um aliado, se não o agente principal, da saúde viável da população. Sua atitude, longe de ser superior e distanciada, deve antes se basear na confiabilidade mútua, na compreensão dos limites do paciente, tornando-se um cúmplice seguro e sábio perante as queixas e expectativas. Mostrando-se um semelhante, alguém que está igualmente sujeito ao meio, mas que o pode modificar, sanear, higienizar e utilizar adequadamente em proveito próprio e em proveito da comunidade, atendo-se à possibilidade da experiência pessoal, o médico se aproxima e orienta com sabedoria.

A proximidade médica deve deixar de oscilar entre a promessa do milagre científico e a arrogância do conhecimento ostensivo, passando a ser a conciliadora entre o meio, as crenças e a ciência efetiva. Essa seria a única forma viável para alcançar a população carente, pois não se pode destruir aquilo que não se tenha condições de substituir à altura. Assim, a aceitação plena da ciência só vai ocorrer quando ela puder provar sua utilidade sanando de maneira eficiente e gratificante a carência dos povos subdesenvolvidos, ofertando-lhes o penhor da felicidade e do bem estar através da saúde.

TECNOLOGIA E MEDICINA

A medicina, enquanto ciência, teve sua evolução sempre dependente da sociedade onde se estabeleceu. Suas oscilações e sua abordagem de princípios sempre tiveram estreita ligação com o sistema que a mantém, pois sua sobrevivência dependia da disponibilidade econômica, política, social e religiosa. Tal dependência se tornou uma das causas da grande diferença que a ciência médica ainda hoje apresenta entre as civilizações ocidentais e orientais. Os resquícios teosóficos se mantiveram, em maior ou menor grau, de acordo com a disponibilidade de recursos liberados não apenas economicamente, mas também ligados à aceitação popular e religiosa.

Estudando o processo evolutivo da sociedade, percebemos que, na maioria das vezes, é a arte que tem aberto caminho para as mudanças sociais mais profundas, pelo seu nível de inconsciência e aparente ausência de riscos. Como é o sistema econômico que tem regido, quase sempre, as normas sociais, e tal sistema é totalmente cego ao estético, a arte tem o mérito de penetrar na sociedade de modo quase imperceptível, para posteriormente se estabelecer e extravasar seus limites, levando em seu rastro a filosofia e a ciência em toda a sua representação.

A ciência médica, pelo fato de se ater ao mistério mais complexo e extremo da humanidade $\frac{3}{4}$ a questão da vida e da morte $\frac{3}{4}$ tem merecido a atenção, o cuidado e até a repressão por parte do sistema, submetendo-se à oscilação política e econômica. Assim, a medicina viu-se obrigada, muitas vezes, a sobreviver através de pesquisas ocultas, artifícios e riscos. Sua evolução desde a magia e a adivinhação até a moderna tecnologia esteve sempre sob o signo do poder, desde as mais remotas manipulações das divindades inseridas na crença popular, até a atual sujeição à mídia e ao sistema globalizado.

Não se pode negar que o médico, sujeito à sociedade de cada época, sempre surgiu como alguém especial, capaz de enfrentar a doença sem o temor do mito, capaz de passar suas horas sobre ervas, poções, tratados e, mesmo nos primórdios da civilização, como alguém que poderia competir com as divindades, roubando-lhes o direito sobre a vida e a morte, ou simplesmente desafiando o divino. Mas, apesar de todas as suas conquistas, o médico sempre necessitou manter uma aparente fidelidade ao sistema, sem o consentimento do qual seria impossível exercer a sua profissão. Quando se depara com uma sociedade aberta ao novo, aberta ao conhecimento e à pesquisa, tem assim a oportunidade de exercer plenamente sua capacidade, ampliando o universo médico além das fronteiras do imaginário. Quando, porém, o médico se depara com a repressão e alienação social, só a maleabilidade e a sensatez podem lhe indicar caminhos alternativos e seguros.

Há que se salientar, portanto, os riscos da manipulação da ciência pelo sistema, assim como o equilíbrio e objetividade que deve possuir o médico para enxergar além das possibilidades que lhe são permitidas. E é nesse sentido, principalmente, que a ética vem fornecer respaldo e proteção.

A medicina ocidental manteve uma evolução estável através dos séculos, porém, ao chegar no século XX, essa evolução multiplicou-se a uma velocidade vertiginosa, deparando-se, por diversas vezes, com a dificuldade de adaptação social adequada às novas descobertas, com o conseqüente prejuízo da própria eficiência médica. As novas tecnologias e possibilidades são tantas que a sociedade se depara com o choque cultural proveniente das mudanças rápidas de valores e condutas.

O desenvolvimento, no século XX, das técnicas de pesquisa em microbiologia e o progresso da bioquímica, citologia e genética permitiram tal avanço na compreensão das doenças, que todas as expectativas foram ultrapassadas. A competitividade econômica produziu e financiou o aumento de trabalho e a rapidez nas descobertas que até então eram aleatórias e lentas. As cirurgias de alta precisão, os transplantes de órgãos, a renovação da farmacologia, todos foram responsáveis por uma medicina altamente eficiente e reformulada. Surgiram, em contrapartida, novos desafios, tais como a AIDS e, surpreendentemente, lado a lado com o progresso científico e

tecnológico, a carência e a desnutrição decorrentes da evidente situação de miséria do terceiro mundo.

Sob o advento das comunicações, as novas descobertas passaram a ser facilmente incorporadas e discutidas em congressos e revistas especializadas, chegando à população leiga revestidas do encantamento da promessa. Ao médico cabe, atualmente, a difícil missão de não se entregar por inteiro ao encanto das novas conquistas científicas, mas sim de regatar o que foi perdido, em termos de saúde, em todo esse processo de prodígio científico. Sem esquecer que o seu objetivo principal sempre é o doente, sem abrir mão das conquistas da medicina, o médico se tornou, talvez, um dos profissionais que mais versatilidade necessita, pela variedade de doentes que atende, pela variedade de necessidades, expectativas e exigências que enfrenta diariamente. A compreensão e a conduta ética podem conciliar, dessa forma, a nova tecnologia com as necessidades inerentes a cada grupo social, diversificando sua ação de acordo com a situação que enfrenta.

A variabilidade da expectativa do doente está em acordo com a sua condição sócio-econômica, e é nesse reconhecimento que pesa a importância da percepção e da identificação do médico com o paciente. O grau de entendimento, a escolaridade, a postura, as possibilidades de acesso à tecnologia e à informação, as condições higiênicas e preventivas da comunidade a que pertence o paciente, são todos fatores de extrema importância para nortear a conduta médica.

A disposição da alta tecnologia nem sempre pode ser plenamente resolutive e satisfatória, se levarmos em conta a expectativa do doente. Se tomarmos como exemplo nossa atitude frente a um doente que passa várias horas em uma fila e, quando atendido, não tem mais do que uma vaga queixa para a qual não consegue achar explicação dentro de seu restrito universo, mas que se satisfaz com algumas palavras de informação e firmeza, não poderíamos alegar que os cuidados médicos, no caso, eram desnecessários. Havia, portanto, a necessidade do médico através da palavra de conforto, da segurança transmitida e da informação.

O acesso à informação pode vir a ser um obstáculo ou uma dificuldade a mais. O paciente que chega informado de sua doença, que faz suas próprias suposições e discorre plenamente sobre terapias e procedimentos pode, muitas vezes, encontrar barreiras nos próprios limites tradicionais do médico. Sabe-se que, atualmente, há "83 milhões de páginas" na Internet sobre saúde (Reaney, 2002), e o acesso à informação não pode ser rejeitado ou descartado simplesmente, mas necessita ser, de alguma forma, incorporado ao atendimento médico. A despeito da confiabilidade ou não de tantas informações, cabe ao médico não agir com estranheza, pois a autonomia dá a todos o direito da obtenção do máximo de informações possível sobre a própria saúde, e a nova sociedade está pronta e tem recursos para se conhecer melhor. Ouvir com cuidado, analisar, sugerir e, de certa forma, utilizar-se dessa gama de informações disponíveis ao paciente para abordar a terapêutica com mais franqueza, discutindo sua conduta com o maior interessado, eis então o papel do médico na moderna sociedade.

A conduta médica frente ao doente informado passará a ser um desafio a partir desse século, pois não se poderá negar ao indivíduo o acesso a todo tipo de informação, e nem será possível salvaguardá-lo de informações enganosas. Ao médico caberá, por sua vez, ajustar sua conduta e ter consciência dos limites de sua profissão

e de seu conhecimento. Não é mais possível saber tudo, nem estar sempre totalmente informado, pois o conhecimento científico está em constante mutação. Profissionais de todas as áreas têm tomado consciência dessas mudanças e se sujeitado às adaptações necessárias.

Torna-se necessário levar em consideração, também, que o paciente, ao procurar o médico, não o faz para confrontá-lo ou desafiá-lo, mas para se certificar melhor, para ser ouvido e ter a orientação de quem ele considera mais preparado. O médico da modernidade terá de submeter-se, então, aos parâmetros da humildade, aprender o máximo possível, mas não manter expectativas mágicas a seu próprio respeito, pois a acessibilidade de informações não é privilégio seu, mas de toda a população.

Sabemos que o abandono e o desprezo aos valores psicossociais por parte de muitos médicos nem sempre foi voluntário, pois a dependência da competitividade, da pressa e da objetividade cega é atributo de uma época mutante e de valores instáveis.

Frente a conquistas tão surpreendentes, avassaladoras e extremas, a modernidade debate-se entre o encantamento e a incredulidade, agarra-se a alternativas que salvaguardam a confiabilidade das tradições e costumes, tenta desesperadamente usufruir o bem estar da nova tecnologia. Repentinamente, o homem se vê perante a possibilidade de se reinventar, de desmistificar o divino e de se servir de sua própria criação. A genética pode desvendar as diferenças entre os homens, programá-las, eliminá-las, e a humanidade se torna, ao mesmo tempo, escrava e dona da própria escravidão. A ética, que trilhava caminhos conhecidos desde os primórdios da civilização, passa à vigília constante, sujeita ao questionamento e à reformulação.

O homem, perante o risco de perder a individualidade, passa a procurar novas formas de identificação, recorrendo a formas alternativas de tratamento médico, onde as diferenças são mantidas, respeitadas e canalizadas para o bom andamento da saúde individual.

A aproximação das técnicas de medicina oriental, a busca das antigas ervas de manuseio popular e, algumas vezes, até a religião, são formas alternativas que a população encontra para obter respostas e manter a variabilidade individual frente à generalização da medicina. A fuga da massificação, das filas impessoais e intermináveis e da frieza das estatísticas culminou na obtenção de novos valores e expectativas por parte de uma população carente de identificação. O médico, frente a tais mudanças, parte agora em busca da adaptação e da renovação de atitude, pois até o presente momento não há qualquer substituto à altura para a presença médica.

A tecnologia se sobressai através de soluções viáveis, a crença popular gera promessas, mas ainda é o médico o mais importante e insubstituível elo de ligação entre o paciente, a ciência e a possibilidade de cura, e é na pessoa do médico que o doente deposita suas expectativas, buscando identificação e validação para suas queixas.

CONCLUSÃO

Num século em que a ciência, em evolução ascendente, sobrecarrega o homem com as funções extremas de criador e criatura, torna-se urgente e necessário o resgate dos valores éticos para melhor assegurar a assertividade da conduta humana.

Não há como negar o conhecimento adquirido, não há como ignorar o valor e a legitimidade das conquistas médicas, não há como retroceder ou simplesmente impedir a evolução da ciência. A responsabilidade do conhecimento se torna, especialmente a partir deste século, a grande prioridade para a utilização da ciência em benefício do homem. Aprender a dispor do poder com sabedoria, adotar princípios norteadores para a conduta perante os prodígios da ciência, reavivar a ética como fator de vital importância, estas são, talvez, algumas das alternativas para o despertar de um homem mais consciente de seu papel na natureza.

A ciência médica se depara com questões ambivalentes e até agora impensadas, como o poder de criar, modificar e tirar a vida conforme a sua disposição, mas ainda debate-se em questões éticas que, apesar da aparente originalidade, trazem em seus princípios as mesmas dúvidas que movem o homem desde a antiguidade: a integração satisfatória entre o eu e o outro. Na medicina é mais evidente essa necessidade de integração, traduzida pela interdependência entre paciente e médico, tornando a questão ética vital para o entendimento e o cumprimento da função terapêutica.

O relacionamento médico-paciente satisfatório torna-se a referência maior perante a grande diversidade de ofertas disponíveis ao paciente da moderna sociedade, e de algum modo passa a funcionar como o diferencial mais importante entre a boa e a má conduta médica. A ciência oferece cada vez mais a possibilidade da saúde, enquanto o médico oferece a solidariedade e a certeza da interação entre essa ciência e a sua aplicação segura.

O médico pode, assim, servir-se adequadamente dos recursos que o progresso lhe proporciona, utilizando-se da globalização que o capacita com recursos rápidos e diversificados, ultrapassando as barreiras da desigualdade social através do atendimento consciente ao paciente e, principalmente, investindo na ética do relacionamento interpessoal. Proporcionar saúde deve ser uma das formas de devolução da dignidade ao homem, e é nesse aspecto que o médico se torna imprescindível à sociedade que o comporta, na medida em que faz parte do contexto social como um igual, humanamente capaz de acertos e erros, mas sempre determinado a acertar.

A experiência de vivenciar um século que se inicia com tantas contraposições e tantas propostas de longevidade, bem-estar e conforto é surpreendente e única. O médico, a exemplo de outros profissionais, passa a trabalhar sob a vigília de uma sociedade renovada e investida de direitos. O direito individual, o direito social, assim como as suas diversas contravenções, passam a ser as principais questões evidenciadas pelo início do século XXI, e a ética se destaca como o referencial maior para o alcance do equilíbrio da humanidade. Sendo assim, a possibilidade de discutir, esclarecer e referendar o progresso científico com a ética se torna a grande meta da evolução social e a maior garantia de um mundo melhor não apenas para minorias, mas equânime e justo para toda a sociedade.

* O Código de Nüremberg, redigido durante o julgamento dos médicos nazistas pelo Tribunal Militar de Guerra, em 1947, estabeleceu que era indispensável o consentimento do participante em qualquer pesquisa médica.

** A Declaração de Helsinque foi redigida durante a 18ª Assembléia Médica Mundial, em 1964, e revisada em 1975, 1983, 1989 e 1996, estabelecendo os princípios gerais para a pesquisa médica.

*** As Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos foram redigidas em 1982 e revistas em 1993, pelo Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecendo a necessidade de uma "comissão de revisão e ética" para a aprovação da pesquisa médica. Na década de 90 foram redigidas as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos, desta vez abrangendo pesquisas feitas em coletividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- VIEIRA S, HOSSNE WS. *Pesquisa Médica: A Ética e a Metodologia*. São Paulo: Pioneira, 1998, 161 p.

2- LOCKE J. *Ensaio acerca do entendimento humano: Conhecimento e opinião*. São Paulo: Nova Cultural, 1988, 214 p. (Coleção Os Pensadores).

3- HEGEL GWF. *Introdução à História da Filosofia*. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1989, 160 p. (Coleção Os Pensadores).

4- BAUDRILLARD J. *À sombra das maiorias silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas*. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994, 87 p.

5- SILVA VMCF. *A relação médico-paciente* [on line]. São Paulo: Sociedade Antroposófica no Brasil. Mar de 2001, atualizada em 09/03/03. Disponível em <www.sab.org.br/med-terap/art-vitor.htm> [consulta em 22/05/03].

6- ALMEIDA E. *As razões da terapêutica: Racionalismo e Empirismo na Medicina*. Niterói: EdUFF, 2002, 172 p.

7- HISTÓRIA DO PENSAMENTO. São Paulo: Nova Cultural, 1983.

8- REANEY P. *Internet muda a relação médico-paciente* [on line]. Juiz de Fora: Idem per Idem/ Anfarmag. Nov de 2002, atualizada em 18/03/03. Disponível em <www.idemperidem.com/textos/press/internet.htm> [consulta em 22/05/03].

9- SABBATINI RME. *Relação médico-paciente* [on line]. Campinas: Universidade Federal de Campinas/ Saúde & Vida On Line. Nov de 1996, atualizada em 04/11/00. Disponível em <www.nib.unicamp.br/svol/corr9645.htm> [consulta em 22/05/03].

MORTE ENCEFÁLICA E AS DROGAS DEPRESSORAS

Solimar Pinheiro da Silva*

EMENTA - O médico que participa da retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplantes ou tratamento não pode participar do procedimento de morte encefálica, nem ser responsabilizado pelo mesmo. O diagnóstico de morte encefálica deve ser feito segundo os critérios constantes na Resolução CFM nº 1.480/97.

Palavras-chave: morte encefálica, drogas depressoras, conceito, transplante

ENCEPHALIC DEATH AND DEPRESSIVE DRUGS

Key words: encephalic death, depressive drugs, transplant, concept, death

RELATÓRIO

O consultante solicita ao CFM que se pronuncie sobre o que se segue:

“Pertencço à equipe de transplantes renais da Santa Casa de Poços de Caldas. Em abril de 2000, participei de uma retirada de rins de um doador cadáver com diagnóstico de morte encefálica realizada conforme as orientações da Resolução nº 1.480/97 e autorização de doação assinada pela família. Atualmente, estou arrolado em um inquérito policial, pois a família alega que o diagnóstico de morte encefálica realizado pelo neurocirurgião assistente e o outro médico que acompanhava este caso (médico do CTI) foi realizado em vigência de drogas depressoras do SNC (no caso Dormonid, realizado por estes médicos 8 horas antes de iniciar o protocolo sendo neste tempo suspenso este medicamento e não mais realizado em nenhum momento durante o protocolo). Informo, ainda, que este protocolo só terminou 26 horas após seu início com a confirmação inequívoca de morte encefálica através da realização de uma arteriografia cerebral de 4 vasos.

PERGUNTO:

- 1) *Quais as drogas depressoras do SNC, a que se refere a Resolução nº 1.480/97 como critério de exclusão ou interrupção do protocolo?*
- 2) *Dormonid é uma destas drogas?*

* Conselheiro Relator Federal.

3) Mesmo sendo o Dormonid interrompido 8 horas antes do início do protocolo e sabendo-se que a meia vida deste medicamento é de 2 e 1/2 h, em média, e máxima de 6 horas, isto seria motivo de exclusão para realizar o protocolo?

4) Qual a irregularidade realizada pela equipe de transplantes, lembro que a mesma não participou do diagnóstico de morte encefálica e só exerceu o seu trabalho após ser acionada pela CNCDO local e quando todo o protocolo foi concluído e após autorização expressa da família e não conhecia os passos anteriores?

5) Caso fique constatada alguma irregularidade anterior a participação da equipe de transplante renal e levando-se em conta que essa equipe desconhecia todos os passos anteriores, mesmo assim ela poderia ser punida?

6) Qual é o grau de hipotermia a que se refere a Resolução nº 1.480/97? É abaixo de 32,2 graus Celsius?

PARECER

A Resolução CFM nº 1.480/97, ao referir-se a substâncias depressoras do SNC como impeditivas para a realização do protocolo de morte encefálica, não cita nenhuma em particular, mas sabe-se que os barbitúricos – quando utilizados para induzir coma em pacientes com TCE, procedimento esse usado quando não é mais possível um controle apropriado da pressão intracraniana, podem permanecer por longo tempo em ação.

Recomenda-se, inclusive, a realização de dosagem do nível de barbitúrico antes de se iniciar o protocolo de ME, caso o paciente tenha feito uso de barbitúrico, claro.

O Midazolam, embora seja uma droga depressora do SNC, tem efeito extremamente fugaz, excetuando-se as situações especiais, aí incluída a insuficiência renal crônica.

No caso em tela, é meu entendimento que 8 (oito) horas é tempo por demais suficiente para que nenhum efeito sedativo seja creditado ao Midazolam, apesar de o consulente não ter fornecido a idade, a dosagem da medicação e a situação da função renal do paciente.

Entendo, ainda, que o fato de o paciente ter feito uso de Midazolam há 8 horas não pode ser considerado fator de exclusão do protocolo de morte encefálica.

A equipe de transplantes não pode, em nenhuma hipótese, participar do diagnóstico de morte encefálica. Se isso ocorresse macularia com suspeita insanável o diagnóstico e a Lei nº 9.434/98, que em seu artigo 3º cita:

“Art. 3º - A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser procedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.”

É entendimento, portanto, deste relator, que no presente caso o consulente não pode sequer ser questionado sobre o assunto, haja vista que só atuou como

membro da equipe de transplante e em momento algum participou do diagnóstico de morte encefálica, segundo o seu próprio relato.

Sobre hipotermia, diga-se que para fins de diagnóstico de morte encefálica considera-se 32,5° C o limite para a inclusão no protocolo, ou seja, pacientes com temperaturas corporais inferiores a esta estariam impedidos de submeter-se ao diagnóstico de morte encefálica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 19 de agosto de 2002.

Solimar Pinheiro da Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 2231/2002
Parecer CFM N.º 07/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/01/2003

BIOÉTICA - EUA

.....

SENADO APROVA PROIBIÇÃO DE ABORTO TARDIO

O Senado dos EUA aprovou ontem um projeto de lei que prevê a proibição de um procedimento conhecido como aborto por nascimento parcial, realizado a partir do quinto mês de gravidez, e enviou-o ao presidente George W. Bush. Agora a Justiça deverá debater o tema. A Câmara já havia aprovado o projeto. Grupos que defendem o aborto e outras medidas de planejamento familiar prometeram entrar com um processo contra a nova lei se ela for sancionada por Bush.

Transcrita da Gazeta do Povo 23/10/03.

NÃO DEVE O MÉDICO AUTOPRESCREVER ENTORPECENTES OU PSICOTRÓPICOS

Luiz Nódgi Nogueira Filho*
Antônio Gonçalves Pinheiro**

EMENTA: Não deve o médico usuário de entorpecentes/psicotrópicos autoprescrever tais drogas. Em vista do vazio legal hoje existente, deve o Conselho Federal de Medicina regular esta questão.

Palavras-chave: autoprescrição, entorpecentes, psicotrópicos, medicamento controlado

MEDICAL DOCTOR SHOULD NOT SELF-PRESCRIBE PSYCHOTROPIC DRUGS

Key words: self-prescription, narcotics, psychotropic drugs, prescription drugs

EXPOSIÇÃO

A Coordenação de Medicamentos Controlados/ANVISA consulta o CFM sobre a seguinte questão: *“Solicito informar se existe algum impedimento legal para que um médico prescreva medicamento (por ex: entorpecentes e psicotrópicos) para uso próprio.”*

PARECER

Esta é uma importante questão levantada pela Coordenação de Medicamentos Controlados/ANVISA, acerca do qual há aspectos diversos a serem analisados.

A automedicação tem sido motivo de campanha contínua de várias sociedades médicas por configurar possibilidade de prejuízo à saúde. Em tese, o médico detém conhecimentos científicos que o autorizam a prescrever medicamentos até mesmo para si, apesar ser de maneira já consagrada, desaconselhável que assim proceda, para seu próprio bem, em vista da falta de isenção para avaliar (por mais ou por menos) patologia que o prejudique. Se, no entanto tais medicações forem entorpecentes ou psicotrópicos, e de uso continuado, esta análise, a nosso ver, deve ser feita de maneira mais rigorosa.

Não há dúvidas que o uso de entorpecentes ou psicotrópicos algumas vezes têm indicação médica precisa em virtude de patologia diagnosticada e de gravidade exaustivamente avaliada. Porém o uso destas drogas fora de indicação tem preocupado toda a sociedade e particularmente à comunidade médica nos casos cada vez mais freqüentes de médicos usuários de drogas. Tenho a impressão que os médicos usuários de entorpecentes/narcóticos de maneira continuada e justificada deveriam, para sua

* Conselheiro Relator Federal. ** Conselheiro Relator de Vista Federal

própria segurança, ter suas receitas passadas por outro profissional, inclusive para reavaliação da patologia que portam e pela possibilidade concreta de complicações pelo uso prolongado deste tipo de droga.

CONCLUSÃO

Não há, hoje, impedimento legal para a autoprescrição de entorpecentes/psicotrópicos, mesmo sendo tal prática não recomendável à luz do bom-senso. Em patologias que necessitem do uso continuado destes medicamentos, o usuário, mesmo sendo médico, é neste momento um paciente cujo tratamento deveria ser acompanhado por outro médico.

Assim sendo, entendo que o Conselho Federal de Medicina deve tomar providências no sentido de regular a questão, em vista da gravidade crescente destas ocorrências.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 13 de fevereiro de 2003.

Antônio Gonçalves Pinheiro
Relator de vista

Processo-Consulta CFM N.º 4696/2002
Parecer CFM N.º 12/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/2003

BIOÉTICA - JAPÃO

.....

BEBÊS DE ÓVULOS DOADOS NÃO OBTÊM CIDADANIA

O governo japonês negou a cidadania aos gêmeos de um casal de cidadãos do país porque as crianças foram concebidas com óvulos doados por uma mulher norte-americana e gestada por uma mãe de aluguel, informam autoridade. O método da mãe de aluguel praticamente inexistente no Japão, onde é visto com reservas. O casal, na casa dos 50 anos, pode ir à Justiça contra a decisão ou adotar as crianças.

Transcrita da Gazeta do Povo 24/10/03.

AUTONOMIA DO MÉDICO EM DECIDIR SOBRE QUESTÕES TÉCNICAS E ÉTICAS

Dardeg de Souza Aleixo*

EMENTA - A Instrução Normativa 004-DG/DPF contém algumas modificações que não respeitam a autonomia do médico em decidir sobre questões técnicas e éticas, não assegura os direitos do paciente e interfere na relação médico-paciente.

Palavras-chaves: autonomia ética, junta médica, licença médica, perícia

MEDICAL DOCTOR HAS AUTONOMY TO DECIDE ABOUT ETHICAL AND TECHNICAL ISSUES

Key words: autonomy, ethics, medical council, medical leave, examination

ASSUNTO: REVISÃO DO PARECER CFM

DA CONSULTA

A presente consulta foi formulada pelo dr. W. B. G., delegado de Polícia Federal, que ao final do requerimento *"solicita o cancelamento da ementa ante a perda do objeto e que seja notificada a parte interessada a se abster de informar em seus pareceres que a IN-004/DG recebeu parecer favorável do CFM"*.

Informa, ainda, que o Processo Consulta CFM n.º 2.107/2000, o que analisou sob o ponto de vista do CEM a Instrução Normativa supracitada, *"foi publicada no Boletim de Serviço n.º 225 do dia 26/11/2001 com a seguinte Ementa: a instrução Normativa 004-DG/DPF respeita a autonomia do médico em decidir sobre questões técnicas e éticas, assegurando também os direitos dos pacientes, não interferindo na relação médico-paciente"*. Mais adiante completa o requerente: *"Que a mesma Instrução Normativa foi revisada, ampliada, alterada e republicada em 5 de junho de 2001 através do Boletim de Serviço n.º 107, passando a contar com 53 artigos trazendo inovações que suprimem direitos dos pacientes, desrespeitam a autonomia do médico e interferem na relação médico-paciente"*. Esclarece que a presente solicitação é feita na qualidade de cidadão brasileiro e parte ofendida, e não atua em nome do Departamento de Polícia Federal.

Ressalte-se que a IN constitui diretriz técnica e ética para os profissionais médicos da Polícia Federal.

* Conselheiro Relator Federal

DO RELATÓRIO

Como a anterior, a presente normativa trata da "Regulamentação da competência do atendimento médico e das Juntas Médicas do Departamento de Polícia Federal e dá outras providências", versando também sobre a composição, competência e funcionamento das Juntas Médicas do DPF; concessão de licenças para tratamento de saúde de servidor e seus dependentes; exames pré-admissionais; exames periódicos; atuação médica nos pedidos de reversão do servidor; atuação médica na conversão de aposentadoria com proventos proporcionais para integrais, nos casos de invalidez; e procedimentos para obtenção de benefícios legais decorrentes de motivo de saúde.

Foram as seguintes alterações efetuadas:

A nova versão é constituída por oito capítulos, contra sete na anterior:

- Capítulo I: Do atendimento médico do DPF;
- Capítulo II: Das Juntas Médicas do DPF;
- Capítulo III: Das licenças médicas;
- Capítulo IV: Da inspeção médica pré-admissional e da avaliação médica periódica;
- Capítulo V: Do horário especial a servidor portador de deficiência;
- Capítulo VI: Dos exames médicos para remoção de servidor por motivo de saúde;
- Capítulo VII: Da reversão do servidor aposentado;
- Capítulo VIII: Das disposições gerais e finais.

A nova versão é composta por cinquenta e três artigos; a anterior, por cinquenta.

A) As modificações começam a surgir a partir do Capítulo I, art. 2º, inciso VI, que referia:

Art. 2º - Compete ao atendimento médico do DPF:

VI - Conceder licenças médicas por períodos de até trinta (trinta) dias.

Com a nova redação; este inciso foi modificado para:

VI - Manifestar-se quanto a licenças médicas por períodos de até 30 (trinta) dias.

COMENTÁRIOS

Manifestar-se não é sinônimo de conceder e não pode ser usado como tal. Na versão antiga, aprovada pelo plenário do CFM, era competência do médico da DPF conceder, isto é, ter a competência para fornecer e ter aceita a licença médica por período de até trinta dias. Na nova versão, o médico é chamado apenas para manifestar-se, podendo existir situações em que não seja aceita sua competência exclusiva para conceder licença médica a servidor.

A concessão de licença médica, feita através de atestados, relatórios ou pareceres, é ato médico, não tendo qualquer outro profissional a competência para fornecer ou recusar a licença médica.

Achamos que a nova redação para este inciso contraria os princípios legais da competência da profissão médica. Portanto, não concordamos com tal dispositivo.

B) Na nova redação, foi incluído como inciso VI, do art. 6º, Seção II do Capítulo II:

VI – pedidos de concessão de horário especial a servidor portador de deficiência.

COMENTÁRIOS

Concordamos que é da competência das Juntas Médicas do DPF realizar exames, emitir laudos e pareceres, bem como conceder horário especial a servidor portador de determinada deficiência, agindo sempre em benefício da pessoa, sob os preceitos éticos que regem a Medicina.

C) No novo texto, foi incluído o artigo 24:

Art. 24 – Pelo nascimento ou adoção de filhos o servidor terá direito à licença-paternidade de 5 (cinco) dias consecutivos, contados a partir do evento.

O art. 24 da antiga versão foi mantido, constituindo-se no art. 25 da nova versão.

COMENTÁRIOS

O nascimento ou a adoção de filhos é fato que se reveste de grande importância para a família e a sociedade como um todo, merecendo atenção especial. A introdução deste artigo reflete a preocupação da Administração com este acontecimento. Não vislumbramos conflitos éticos na introdução deste novo artigo.

D) Foi acrescentado o parágrafo 3º ao art. 32, atual art.33, com a seguinte redação:

§3º - Caso a situação o exija, o servidor poderá, após formalizado o requerimento, ausentar-se do serviço por autorização do seu chefe imediato, ficando ciente de que, sendo indeferido o pedido, a ausência será computada como falta.

COMENTÁRIOS

Não podemos aceitar tal dispositivo, pois o indeferimento ao pedido deve basear-se unicamente na criteriosa decisão médica, não sendo admitido qualquer outro critério de avaliação. Necessário se faz obedecer aos critérios estabelecidos pela Lei n.º 8.112/90 e demais dispositivos legais vigentes.

E) Foi acrescentado o art. 34, com a seguinte redação:

Art. 34 - A ausência do servidor para acompanhar pessoa da família a hospital, consultório ou clínica poderá ser equiparada com a licença de que trata esta seção, por decisão da autoridade competente, desde que devidamente comprovada mediante declaração ou atestado médico.

COMENTÁRIOS

Os servidores da Polícia Federal devem ter o mesmo direito dos demais servidores públicos. O direito de acompanhar por necessidade pessoa da família a hospital, consultório ou clínica deve ser líquido e certo, quando fundamentado na declaração ou atestado médico. Falta competência técnica legal a outra autoridade administrativa qualquer para opor-se ao atestado ou declaração médica, julgando se houve ou não necessidade de acompanhamento do servidor à pessoa da família. Não podemos aceitar tal dispositivo.

Necessário se faz obedecer aos critérios estabelecidos pela Lei n.º 8.112/90 e demais dispositivos legais vigentes.

O art. 33 da antiga versão, mantido, passa a se constituir no art. 35.

F) Foi acrescentado o §1º ao antigo art. 34, atual art. 36, com a seguinte redação:

§ 1º - A SIMED definirá quais os exames básicos de saúde exigidos para a posse e investidura em cargos do Departamento de Polícia Federal

COMENTÁRIOS

Devido às peculiaridades inerentes ao exercício da função ou cargos no DPF, cabe aos médicos do Departamento ou Serviço Médico competente, respeitada a legislação vigente, definir os exames básicos de saúde necessários para a posse e investidura do candidato/servidor. O médico é o único profissional com capacidade e conhecimentos suficientes para, conhecendo as características do trabalho a ser executado, avaliar a aptidão do candidato/servidor.

G) O *caput* do art. 35 da antiga versão, atual art. 37, que dizia:

Art. 35 - Todo servidor será submetido a avaliação médica periódica obedecendo ao princípio da proteção à saúde ocupacional.

Foi modificado para:

Art. 37 - De acordo com a conveniência e oportunidade da Administração, o servidor poderá ser submetido a avaliação médica periódica, obedecendo ao princípio da proteção à saúde ocupacional.

COMENTÁRIOS

A Constituição Federal estabelece que "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, (...)". No artigo 196, a Carta Magna refere que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado".

A Constituição Federal também estabelece, em seu artigo 200, que a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho situam-se no campo da saúde, sendo atribuição do Sistema Único de Saúde. Nota-se que se refere a todo trabalhador (público ou privado).

A saúde do trabalhador e de sua família é de interesse social, devendo ser preocupação constante de qualquer administração, seja pública ou privada. A saúde do trabalhador deve ser entendida e trabalhada dentro do conceito de Saúde do Cidadão.

As normas que regem a avaliação médica periódica (NR 7 e NR 9), já bem estabelecidas em leis e portarias interministeriais, em momento algum referem que a saúde do trabalhador ficará à mercê da conveniência e oportunidade da Administração. Não podemos aceitar tal dispositivo.

Também foi modificado o §1º do mesmo artigo, cuja redação era:

§1º - As avaliações médicas, de que trata este artigo, obedecerão as planilhas de exames estabelecidas pela SIMED, que contemplarão o grupo etário, o sexo e as características profissiográficas das atividades inerentes ao exercício do respectivo cargo ou função.

Passando ter a seguinte redação:

§1º - As avaliações médicas de que trata este artigo obedecerão as planilhas de exames estabelecidas pela SIMED e aprovadas pelo Coordenador de Pessoal, que contemplarão o grupo etário, o sexo e as características profissiográficas das atividades inerentes ao exercício do respectivo cargo ou função.

COMENTÁRIOS

Pelos motivos já expostos no comentário ao *caput* do artigo 37, não podemos aceitar tal dispositivo pois este dá a profissionais não-médicos, portanto sem conhecimentos técnico-científicos, o poder de decidir e modificar decisões e parâmetros de caráter estritamente médico.

Foi dada nova redação ao Capítulo V, que inclui o art. 38 com três parágrafos:
Capítulo V: Do horário especial a servidor portador de deficiência

Art. 38 - Será concedido horário especial a servidor portador de deficiência, mediante comprovação da necessidade por Junta Médica do DPF, sendo dispensada a compensação de horário.

§1º - O pronunciamento médico deverá qualificar o tipo de deficiência apresentada, o grau de capacidade para o exercício das atribuições de seu cargo efetivo e a jornada de trabalho que deverá ser desempenhada pelo servidor.

§2º - O horário especial previsto neste capítulo é extensivo ao servidor que tenha dependente portador de deficiência física.

§3º - Na situação do parágrafo anterior será exigida a compensação total do horário de afastamento.

O antigo capítulo V passa a ser o Capítulo VI na nova redação.

COMENTÁRIOS

Não vislumbramos neste artigo quaisquer normas que possam ser prejudiciais aos pacientes ou antiéticas para o médico. Necessário se faz obedecer aos critérios estabelecidos pela Lei n.º 8.112/90 e demais dispositivos legais vigentes.

Modificado foi também o §1º do art. 37, que dizia:

§1º - O exame médico, com vistas à manifestação em pedido de remoção por motivo de saúde de servidor, cônjuge, companheiro ou dependente que viva às suas expensas e conste em seu assentamento funcional, será realizado em Brasília/DF pela Junta Médica do DPF.

Passou ter a seguinte redação, agora como § 1º do art. 40:

§1º - O exame médico, com vistas à manifestação em pedido de remoção por motivo de saúde de servidor, cônjuge, companheiro ou dependente que viva às suas expensas e conste em seu assentamento funcional, será realizado em Brasília/DF pela Junta Médica do DPF, sem ônus para a Administração.

COMENTÁRIOS

Pode parecer, sob uma análise perfunctória, não ser da competência deste Conselho Federal a avaliação da introdução de “sem ônus para a Administração”, porém estamos convictos que esta interfere no trabalho médico e objetivo da Medicina, na medida em que o servidor ou seu cônjuge, companheiro ou dependente, poderá ter seu quadro clínico agravado por falta de condições de tratamento adequado naquela localidade e não dispor de recursos financeiros para seu deslocamento até a sede do DPF em Brasília, condição colocada de forma obrigatória para viabilizar sua remoção por motivo de saúde.

Há em todo ser humano uma obrigação moral de respeitar a santidade da vida. Isto é especialmente evidente no caso de um médico que exercita suas atividades para salvar a vida, e também na condução em favor dos melhores interesses dos pacientes (beneficência).

Conforme referido anteriormente, a Constituição Brasileira diz que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Consequentemente, a Administração Pública não pode colocar obstáculos aos direitos garantidos na Carta Magna. Deveriam existir Juntas Médicas descentralizadas para analisar esse objetivo. Não devemos acatar tal dispositivo.

Modificado foi também o §1º do art. 45, que dizia:

§1º - O atendimento médico do DPF nas unidades descentralizadas terá seu dirigente designado pelo Superintendente Regional.

Passou ter a seguinte redação, agora como §1º do art. 48:

§1º - Nas unidades descentralizadas, o atendimento médico do DPF terá seu responsável designado pelo Superintendente Regional.

COMENTÁRIOS

Desde que respeitado o critério de que o responsável pelos atendimentos médicos nas unidades descentralizadas seja obrigatoriamente um médico, pois responderá eticamente ao Conselho Regional da localidade pela qualidade do atendimento prestado, não vemos neste dispositivo nenhuma infração ao CEM.

Modificado foi também o *caput* do art. 46, que dizia:

Art. 46 - O comparecimento à inspeção médica do DPF é obrigatório, sendo passível da punição disciplinar nos termos do art. 130, §1º da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e art. 43, inciso XLVI da Lei n.º 4.878, de 3 de dezembro de 1965, o servidor que não atender à convocação para essa finalidade.

Este passou ter a seguinte redação, agora como *caput* do art. 49:

Art. 49 - O comparecimento à inspeção médica do DPF é obrigatório, sendo passível de punição disciplinar o servidor que não atender à convocação para essa finalidade, nos termos do art. 130, §1º da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e art. 43, inciso XLVI da Lei n.º 4.878, de 3 de dezembro de 1965.

COMENTÁRIOS

Igualmente, não vemos neste dispositivo nenhuma infração ao CEM.

CONCLUSÃO

Por fim, após detalhada análise e tendo encontrado pontos que necessitam de adequação às diversas normas vigentes, solicito à Direção do CFM que comunique ao DPF que a versão aqui avaliada da IN 004-DG/DPF não recebeu parecer favorável deste CFM pelos motivos citados.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 15 de janeiro de 2003.

Dardeg de Souza Aleixo
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 2939/2002
Parecer CFM N.º 11/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/02/2003

BIOÉTICA - ESPANHA

.....

SEIS EM CADA DEZ MÉDICOS SÃO PRÓ-EUTANÁSIA

Seis em cada dez médicos espanhóis estão de acordo com a legalização da eutanásia em seu país, segundo um estudo do Centro de Pesquisas Sociológicas (CIS) publicado ontem pelo jornal El País. Dos 1.057 médicos entrevistados, entre abril e maio de 2002, 59,9% se declararam a favor de uma "modificação da lei para permitir aos enfermos que peçam e tenham o suicídio assistido e/ou a eutanásia ativa", contra 31,4% que expressaram sua rejeição quanto a essa medida.

Transcrita da Gazeta do Povo 07/10/03.

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO IML

Dardeg de Sousa Aleixo*

EMENTA - É obrigatória a inscrição dos IMLs nos respectivos CRMs, bem como a indicação de um médico como diretor técnico, de acordo com a legislação vigente.

Palavras-chave: inscrição no CRM, IML, diretor técnico, Instituto Médico Legal

FORENSIC TECHNICIAN RESPONSIBLE FOR THE FORENSIS INSTITUTE

Key words: registration at the Medical Association, technical director, Forensic, Institute, medical act

DA CONSULTA

O presidente do CRM-AC, dr. Ricardo Fróes Camarão solicita parecer a este egrégio Conselho sobre a obrigatoriedade de os Institutos de Medicina legal terem um diretor técnico responsável, bem como o registro destas unidades no respectivo CRM.

DO PARECER

No Brasil de hoje, diversos CRMs têm encontrado enormes dificuldades para fazer cumprir as exigências legais que obrigam o registro das instituições públicas e a nomeação de diretores técnicos por parte dos gestores no órgão fiscalizador.

Essa resistência torna-se ainda mais forte nos IMLs que não se tornaram independentes da Polícia Civil, baseada na errônea crença, por parte dos gestores públicos, de que o médico legista exerce uma atividade policial e não médica. Sob essa ótica, portanto, estes órgãos não devem obediência e satisfação aos CRMs.

Nestes estados, os médicos legistas são subordinados aos delegados de Polícia e/ou ao secretário de Segurança Pública, sendo administrativamente obrigados a seguir os regulamentos e normas feitas para o grupo da Polícia Civil.

Os gestores públicos deste Brasil esquecem-se de que o perito médico legal é auxiliar da Justiça e não da polícia, e a atividade médica pericial, em qualquer modalidade, é um ato médico. Fazem do Brasil um dos poucos países do mundo, se não o único, no qual a perícia serve diretamente aos interesses da polícia e não da Justiça.

Esquecem ou não querem entender que a Medicina Legal é um instrumento de defesa dos Direitos do Homem, orientando a correta aplicação e distribuição de justiça.

* Conselheiro Relator Federal

A figura obrigatória do diretor técnico é outro motivo de especulação por parte dos governos estaduais, que alegam a sua não previsão nos quadros da instituição, e que, conseqüentemente, traria a obrigatoriedade de que a criação deste cargo precisasse ser aprovada pela Assembléia Legislativa estadual.

Não sabem e não querem compreender que a nomeação do diretor técnico não impede outro tipo de direção administrativa, bem como não implica aumento de despesas para o estado, não sendo indispensável remuneração para a mesma, haja vista não ser, necessariamente, uma função gratificada. Trata-se apenas de indicar alguém para ficar legalmente responsável junto aos CRMs pela qualidade da assistência prestada à população, e cobrar as condições mínimas para o exercício profissional de forma ética e digna. Com certeza, esta última competência do diretor técnico deve ser o grande obstáculo para sua indicação.

Alguns gestores públicos alicerçados em um raciocínio simplista, do qual discordamos, alegam que no IML não se pratica assistência médica, pois os atos realizados no exercício da medicina forense são exclusivamente que os atos praticados no exercício da medicina forense, são exclusivos médicos, como o exame clínico para formação de hipótese diagnóstica e prognóstico. A "assistência médica" deve ser entendida sob um conceito mais amplo, não apenas àquele relacionado ao tratamento de doenças, mas sim aquele no qual os atos médicos formam a base da assistência à saúde.

Considerando-se o contido no artigo 28 do Decreto Lei n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932, em vigor: *"Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal"*, bem como a exigência expressa na Resolução CFM n.º 1.342/91- presença do diretor técnico nos estabelecimentos onde se pratica a Medicina (atos médicos) - temos uma situação de obrigatoriedade tanto do registro dos IMLs nos CRMs como da designação de um médico para ser seu diretor técnico.

Este é o parecer.

Brasília, 8 de abril de 2003.

Dardeg de Sousa Aleixo
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 6410/2002
Parecer CFM N.º 14/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/04/2003

AUTONOMIA DAS JUNTAS DE PERÍCIA MÉDICA

Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira*

EMENTA - A conduta das Juntas de Perícia Médica deve ser norteadada pela legislação específica, Resolução CFM n.º 1.488/98 e Código de Ética Médica.

Palavras-chaves: junta médica, perícia, objetivo, orientação

MEDICAL EXAMINATION COUNCILS AUTONOMY

Key words: medical council, examination, goal, orientation

DA CONSULTA

Em 13 de julho de 2002, o consulente indaga ao CFM as seguintes questões:

“Considerando a listagem de patologias ditas ocupacionais, inclusive as citadas na Ordem de Serviço 606, de 5 de agosto de 1998, publicada no DOU n.º 158 de 19 de agosto de 1998, da Diretoria de Seguro Social do INSS, citando entre outras a tenossinovite de D’Quervain, pergunto: qual a conduta das Juntas de Perícia Médica diante de um diagnóstico firmado de uma dessas patologias? Proceder a investigação visando estabelecer onexo causal e técnico entre a doença e o trabalho? Ou permanecer silente considerando-a apenas como mais uma “patologia”, tendo como conduta apenas a homologação ou não de licença médica?”

A Ordem de Serviço 606 define a tenossinovite de D’Quervain como uma patologia específica de torção com o polegar em pinça. Portanto, para confirmar tal diagnóstico e afastar os diagnósticos diferenciais (doenças reumáticas, tendinite da gravidez, estiloidite do rádio), torna-se indispensável realizar investigação visando estabelecer onexo causal e técnico (artigo 2º da Resolução CFM n.º 1.488/98) entre a doença e o trabalho, o que fará com que a o perito a catalogue como doença do trabalho ou não.

Porém, para homologar ou não a licença médica faz-se necessário reportar-se à resolução supra, que em seu artigo 1º, inciso II, cita que a homologação deve ser feita sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte integrante do tratamento.

Caso seja catalogada como doença do trabalho ou DORT, como define a OS 606, isto implica que o perito comunique tal fato à autoridade competente e recomende ao empregador a adoção de procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de se afastar o empregado do trabalho (artigo 3º, inciso V, da Resolução CFM n.º 1.488/98).

* Conselheiro Relator Federal

Desta forma respondendo ao consulente, considero que a conduta da Junta de Perícia Médica é: investigar onexo causal entre a doença e o trabalho; adotar medidas que ajudem a sanear a agressão; comunicar o fato ao órgão público competente, quando necessário; considerar o repouso, o acesso à terapia ou o afastamento do trabalho como parte do tratamento.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 6 de março de 2003.

Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 4009/2002
Parecer CFM N.º 18/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/04/2003

BIOÉTICA - CANADÁ

.....

CÂMARA CANADENSE APROVA PROJETO DE LEI CONTRA A CLONAGEM HUMANA

Montreal (Das Agências Internacionais) - A Câmara dos Comuns do Canadá aprovou ontem um projeto de lei que proíbe a clonagem humana e a venda de esperma humano. O documento deve ser apreciado pelo Senado. O projeto de lei, adotado com 149 votos a favor e 109 contra, contempla a possibilidade de pesquisas científicas sobre células-tronco de embriões congelados não usados por casais inférteis.

Sociedades científicas do mundo inteiro, entre elas a Academia Brasileira de Ciências (ABC), lançam há cerca de um mês um manifesto que recomenda o banimento da clonagem de seres humanos. As 63 entidades pedem, porém, que seja permitida a chamada clonagem terapêutica, usada na pesquisa de tratamentos para doenças degenerativas, como o mal de Parkinson. O primeiro tipo de técnica, a clonagem reprodutiva, é o mesmo empregado para produzir a ovelha Dolly.

Tira-se o núcleo de um óvulo, que é fundido com o núcleo de uma célula de animal adulto, resultando num embrião com genes idênticos ao do doador da célula madura. Já a clonagem terapêutica usa apenas a técnica de transferência de núcleo, quando o embrião não passa da fase de blastocisto, a bola que se desenvolve até o quinto ou sexto dia após a fusão celular.

Transcrita da Gazeta do Povo 11/03.

O MÉDICO PODERÁ COLOCAR SUGESTÕES DE OUTROS EXAMES NOS LAUDOS DE EXAMES RADIOLÓGICOS E ANATOMO-PATOLÓGICOS

Eliane de Souza*

EMENTA - O médico especialista poderá sugerir, no laudo, a realização de outros exames, cabendo ao médico assistente a decisão de solicitá-los.

Palavras-chave: sugestão de exame, laudo, exame radiológico, exame anatomo-patológico

MEDICAL DOCTOR COULD ADD COMPLEMENTARY SUGGESTIONS TO THE RADIOLOGICAL AND ANATOMOPATHOLOGICAL TESTS

Key words: medical report, suggestions to the reports, radiological report, anatomopathological report

Em 5 de dezembro de 2002, o dr. Carlos Wagner Bravo de Oliveira encaminha correspondência ao conselheiro federal dr. Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira solicitando posição oficial e definitiva do Conselho Federal de Medicina sobre assunto abordado em artigo publicado no Boletim do Colégio Brasileiro de Radiologia, assinado pelo dr. Reginaldo Bento Rodrigues, membro do conselho parecerista daquela instituição, que transcreveremos *in verbis*:

"O dr. José Abel Alcanfor Ximenes e o dr. Isalque Pimentão Arantes, pertencentes ao conselho técnico da Unimed-Goiânia, solicitam o posicionamento deste egrégio Conselho a respeito de posição firmada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, conforme Parecer Consulta aprovado sob o n.º 20.394/97, "Sugestões nos Laudos dos Exames Radiológicos e Anatomopatológicos", em que foi relator o conselheiro Moacyr Esteves Perche, com a seguinte ementa: "As sugestões nos exames radiológicos e anatomopatológicos poderão ser feitas diretamente ao médico assistente".

Entretanto, nas conclusões de seu arrazoado afirma o seguinte: "não podendo constar por escrito no laudo". É nosso entendimento que o médico, em hipótese nenhuma, pode sonegar seu conhecimento a outrem, pois em acontecendo tal fato estaria ele agindo em detrimento de uma melhor assistência aos pacientes, como o próprio conselheiro do CREMESP argumenta.

A nosso ver há contradição no arrazoado do nobre conselheiro paulista, pois ao limitar as sugestões e impedir que elas sejam feitas por escrito de maneira

* Conselheiro Relator Federal

formal e clara passa a orientar que tais sugestões sejam feitas em modo coloquial e informal, sem o devido comprometimento efetivo do profissional.

O médico, quando na função de elaborar o seu laudo, seja ele de qualquer exame, o faz praticando um ato médico. E se neste caso exprime sua opinião de sugestão de conduta relacionada à elucidação diagnóstica, também está ele no exercício da medicina.

O exame seja ele radiológico, anatomopatológico ou qualquer outro que seja solicitado no intuito de complementar um raciocínio para se chegar a uma conclusão diagnóstica, tratamento ou de acompanhamento evolucional. Quando privativo de médico deve ser elaborado na sua plenitude do conhecimento do médico que elaborar tal laudo, podendo ele, no sentido de colaborar para uma melhor assistência à saúde, não se ater somente ao convencional e padronizado.

Portanto, não constitui em ilícito ético as sugestões feitas nos laudos dos exames radiológicos e anatomopatológicos, desde que sejam fundamentadas tecnicamente através de consensos, protocolos e rotinas já estabelecidas pela comunidade médica. Ficando sob inteira responsabilidade do médico assistente acatar ou não as sugestões apresentadas.

Temos a acrescentar que o mencionado Parecer Consulta n.º 20.394/97 do CREMESP, que não tem jurisdição em nosso Estado, já foi revogado pelo Parecer Consulta n.º 11.920/01, que tem a seguinte ementa: "As sugestões, nos exames radiológicos e anatomopatológicos, poderão ser feitas, através do laudo, desde que estejam tecnicamente justificadas, ficando a indicação do exame sugerido a critério do médico assistente".

Em 20 de março de 2001, o Plenário do CREMESP aprovou parecer do conselheiro André Scatigno Neto, com a seguinte ementa: "As sugestões, nos exames radiológicos e anatomopatológicos, poderão ser feitas, através de laudo, desde que estejam tecnicamente justificadas, ficando a indicação do exame sugerido a critério do médico assistente".

Neste parecer foram revogados os pareceres exarados nas consultas 22.775/94 e 20.394/97.

PARECER

A Resolução CFM n.º 813/77 determina que os resultados das análises e pesquisas clínicas nas áreas de Radiologia e Anatomia Patológica devem ser fornecidos sob a forma de laudos médicos firmados pelo médico responsável pela execução dos exames. Os laudos devem conter uma parte expositiva e outra conclusiva e são de exclusiva competência e responsabilidade do médico responsável por sua execução. A resolução não faz referência sobre sugestão de outros exames dentro do laudo.

Se houver necessidade o médico especialista poderá sugerir a realização de outro(s) exame(s), para melhor esclarecimento da lesão, indicando as justificativas técnicas, mas caberá ao médico assistente a opção de solicitá-lo(s).

Deve nortear sua conduta considerando a Resolução CFM n.º 813/77 e os seguintes artigos do Código de Ética Médica:

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 26 de fevereiro de 2003.

Eliane de Souza
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM N.º 6596/2002

Parecer CFM N.º 20/2003

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 10/04/2003

BIOÉTICA - EUA

.....

BLOQUEADA LEI CONTRA O ABORTO

Um juiz federal de Nova Iorque bloqueou ontem a aplicação da lei que proíbe abortos tardios sancionada pelo governo dos EUA na quarta-feira. A medida só beneficia os que entraram com o pedido, a Federação Nacional do Aborto e sete médicos. Foi a segunda decisão judicial nessa linha. Segundo a entidade, a maioria dos abortos nos EUA é feita por seus membros.

Transcrita da Gazeta do Povo 07/11/03.

COLEGA

**NÃO PRESENTEIE COM
ÁLCOOL OU TABACO.**

SEJA CRIATIVO.

**VOCÊ TAMBÉM É
RESPONSÁVEL.**

LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA O SAQUE DA CONTA VINCULADA DO F.G.T.S.

Luiz Salvador de Miranda Sá Junior*

EMENTA - Estritamente para os efeitos do inciso IV do art. 5º do Decreto nº 3.913, de 11/9/2001, um laudo médico, um atestado do médico assistente ou relatório de uma junta médica devem ser equivalente ao laudo pericial.

Palavras-chave: laudo médico, pericial, laudo, atestado médico, diagnóstico médico, ato médico, conceito, "perigo da demora", equivalência, junta médica, documento

MEDICAL EXAMINATION REPORT FOR THE COLLECTING OF THE F.G.T.S. LINKED ACCOUNT

Key words: medical report, medical examination, medical certificate, medical council, medical diagnosis, medical act, "hazard of delay", concept, equivalency, document

Em 22 de janeiro do ano fluente, a Caixa Econômica Federal dirigiu ao CRM consulta nos seguintes termos:

A CAIXA, na condição de Agente Operador do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, tem, entre outros, o encargo legal de normalizar e disciplinar, no aspecto operacional, o saque do FGTS pelo trabalhador, em estrita conformidade com a legislação, em especial com a Lei nº 8.036/90 e a Lei Complementar nº 110/2001.

A sobredita legislação condiciona determinados atos à apresentação de documento que possua a característica de perícia médica ou laudo de perícia médica, a exemplo do confido no artigo 5º, inciso IV do Decreto nº 3.913, de 11.9.2001, que estabelece:

"IV – De o titular ou qualquer de seus dependentes ser acometido de doença terminal.

Parágrafo único. Para efeito do inciso IV, entende-se como doença terminal à moléstia consignada no Código Internacional de Doenças – CID que acometa o titular ou qualquer de seus dependentes em estágio terminal e que, em face dos sintomas e do histórico patológico, assim seja caracterizada e descrita em laudo pericial emitido pelo serviço médico oficial, da União dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios."

De igual modo, novo parágrafo acrescido ao artigo 20 da Lei nº 8.036/90, ao restringir o instrumento de procuração para saque do FGTS, excepcionalizou os casos de doença estabelecendo:

* Conselheiro Relator Federal

“§ 18. É indispensável o comparecimento pessoal do titular da conta vinculada para o pagamento da retirada nas hipóteses previstas nos incisos I, II, III, VIII, IX e X deste artigo, salvo em caso de grave moléstia comprovada por perícia médica, quando será paga a procurador especialmente constituído para esse fim”.

Em face dos dispositivos em comento, vimo-nos confrontados com realidades diversas, a exemplo de pessoa acometida de grave moléstia; cuja situação que pode ser considerada como estágio terminal, cuja comprovação ocorreu, além do exame de ressonância magnética do crânio, mediante de três documentos firmados por médicos particulares, e um quarto, de profissional do Instituto de Saúde do Paraná – ISEP.

Como elemento de prova, cada um dos profissionais produziu documento diverso, posto que o médico do ISEP emitiu declaração, o primeiro neurologista firmou um atestado, outro neurologista enviou um laudo médico, e os dois profissionais do Instituto de Neurologia de Curitiba expressaram, em conjunto, diagnóstico médico em relação à paciente.

Todavia, nenhum dos citados documentos alcança o requisito legal – Laudo Pericial -, haja visto haver diferenças entre eles, como consabido por esse Conselho, ao adotar o Parecer CRM-CE nº 8/2002:

Laudo médico – termo comumente utilizado para a interpretação de exame complementar ou resultado de perícia médica elaborado por médico;

Atestado médico – atividade que compõe o ato médico, assim como o exame físico, a anamnese, a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicamentos;

Diagnóstico médico – a expressão literal das patologias ou enfermidades que molesta o paciente, isto é, a identificação das causas e sintomas das doenças.

Entretanto, nenhum deles é um laudo pericial em sua acepção puramente técnico-jurídica, a peça escrita pelo perito, no qual este faz relatório de sua perícia ou exame respondendo aos quesitos formulados e dando as suas conclusões ou parecer.

Constatamos, também, que o Código de Ética Médica veda determinadas condutas, entre as quais a abaixo transcrita:

“(…)

Capítulo XI – Perícia Médica

É vedado ao médico:

Art. 120 – Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho. (grifamos)

Art. 121 – Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

(...)"

Quando ocorrer a impossibilidade da prática de ato privativo de perito médico, a perícia pode, eventualmente, ser realizada por junta médica, como se observa em ato desse Conselho que, em 6/4/95, aprovou o Parecer CFM nº 15/95, o qual define:

"Por junta médica, "lato sensu", entende-se dois ou mais médicos encarregados de avaliar condições de saúde, diagnóstico, prognóstico, terapêutica etc, que pode ser solicitada pelo paciente ou familiares, ou mesmo proposta pelo médico assistente. Quando com finalidade específica, administrativa, tem a missão de avaliar condições laborativas ou não e, assim, fundamentar decisões de admissão, retorno ao trabalho, afastamento para tratamento ou aposentadoria. Nestes casos sua composição será definida em lei, decreto, regulamento, resolução ou orientação normativa. (...)", tem-se a composição mínima de uma junta médica.

Em face do exposto e considerando que na eventualidade de existir lacuna da lei (*vacatio legis*), ao não definir claramente a qual serviço médico oficial incumbiria a emissão do necessário laudo pericial,

Considerando que tampouco existem outros órgãos de saúde na administração pública revestidos do poder legal de realizar perícias de cunho administrativo, isto é, à margem de determinação judicial para autos forenses,

Considerando a figura jurídica do "periculum in mora" (o perigo da demora), a tardança do ato administrativo ensejará (como no caso em exemplo) irreversível gravame e, também, tolhida em sua capacidade de locomoção, necessitando, igualmente, praticar os atos necessários à solicitação de saque, de forma válida perante a legislação, por meio de procurador,

Considerando, finalmente, a premissa maior do FGTS, em prover uma mais valia em momento tão extremo sem cometer rasuras legais e de modo a evitar que seja exigido o inatingível, e ao mesmo tempo expondo o Fundo a riscos desnecessários, este Agente Operador do FGTS conta com a participação desse douto Conselho, na busca de alternativas às lacunas ora indicadas.

Por todo o exposto, vimos encarecer os bons ofícios de V. S^{as}. no sentido de ser realizada reunião para avaliação da matéria em comento, com a presença de representante(s) desta Gerência Executiva e desse excelso Conselho Federal de Medicina, em data e horário de sua conveniência, no curso da semana vindoura.

Atenciosamente
H. J. S.
Gerente Nacional
Administrativo do Passivo do FGTS

(Fim da Citação)

COMENTÁRIOS

O problema se mostra de elevada relevância e deve ser urgentemente resolvido por este Conselho, em face do grande número de pacientes que se encontram em situação afiliva, por impossibilidade de locomoção e por impossibilidade de receber seus proventos.

Do ponto de vista ético-legal o problema parece relativamente simples. O dispositivo legal pretende defender os direitos dos pacientes, impedindo que sejam explorados por pessoas inescrupulosas. Restava decidir o que fazer com os beneficiários que não pudessem se locomover para receber pessoalmente seus proventos em razão de seu estado de enfermidade. Salta aos olhos que, no caso, o legislador quis se certificar de que as pessoas impossibilitadas de se locomover em função de grave enfermidade ou em estágio terminal deviam receber seu dinheiro por meio de um procurador. Estabeleceu, formalmente, que o laudo pericial seria o instrumento ideal para isso. Um documento médico que declarasse o estado terminal ou a impossibilidade de o enfermo se locomover até a agência bancária.

VOTO

Ante o exposto, proponho que o Plenário do Conselho Federal de Medicina declare a equivalência do laudo médico, do atestado do médico assistente ou o relatório de uma junta Médica como documentos médicos equivalentes ao laudo pericial mencionado no artigo 5º, inciso IV do Decreto nº 3.913, de 11.9.2001.

Este é o meu parecer, em ciência e consciência.

Brasília, 7 de fevereiro de 2003.

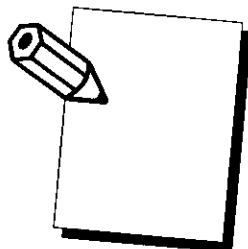
Luiz Salvador de Miranda Sá Jr
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º 752/2003
Parecer CFM N.º 10/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/02/2003

NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Doenças que, na suspeita, devem ser notificadas imediatamente por telefone	Doenças que devem ser notificadas imediatamente por telefone na ocorrência de surtos e epidemias	Doenças que devem ser notificadas semanalmente por telefone ou por escrito
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Estreptococcias • Gastroenterites e Diarréias Infecciosas • Infecção Hospitalar • Influenza (Gripe) • Tracoma • Outras Doenças <p style="text-align: center;">Se você diagnosticar alguma dessas doenças, avise o Serviço de Vigilância Epidemiológica do seu município.</p> <p style="text-align: center;">Ministério da Saúde Serviço de Vigilância Sanitária Fone 222-8114 Centro de Informações Toxicológicas 0800 41-0148 ou 0xx41 363-7820</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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



Fone 0 xx 41 - 240-4000
 Fax 0 xx 41 - 240-4001
 e-mail: crmpr@crmpr.org.br

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

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA VICTÓRIO VIEZZER, 84 - VISTA ALEGRE - CAIXA POSTAL 2.208
 CEP 80810-340 - CURITIBA - PR - FONE (041) 240-4000 - FAX (041) 240-4001

FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a): CRM/PR

Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:

[...] **Endereço residencial:**
 Bairro:

Município: UF: CEP:

Telefone residencial: (.....) **Telefone celular:** (.....)

[...] **Endereço comercial:**
 Bairro:

Município: UF: CEP:

Telefone comercial: (.....) - (.....)

Endereço eletrônico:

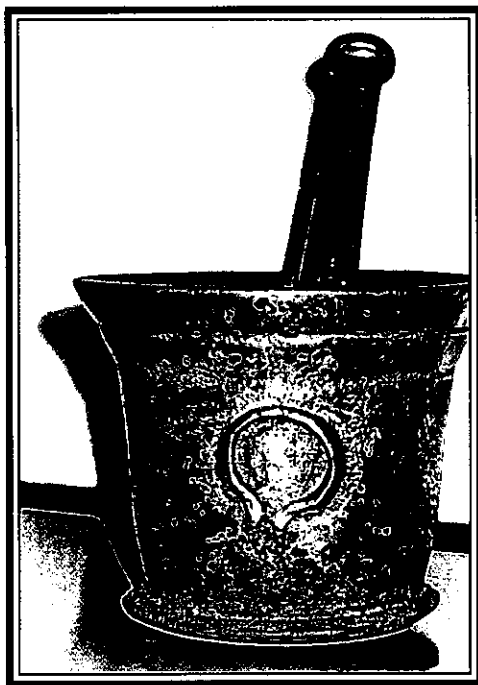
Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?

[...] **Não** Se **Sim:** [.....]Residencial: [.....] Comercial

Observações:

Em/...../..... Assinatura:

Endereço atualizado em/...../..... Visto do Funcionário CRM/PR



ALMOFARIZ

Recipiente de metal, cerâmica, madeira, pedra, porcelana etc, em que se trituram, misturam e homogeneizam substâncias sólidas (vegetais, pós etc.).

Peças utilizadas antes do século XIII, em laboratórios farmacêuticos ou boticas, apresentam diferentes formatos, dimensões e ornatos, que as destacam do gral.

As substâncias são amolecidas, misturadas e fragmentadas com espátulas ou pestilos, bastões com a extremidade arredondada, quase sempre confeccionada do mesmo material que o recipiente.

Teve seu uso mais intenso no século XVIII, mas o advento da era química e produção industrial determinou seu declínio.

Doação: não identificada

Palavras-chave - história da medicina, almofariz

Key words - history of medicine, mortar

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 3024-1415
Visite nosso site www.amp.com.org

ÍNDICE REMISSIVO 2003

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES. NÚMEROS 77 À 80/2003

OBSERVAÇÕES

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou e-mail;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 à 56 estão a disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8 - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano.
- 9 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-Pr.

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Aborto				
Anencefalia	77	54	2003	20
Crianção de 9 anos	79	161	2003	20
Menina de 9 anos	78	66	2003	20
Negada aplicação	80	229	2003	20
Permitida a Federação Nacional de Abortos	80	229	2003	20
Aguiar, Oliveiros Guanaís				
Artigo	78	96	2003	20
Artigo	79	158	2003	20
Aleixo, Dardeg de Souza				
Artigo	80	216	2003	20
Artigo	80	223	2003	20
Almofariz				
História da medicina	80	237	2003	20
Anencéfalo				
Aborto	77	54	2003	20
Consentimento	79	175	2003	20
Morte encefálica	79	175	2003	20
Transplante de órgão	79	175	2003	20
Anestesia				
Administração venosa de drogas	78	96	2003	20
Enfermeiro	78	96	2003	20
Queimadura	79	158	2003	20
Anomalia Sexual				
Cirurgia	79	124	2003	20
Diferenciação sexual	79	124	2003	20
Disgenesia sexual	79	124	2003	20
Exposição de motivo	79	124	2003	20
Normas para tratamento	79	124	2003	20
Técnica para tratamento	79	124	2003	20
Ver transexualismo	00	00	00	00
Antonio Gonçalves Pinheiro				
Artigo	78	91	2003	20
Artigo	78	101	2003	20
Artigo	78	104	2003	20
Artigo	79	145	2003	20
Artigo	79	147	2003	20
Artigo	79	156	2003	20
Artigo	80	214	2003	20

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Anúncio					Autonomia				
Relação médico e funerária	79	145	2003	20	Junta médica	80	225	2003	20
Artigo					Medicina do trabalho	80	225	2003	20
Autoria de trabalho	77	1	2003	20	Autonomia				
Autor	77	1	2003	20	Perícia médica	80	225	2003	20
Pesquisa	77	1	2003	20	Questões éticas	80	216	2003	20
Assistência					Auto prescrição médica				
Atendimento	78	70	2003	20	Entorpecentes	80	214	2003	20
Consentimento	78	70	2003	20	Ética	80	214	2003	20
Paciente psiquiátrico	78	70	2003	20	Psicotrópicos	80	214	2003	20
Assistência domiciliar					Autor				
Atestado de óbito	79	124	2003	20	Autoria	77	1	2003	20
Conselho regional	79	124	2003	20	Autoria de trabalho	77	1	2003	20
Convênio	79	124	2003	20	Autoria de trabalho				
Empresa	79	124	2003	20	Autor	77	1	2003	20
Exposição de motivo	79	124	2003	20	Pesquisa	77	1	2003	20
Ética	79	124	2003	20	Autorização				
Norma técnica	79	124	2003	20	Consentimento	79	175	2003	20
Prontuário	79	124	2003	20	Auxiliar de imobilização ortopédica				
Assistência farmacêutica					Enfermeiro	78	104	2003	20
Normas	78	111	2003	20	Responsabilidade médica	78	104	2003	20
Unidade hospitalar	78	111	2003	20	Técnico tutelado e preparado	78	104	2003	20
Urgência/emergência	78	111	2003	20	Ver tala gessada	00	00	00	00
Associação Médica Brasileira					Baptista, Ricardo José				
Convênio CFM	77	36	2003	20	Artigo	78	101	2003	20
Atendimento					Artigo	78	114	2003	20
Internação	78	70	2003	20	Becker, Marco Antônio				
Paciente psiquiátrico	78	70	2003	20	Artigo	79	144	2003	20
Atestado					Artigo	79	175	2003	20
Atestado médico	77	48	2003	20	Bioética				
Atestado de Óbito					Atuação profissional	77	28	2003	20
Assistência domiciliar	79	129	2003	20	"Bebê-medicamento"	79	155	2003	20
Ato médico	78	63	2003	20	Bebê previamente selecionado	79	155	2003	20
Morte ambulatorial	78	63	2003	20	Gestão programada para				
Morte fetal	78	63	2003	20	transplante de irmão	79	155	2003	20
Morte violenta	78	63	2003	20	Humanismo	77	28	2003	20
Normas	78	63	2003	20	Seleção para evitar rejeição	79	155	2003	20
Preenchimento	78	63	2003	20	Uso de irmão para transplante	79	155	2003	20
Serviço de Verificação de Óbito	78	63	2003	20	Visão holística	77	28	2003	20
Atestado médico					Braga Filho, Carlos Ehлке				
Abono de falta ao trabalho	78	117	2003	20	Artigo	77	24	2003	20
Atestado	77	48	2003	20	Bronzeamento				
Ato médico	78	74	2003	20	Artificial	79	147	2003	20
Ato médico	80	231	2003	20	Ato médico e não médico	79	147	2003	20
Codificação	78	74	2003	20	Câncer de pele	79	147	2003	20
Consentimento	77	48	2003	20	Estético	79	147	2003	20
Consentimento	78	74	2003	20	Norma técnica	79	147	2003	20
Conteúdo	77	48	2003	20	Responsabilidade	79	147	2003	20
Direito do paciente	78	74	2003	20	Saúde pública	79	147	2003	20
Documento de verdade	78	117	2003	20	Cadastramento de empresa médica				
Equivalência	80	231	2003	20	Auto-gestão	79	121	2003	20
Ética	77	48	2003	20	Cooperativas	79	121	2003	20
Junta médica	80	231	2003	20	Empresa de atendimento domiciliar	79	129	2003	20
Lauda pericial	80	231	2003	20	Empresa de saúde	79	121	2003	20
Médico do trabalho	77	48	2003	20	Medicina de grupo	79	121	2003	20
Normalização de trabalho	78	74	2003	20	Normas para registro no CRM	79	121	2003	20
Prescrição de veracidade	78	74	2003	20	Prestação de serviços	79	121	2003	20
Recusa	78	117	2003	20	Princípios	79	121	2003	20
Revalidação	78	117	2003	20	Registro de empresa	79	121	2003	20
Ato médico					Registro no CRM	79	121	2003	20
Atestado de óbito	78	63	2003	20	Seguro saúde	79	121	2003	20
Bronzeamento	79	147	2003	20	Camarão, Ricardo Fróes				
Curativo	79	158	2003	20	Artigo	78	111	2003	20
Delegar	79	170	2003	20	Artigo	79	163	2003	20
Relação médico-paciente	80	179	2003	20	Carlos Ehлке Braga Filho				
Relação médico-paciente	80	198	2003	20	Artigo	77	24	2003	20
Auditoria					Cartão de desconto				
Nova especialidade	77	36	2003	20	Ética	78	91	2003	20
Aula prática					Funerária	78	91	2003	20
Autorização	78	68	2003	20	Honorário médico	78	91	2003	20
Cirurgia	78	68	2003	20	Parcelamento	78	91	2003	20
Demonstração	78	68	2003	20	Proibido Registro no CRM	78	66	2003	20
					Referenciamento	78	66	2003	20
					Registro de empresa	78	91	2003	20
					Sócio ou proprietário	78	66	2003	20

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Carvalho, Regina Ribeiro Parizi					Convênio				
Artigo	79	161	2003	20	AMB/CFM	77	36	2003	20
Cavalcanti, Sila Tadeu Silveira de Holanda					Área de atuação	77	36	2003	20
Artigo	79	150	2003	20	Farmácia	79	144	2003	20
Chacel, Pedro Pablo Magalhães					Funerária	79	144	2003	20
Artigo	77	51	2003	20	Médico e farmácia	79	144	2003	20
Cidadania					Médico e funerária	79	144	2003	20
Doação de óvulos	80	226	2003	20	Cooperativa médica				
Mãe de aluguel	80	226	2003	20	Registro no CRM	79	121	2003	20
Cirurgia					Unimed	79	121	2003	20
Consentimento	77	45	2003	20	Vinculação com formácia	79	142	2003	20
Demonstração ao vivo	78	68	2003	20	Costa, Sergio Ibiapino Ferreira				
Experimental	77	45	2003	20	Artigo	79	175	2003	20
Transgenitalismo	77	45	2003	20	Coutinho, Leo Meyer				
Cirurgia Cranio-Maxilo-Facial					Artigo	79	163	2003	20
Modificação de denominação	78	86	2003	20	Crise				
Cirurgia micrográfica de Mohs					Ensino	77	1	2003	20
Eficidade	79	156	2003	20	Ética	77	24	2003	20
Para tumores	79	156	2003	20	Curativo				
Cirurgia Plástica					Anestesia	79	158	2003	20
Indenização	79	153	2003	20	Ato médico	79	158	2003	20
Código de Ética					Cirurgião	79	158	2003	20
Direitos do paciente	77	31	2003	20	Debridamento	79	158	2003	20
Colatti, Roseli Nunes					Queimadura	79	158	2003	20
Artigo	77	28	2003	20	Currículo				
Como					Ensino	77	1	2003	20
Estado vegetativo	80	197	2003	20	Humanístico	77	1	2003	20
Religar alimentação	80	197	2003	20	D'Ávila, Roberto Luiz				
Religar aparelho	80	197	2003	20	Artigo	79	170	2003	20
Comércio					Dardeg de Souza Aleixo				
Relação médico e funerário	79	145	2003	20	Artigo	80	216	2003	20
Comissão de ética					Artigo	80	223	2003	20
Demonstração cirúrgica ao vivo	78	68	2003	20	Declaração de Óbito				
Comissão de ética médica					Atestado de óbito e óbito	78	63	2003	20
Competência	78	77	2003	20	Ato médico	78	63	2003	20
Eleições	78	77	2003	20	Preenchimento	78	63	2003	20
Funcionamento	78	77	2003	20	Delegar				
Normas	78	77	2003	20	"Art. 30"	79	170	2003	20
Regulamento	78	77	2003	20	Ato médico	79	170	2003	20
Ver Comitê	00	00	00	00	Sob supervisão	79	170	2003	20
Ver Comitê de ética e pesquisa	00	00	00	00	Treinamento	79	170	2003	20
Comissão de internação psiquiátrica					Demonstração cirúrgica ao vivo				
Compulsória	78	70	2003	20	Autorização prévia	78	68	2003	20
Declaração de doenças	77	59	2003	20	Comissão de ética	78	68	2003	20
Internação	78	70	2003	20	Consentimento	78	68	2003	20
Compromisso					Consentimento	78	114	2003	20
Médico	80	179	2003	20	Direitor médico	78	68	2003	20
Médico	80	198	2003	20	Diretor médico	78	114	2003	20
Responsabilidade	80	179	2003	20	Diversas resoluções	78	114	2003	20
Responsabilidade	80	198	2003	20	Equipe cirúrgica	78	68	2003	20
Conceito					Equipe	78	114	2003	20
Drugas depressoras	80	211	2003	20	Ética	78	114	2003	20
"Perigo de demora"	80	231	2003	20	Preceitos éticos	78	68	2003	20
Consentimento					Prontuário	78	68	2003	20
Anencéfalo	79	175	2003	20	Responsabilidade	78	68	2003	20
Cirurgia de transgenitalismo	77	45	2003	20	Responsabilidade	78	114	2003	20
Consentimento informado	79	175	2003	20	Ver demonstração cirúrgica	00	00	00	00
Estado vegetativo	80	197	2003	20	Dengue				
Transplante de órgão	79	175	2003	20	Epidemia	79	150	2003	20
Ver Autorização	00	00	00	00	Garantia de tratamento	79	150	2003	20
Consulta					Internação	79	150	2003	20
Convênio com funerária	79	145	2003	20	Desconto				
Ver Assistência	00	00	00	00	Cartão de Desconto	78	66	2003	20
Consulta médica					Cartão de desconto	78	91	2003	20
Denúncia ao MP	78	96	2003	20	Desfibrilação				
Exercício ilegal	78	96	2003	20	Ato médico	79	170	2003	20
Internet	78	96	2003	20	Entubação	79	170	2003	20
Ver Assistência	00	00	00	00	Por não médico	79	170	2003	20
Contribuição sindical					Reanimação	79	170	2003	20
Anuidade do Sindicato	79	137	2003	20	Ressuscitação	79	170	2003	20
Obrigatório	79	137	2003	20	Diagnóstico				
Sindicato médico	79	137	2003	20	Sugestão no laudo	80	227	2003	20

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Direito					Ensino				
Eutanásia	77	53	2003	20	Crise	77	1	2003	20
Eutanásia	77	57	2003	20	Currículo	77	1	2003	20
Morrer	77	53	2003	20	Formação	77	1	2003	20
Morrer	77	57	2003	20	Humanístico	77	1	2003	20
Qualidade de Vida	77	53	2003	20	Entorpecentes				
Qualidade de vida	77	57	2003	20	Auto prescrição médico	80	214	2003	20
Direito do paciente					Epidemiologia				
Código de ética	77	31	2003	20	Notificação obrigatória	80	235	2003	20
Relação médico-paciente	77	31	2003	20	Equivalência				
Diretor Médico					Atestado médico	80	231	2003	20
Demonstração cirúrgica ao vivo	78	68	2003	20	Documento	80	231	2003	20
Diretor técnico					Junta médica	80	231	2003	20
Assegurar atribuições	77	51	2003	20	Lauda pericial	80	231	2003	20
Demonstração cirúrgica ao vivo	78	68	2003	20	Especialidade				
Instituto Médico Legal	80	223	2003	20	Área de atuação	77	36	2003	20
Presença constante	77	51	2003	20	Convênio AMB/CFM	77	36	2003	20
Responsabilidade	77	51	2003	20	Critério de reconhecimento	77	36	2003	20
Serviço de verificação de óbito	80	223	2003	20	Novas	77	36	2003	20
Disgenesia sexual					Residência médica	77	36	2003	20
Anomalia sexual	79	124	2003	20	Especialista				
Cirurgia	79	124	2003	20	Área de atuação	77	36	2003	20
Diferenciação sexual	79	124	2003	20	Novas especialidades	77	36	2003	20
Exposição de motivo	79	124	2003	20	Título	77	36	2003	20
Normas para tratamento	79	124	2003	20	Espirometria				
Técnica para tratamento	79	124	2003	20	Ato médico	78	109	2003	20
Ver transexualismo	00	00	00	00	Fisioterapeuta	78	109	2003	20
Doação					Médico não pneumologista	78	109	2003	20
Transplante	75	175	2003	20	Estado vegetativo				
Doença Transmissível					Alimentação	80	197	2003	20
Notificação compulsória	77	59	2003	20	Consentimento	80	197	2003	20
Dotti, Rene Ariel					Estrangeiro				
Artigo	77	53	2003	20	Médico residente	78	61	2003	20
Drogas depressoras					Estupro				
Conceito	80	211	2003	20	Aborto infantil	79	161	2003	20
Morte encefálica	80	211	2003	20	Criança	79	161	2003	20
Transplante	80	211	2003	20	Ética				
Drogas venosas					Auto prescrição	80	214	2003	20
Administração	78	96	2003	20	Autonomia	80	216	2003	20
Anestesia	78	96	2003	20	Capitalismo	77	24	2003	20
Ehrenfried Othmar Wittig					Cartão de desconto	78	91	2003	20
Almofariz	80	237	2003	20	Crise	77	24	2003	20
Esfingomanômetro	79	177	2003	20	Demonstração cirúrgica ao vivo	78	68	2003	20
Maleta médica	78	120	2003	20	Monografia sobre ensino	77	1	2003	20
Oscilômetro	79	177	2003	20	Sugestão em laudo	80	227	2003	20
Suprte alimentar	77	60	2003	20	Valores	77	24	2003	20
Eleições					Vinculação de cooperativa à farmácia	79	142	2003	20
Comissão de ética médica	78	78	2003	20	Eutanásia				
Eliane de Souza					Austrália	77	58	2003	20
Artigo	78	107	2003	20	Autorização	77	56	2003	20
Artigo	79	144	2003	20	Autorização	77	57	2003	20
Artigo	80	227	2003	20	Condensada Enfermeiro	77	58	2003	20
Empresa de saúde					Direito humano	77	53	2003	20
Auto-gestão	79	121	2003	20	Direito Humano	77	56	2003	20
Cadastramento de empresa médica	79	121	2003	20	Direito Humano	77	57	2003	20
Cooperativa	79	121	2003	20	Holanda	77	58	2003	20
Medicina de grupo	79	121	2003	20	Lei na Bélgica	77	57	2003	20
Normas para registro	79	121	2003	20	Lei na Inglaterra	77	56	2003	20
Prestação de serviços	79	121	2003	20	Lei na Inglaterra	77	57	2003	20
Registro de empresa	79	121	2003	20	Paciente terminal	77	58	2003	20
Registro no CRM	79	121	2003	20	Qualidade de vida	77	56	2003	20
Seguro saúde	79	121	2003	20	Qualidade de vida	77	57	2003	20
Enfermeiro					Vida	77	17	2003	20
Administração venosa de drogas	78	96	2003	20	Exame complementar				
Ato médico	79	163	2003	20	Exame anátomo patológico	80	227	2003	20
Auxiliar de imobilização ortopédica	78	104	2003	20	Exame radiológico	80	227	2003	20
Entubação orotraqueal	79	170	2003	20	Exame radiológico	79	163	2003	20
Equipe de saúde	79	163	2003	20	Rafina	79	163	2003	20
Eutanásia	77	58	2003	20	Solicitado por enfermeiro	79	163	2003	20
Prescrever medicamento	79	163	2003	20	Sugestão no laudo	80	227	2003	20
Reanimação	79	170	2003	20	Ver laboratório de análise	00	00	00	00
Resuscitação	79	170	2003	20	Exame radiológico				
Solicitar exame complementar	79	163	2003	20	Ato médico	79	163	2003	20
					Solicitado por enfermeiro	79	163	2003	20

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Exercício profissional					Internação				
Cadastramento	79	163	2003	20	Compulsória	78	70	2003	20
Registro provisório	79	163	2003	20	Consentimento	78	70	2003	20
Ver registro	00	00	00	00	Dengue	79	150	2003	20
Exposição de motivo					Direitos e deveres	78	70	2003	20
Anomalias sexuais	79	129	2003	20	Garantia de tratamento	79	150	2003	20
Tratamento domiciliar	79	129	2003	20	Paciente psiquiátrico	78	70	2003	20
Falso					Internet				
Atestado médico	78	74	2003	20	Publicidade	78	96	2003	20
Farmácia					Jorge R. Ribas Timi				
Médico proprietário	79	144	2003	20	Artigo	77	31	2003	20
Vinculação com cooperativa médica	79	142	2003	20	José Luiz Pinto Pereira				
Federação Nacional do Abarato					Artigo	77	1	2003	20
Estados Unidos	80	229	2003	20	Junta médica				
Legislação	80	229	2003	20	Conceito	80	231	2003	20
Feto					Laboratório de análise				
Atestado de óbito	78	63	2003	20	Equipe de saúde	79	163	2003	20
Fisiatria					Solicitado por enfermeiro	79	163	2003	20
Interação de local com ginástica	78	107	2003	20	Laserterapia				
Publicidade	78	107	2003	20	Experimental	79	158	2003	20
Fisioterapia					Hélio/Neônio	79	158	2003	20
Desfibrilação	79	170	2003	20	Intravascular	79	158	2003	20
Entubação orotraqueal	79	170	2003	20	Laudo				
Espirometria	78	109	2003	20	Ato médico	80	231	2003	20
Reanimação	79	170	2003	20	Fundo de garantia	80	231	2003	20
Ressuscitação	79	170	2003	20	Perícia médica	80	231	2003	20
Flávia Daniela Pussi					Laudo de exames				
Artigo	80	179	2003	20	Sugestão de outros exames	80	227	2003	20
França, Genival Veloso					Leo Mayer Coutinho				
Artigo	77	17	2003	20	Artigo	79	163	2003	20
Função pulmonar					Luiz Nódgi Nogueira Filho				
Ver espirometria	00	00	00	00	Artigo	80	214	2003	20
Fundo de Garantia					Luiz Salvador de Miranda Sá Junior				
F.G.T.S.	80	231	2003	20	Artigo	78	94	2003	20
Laudo de perícia	80	231	2003	20	Artigo	80	235	2003	20
Tempo de serviço	80	231	2003	20	Mãe de aluguel				
Trabalhador	80	231	2003	20	Cidadania do filho	80	226	2003	20
Funerária					Óvulos	80	226	2003	20
Comércio indesejado	79	145	2003	20	Marco Antônio Becker				
Convênio para consultas	79	145	2003	20	Artigo	79	144	2003	20
Desconto de valor	79	145	2003	20	Artigo	79	175	2003	20
Promoção	79	145	2003	20	Martins, Gerson Zafalon				
Genival, Veloso de França					Artigo	78	109	2003	20
Artigo	77	17	2003	20	Artigo	79	139	2003	20
Gerson Zafalon Martins					Medicamento				
Artigo	78	109	2003	20	Comercialização	79	144	2003	20
Artigo	79	139	2003	20	Venda em hospital	79	144	2003	20
Ginástica					Medicina				
Com fisioterapia	78	107	2003	20	Alternativa	78	94	2003	20
Interação local	78	107	2003	20	Avaliação histórica	80	179	2003	20
História da Medicina					Avaliação histórica	80	198	2003	20
Almofariz	80	235	2003	20	Globalizada	80	179	2003	20
Esfigmomanômetro	79	177	2003	20	Globalizada	80	198	2003	20
Museu da Medicina	77	60	2003	20	Industrialização	80	179	2003	20
Oscilômetro	79	177	2003	20	Industrialização	80	198	2003	20
Peça histórica	79	177	2003	20	Relação com funerária	79	144	2003	20
Ver Museu da Medicina	00	00	00	00	Relação médico-paciente	80	179	2003	20
Home care					Relação médico-paciente	80	198	2003	20
Assistência domiciliar	79	129	2003	20	Sociedade moderna	80	179	2003	20
Identidade					Sociedade moderna	80	198	2003	20
Atestado médico	78	74	2003	20	Medicina Alternativa				
Índice					Terapia holística	78	94	2003	20
Remissivo	80	238	2003	20	Medicina do trabalho				
Inscrição no CRM					Atestado médico	77	48	2003	20
Cadastramento	79	163	2003	20	Autonomia de junta	80	225	2003	20
Exercício profissional	79	163	2003	20	Junta médica	80	231	2003	20
Exercício provisório	79	163	2003	20	Médico do trabalho	77	48	2003	20
Instituto Médico Legal	80	223	2003	20	Perícia médica	80	225	2003	20
Provisória	79	163	2003	20	Medicina e farmácia				
Registro	79	163	2003	20	Prescrição e venda de medicamento	79	144	2003	20
Registro no CRM	79	163	2003	20	Proprietário de farmácia	79	144	2003	20
Instituto Médico Legal					Médico				
Inscrição no CRM	80	223	2003	20	Proprietário de farmácia hospitalar	79	144	2003	20
Responsável técnico	80	223	2003	20	Relação com funerária	79	144	2003	20
					Ver Sociedade Brasileira de				
					Medicina Farmacêutica	00	00	00	00

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Médico do trabalho					Óvulos				
Atestado médico	77	48	2003	20	Cidadania	80	226	2003	20
Médico estrangeiro					Doação	80	226	2003	20
Residência médica	78	61	2003	20	Mãe de aluguel	80	226	2003	20
Visto temporário	78	61	2003	20	Paciente				
Médico residente					Assistência domiciliar	79	129	2003	20
Área de atuação	77	36	2003	20	Consentimento	78	70	2003	20
Médico estrangeiro	78	61	2003	20	Direito do atestado	78	74	2003	20
Novos especialidades	77	36	2003	20	Direito ético	77	31	2003	20
Título de especialista	77	36	2003	20	Direito e dever	78	70	2003	20
Meio					Internação psiquiátrica	78	70	2003	20
Extraordinário de vida	77	17	2003	20	Psiquiátrico	78	70	2003	20
Moderna atuação médica					Recusa de internação	79	129	2003	20
Ato médico	80	179	2003	20	Relação com médico e funerária	79	144	2003	20
Ato médico	80	198	2003	20	Terminal	77	55	2003	20
Relação com paciente	80	179	2003	20	Parada cardíaca				
Relação com paciente	80	198	2003	20	Ver reanimação	00	00	00	00
Mohs, cirurgia micrográfica					Peça histórica				
Eticidade	79	156	2003	20	História da medicina	77	60	2003	20
Tumores	79	156	2003	20	História da medicina	78	128	2003	20
Monografia sobre ética médica					História da medicina	79	177	2003	20
Ensino da medicina	77	1	2003	20	História da medicina	80	237	2003	20
O Médico na moderna medicina do Século XXI	80	179	2003	20	Pedro Pablo Magalhães Chacel				
O Médico na moderna medicina do Século XXI	80	198	2003	20	Artigo	77	51	2003	20
Morrer					Pereira, José Luiz Pinto				
Como Solução	77	53	2003	20	Artigo (autoría)	77	1	2003	20
Eutanásia	77	53	2003	20	Perícia médica				
Morte					Autonomia de junta	80	225	2003	20
Ambulatorial ou domiciliar	78	63	2003	20	Medicina do trabalho	80	225	2003	20
Anencéfalo	79	175	2003	20	"Perigo de demora"				
Atestado de óbito	78	63	2003	20	Conceito	80	231	2003	20
Consentimento	79	175	2003	20	Pinheiro, Antonio Gonçalves				
Dignidade	77	17	2003	20	Artigo	78	91	2003	20
Encefálica	77	17	2003	20	Artigo	78	101	2003	20
Encefálica	79	175	2003	20	Artigo	78	104	2003	20
Estado vegetativo	77	17	2003	20	Artigo	79	145	2003	20
Eutanásia	77	17	2003	20	Artigo	79	147	2003	20
Fetal	78	63	2003	20	Artigo	79	156	2003	20
Limites da vida	77	17	2003	20	Artigo	80	214	2003	20
Transplante de órgão	79	175	2003	20	Premiação				
Violenta	78	63	2003	20	Monografia de Ética Médica	77	1	2003	20
Morte encefálica					Monografia de Ética Médica	80	179	2003	20
Anencéfalo	79	175	2003	20	Monografia de Ética Médica	80	198	2003	20
Consentimento	79	175	2003	20	Prescrição				
Drogas depressoras	80	211	2003	20	Enfermeiro	79	163	2003	20
Transplante de órgão	79	175	2003	20	Medicamento	79	163	2003	20
Museu de Medicina					Receita	79	163	2003	20
Esfigmomanômetro	79	177	2003	20	Prestação de contas				
Moleta médica	78	120	2003	20	CRM Paraná	79	136	2003	20
Oscilômetro	79	177	2003	20	Procedimento laboratorial				
Peça histórica	77	60	2003	20	Aparelho e método	78	101	2003	20
Nabarro, Sonia Wendt					Executantes não reconhecidos	78	101	2003	20
Artigo	80	198	2003	20	Publicidade irregular	78	101	2003	20
Nogueira Filho, Luiz Nódgi					Registro médico no CRM	78	101	2003	20
Artigo	80	214	2003	20	Promoção				
Normas técnicas					Cartão de desconto	78	91	2003	20
Assistência domiciliar	79	129	2003	20	Desconto de valor	79	144	2003	20
Notificação compulsória					Relação com funerária	79	144	2003	20
Vigilância sanitária	77	59	2003	20	Prontuário				
Doenças	77	59	2003	20	Assistência domiciliar	79	124	2003	20
Notificação obrigatória					Proprietário de clínica e o venda de produtos oncológicos				
Epidemiologia	80	235	2003	20	Prescrição e venda ética	79	144	2003	20
Óbito					Relação médico-farmácia	79	144	2003	20
Atestado	78	63	2003	20	Psicotrópicos				
Declaração	79	129	2003	20	Auto prescrição médica	80	214	2003	20
Domiciliar	79	129	2003	20	Psiquiatria				
Odontologia					Atendimento	78	70	2003	20
Cirurgia buco-maxilo-facial	78	86	2003	20	Consentimento	78	70	2003	20
Cirurgia crânio-maxilo-facial	78	87	2003	20	Direitos e deveres do médico	78	70	2003	20
Oliveiros Guanais de Aguiar					Direitos e deveres do paciente	78	70	2003	20
Artigo	78	96	2003	20	Responsabilidade no atendimento	78	70	2003	20
Artigo	79	158	2003	20	Publicidade				
Organização Mundial da Saúde					Internet	78	96	2003	20
Riscos à saúde	78	65	2003	20	Pussi, Flávia Danielo				
					Artigo	80	179	2003	20

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Qualidade					Residência				
Vida	77	17	2003	20	Médico residente	77	36	2003	20
Qualidade de vida					Residência médica				
Direito à Eutanásia	77	56	2003	20	Médico estrangeiro	78	61	2003	20
Direito humano	77	56	2003	20	Médico residente	78	61	2003	20
Direito humano	77	57	2003	20	Resolução				
Eutanásia	77	53	2003	20	Revogação	79	138	2003	20
Eutanásia	77	56	2003	20	Revogação de resoluções CFM	79	138	2003	20
Eutanásia	77	57	2003	20	Resolução CFM				
Queimadura					Nº 1598/2000 (Atendimento				
Anestesia	79	158	2003	20	psiquiátrico	78	70	2003	20
Curativo	79	158	2003	20	Nº 1630/01 (médico estrangeiro)	78	61	2003	20
Reanimação					Nº 1642/2002				
Ato médico	79	170	2003	20	(Registro de empresa)	79	121	2003	20
Ausência de médico	79	170	2003	20	Nº 1649/02 (cartão de desconto)	78	66	2003	20
Desfibrilação	79	170	2003	20	Nº 1653/2002 (Demonstração				
Entubação	79	170	2003	20	cirúrgica ao vivo	78	68	2003	20
Fisioterapia	79	170	2003	20	Nº 1657/02 (Comissão de				
Por não médico	79	170	2003	20	ética médica)	78	77	2003	20
Terapeuta ocupacional	79	170	2003	20	Nº 1658/02 (atestado médico)	78	74	2003	20
Recusa					Nº 1659/2003	78	86	2003	20
Atendimento domiciliar	79	129	2003	20	Nº 1663/2003 (prestação de conta)	79	136	2003	20
Consentimento	79	175	2003	20	Nº 1664/2003 (anomalia sexual)	79	124	2003	20
Interrupção	79	129	2003	20	Nº 1668/2003 (assistência domiciliar)	79	129	2003	20
Regina Ribeiro Parizi Carvalho					Responsabilidade				
Artigo	79	161	2003	20	Compromisso	80	179	2003	20
Registro					Compromisso	80	198	2003	20
Ambulância e helicóptero	79	163	2003	20	Demonstração cirúrgica ao vivo	78	68	2003	20
Auditoria	79	163	2003	20	Manter alimentação	80	198	2003	20
Cadastramento	79	163	2003	20	Ressuscitação				
Exercício profissional	79	163	2003	20	Ato médico	79	170	2003	20
Exercício provisório	79	163	2003	20	Desfibrilação	79	170	2003	20
Inscrição	79	163	2003	20	Entubação orotraqueal	79	170	2003	20
Lei nº 3268/57	79	163	2003	20	Por não médico	79	170	2003	20
Perícia médica	79	163	2003	20	Revogação de resolução CFM				
Polícia rodoviária federal	79	163	2003	20	Nº 277/66	79	138	2003	20
Provisório	79	163	2003	20	Nº 288/66	79	138	2003	20
Registro de empresa	79	163	2003	20	Nº 885/78	79	138	2003	20
Registro no CRM	79	163	2003	20	Nº 1212/85	79	138	2003	20
Resgate aeromédico	79	163	2003	20	Nº 1215/85	78	77	2003	20
Registro de empresa					Nº 1216/85	79	138	2003	20
Cadastramento de empresa					Nº 1233/86	79	138	2003	20
médica	79	121	2003	20	Nº 1241/87	79	138	2003	20
Empresa de saúde	79	121	2003	20	Nº 1244/87	79	138	2003	20
Norma/registo no CRM	79	121	2003	20	Nº 1596/00	79	138	2003	20
Regulamento					Ricardo Fróes Camarão				
Comissão de ética médica	78	78	2003	20	Artigo	78	111	2003	20
Relação					Artigo	79	163	2003	20
Aspectos psicológicos	80	179	2003	20	Ricardo José Baptista				
Aspectos psicológicos	80	198	2003	20	Artigo	78	101	2003	20
Ato médico	80	179	2003	20	Artigo	78	114	2003	20
Ato médico	80	198	2003	20	Riscos				
Contemporânea	80	179	2003	20	A saúde (OMS)	78	65	2003	20
Contemporânea	80	198	2003	20	Roberto Luiz D'Avila				
Crise	80	179	2003	20	Artigo	79	170	2003	20
Crise	80	198	2003	20	Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira				
Evolução histórica	80	179	2003	20	Artigo	79	170	2003	20
Evolução histórica	80	198	2003	20	Artigo	80	225	2003	20
Globalização	80	179	2003	20	Roseli Nunes Coletti				
Globalização	80	198	2003	20	Artigo	77	28	2003	20
Médico-paciente	80	179	2003	20	Rubens dos Santos Silva				
Médico-paciente	80	198	2003	20	Artigo	79	142	2003	20
Relação médico-paciente					Sé Junior, Luiz Salvador de Miranda				
Contemporânea	80	179	2003	20	Artigo	78	94	2003	20
Contemporânea	80	198	2003	20	Artigo	80	235	2003	20
Direitos do paciente	77	31	2003	20	Saúde				
Remuneração					Riscos (OMS)	78	65	2003	20
Cartão de Desconto	78	66	2003	20	Seguradora				
Promoção	79	163	2003	20	Cirurgia plástica	79	153	2003	20
Rene Ariel Doti					Prévio conhecimento	79	153	2003	20
Artigo	77	53	2003	20	Seguradora	79	153	2003	20
Requisição de enfermeiro					Seguro	79	153	2003	20
Ato médico	79	163	2003	20	Transplante não obrigatório	79	156	2003	20
Equipe médica	79	163	2003	20					
Exame complementar	79	163	2003	20					
Prescrição de medicamento	79	163	2003	20					
Rotina	79	163	2003	20					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Seguro					Terapia holística				
Direito e dever prévio	79	153	2003	20	Diagnóstico	78	94	2003	20
Indenizar cirurgia plástica	79	153	2003	20	Exercício ilegal da medicina	78	94	2003	20
Sergio Ibiapina Ferreira Costa					Medicina alternativa	78	94	2003	20
Artigo	79	175	2003	20	Terminal				
Serviço de Verificação de Óbito					Eutanásia	77	58	2003	20
Atestado de óbito	78	63	2003	20	Paciente	77	55	2003	20
Instituto Médico Legal	80	223	2003	20	Lei na Holanda	77	55	2003	20
Silo Tadeu Silveira de Holanda					Timi, Jorge R. Ribas				
Cavalcanti					Artigo	77	31	2003	20
Artigo	79	150	2003	20	Transgenitalismo				
Silva, Rubens dos Santos					Cirurgia experimental	77	45	2003	20
Artigo	79	142	2003	20	Consentimento	77	45	2003	20
Silva, Solimar Pinheiro					Definição	77	45	2003	20
Artigo	80	211	2003	20	Equipe oficializada	77	45	2003	20
Sindicato médico					Transplante				
Anuidade	79	137	2003	20	Cobertura não obrigatória	79	156	2003	20
Contribuição sindical obrigatória	79	137	2003	20	Contrato de cláusula	78	87	2003	20
Sociedade Brasileira de Medicina					Drogas depressoras	80	211	2003	20
Farmacêutica					Obrigação de seguradora	79	156	2003	20
Anúncio	79	139	2003	20	Transplante de órgão				
Especialidade não reconhecida	79	139	2003	20	Anencefalo	79	175	2003	20
Médico farmacêutico	79	139	2003	20	Consentimento	79	175	2003	20
Solimar Pinheiro da Silva					Morte encefálica	79	175	2003	20
Artigo	80	211	2003	20	Transsexualismo				
Sonia Wendt Nabarro					Anormalia sexual	79	124	2003	20
Artigo	80	198	2003	20	Disgenesia sexual	79	124	2003	20
Souza, Eliane de					Tratamento				
Artigo	78	107	2003	20	Anormalia sexual	79	124	2003	20
Artigo	79	144	2003	20	Domiciliar	79	129	2003	20
Sugestão					Tratamento experimental				
Exame complementar	80	227	2003	20	Transgenitalismo	77	45	2003	20
Supervisão médica					Urgência				
Ato médico	79	170	2003	20	Assistência farmacêutica	78	111	2003	20
Enfermeiro	79	170	2003	20	Normas	78	111	2003	20
Fisioterapeuta	79	170	2003	20	Unidade hospitalar	78	111	2003	20
Não médicos	79	170	2003	20	Venda de produtos hospitalares	79	144	2003	20
Ressuscitação	79	170	2003	20	Verdadeiro				
Terapeuta ocupacional	79	170	2003	20	Atestado médico	78	74	2003	20
Tala gessada					prevenção de veracidade	78	74	2003	20
Auxiliar de imobilização ortopédica	78	104	2003	20	Vida				
Teixeira, Rodrigo Orlando Nabuco					Limites	77	17	2003	20
Artigo	79	170	2003	20	Meia extraordinário	77	17	2003	20
Artigo	80	225	2003	20	Qualidade	77	17	2003	20
Telemedicina					Vigilância sanitária				
Consulta médica	78	96	2003	20	Notificação obrigatória	80	235	2003	20
Terapeuta ocupacional					Vinculação de Cooperativa de Medicina				
Ato médico	79	170	2003	20	À Farmácia	79	142	2003	20
Entubação	79	170	2003	20	Ilícito ético	79	142	2003	20
Por não médicos	79	170	2003	20	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Reanimação	79	170	2003	20	Almofariz	80	237	2003	20
Ressuscitação	79	170	2003	20	Esfigmomanômetro	79	177	2003	20
Terapia holística					Maleta médica	78	120	2003	20
Ato médico	78	94	2003	20	Oscilômetro	79	177	2003	20
Charlatanismo	78	94	2003	20	Suporte alimentar	77	60	2003	20

Consulte o Índice Remissivo de todos os "Arquivos"
biblioteca@crmpr.org.br
www.crmpr.org.br
0xx41 240-4000

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. Kernel Jorge Chammas
Cons. Marco Flávio Gomes Montenegro
Cons. Sylvio José Borela

2 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

- Cons. Hélcio 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. Kernel Jorge Chammas
Membro nato do CRMPR: Luiz Carlos Sobania

7 - CORREGEDORIA DO CRMPR

- 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 (1^o Secretário)
Dr. Ludovico Pieri Neto (2^o Secretário)
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Laércio Uemura
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior
Dr. Adelman Fereira (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. Kernel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)
Dr^a. Maria Teresa de M. C. Coimbra (1^a Secretária)
Dr. Mário Massaru Miyazato (2^o Secretário)
Dr. Minao Okawa
Dr. Mário Lins Peixoto
Dr. Aldo Yoshisuke Taguchi (Suplente)
Dr. Giancarlo Sanchez (Suplente)
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Suplente)
Dr. Roberto Tanus Pazzello (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 Gebm Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
Dr. Adail Rother Júnior (Suplente)
Dr. Altmar José Carletto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

- Dr. Dairton Luiz Legnani (Presidente)
Dr. Moacir Cluilla Porciuncula (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 Borguetti (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 Zaians (Secretário)
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)
Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)
Dr. Nelson Antônio Barufatti Filho (Suplente)
Dr. Hildegardis Zaccar (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

- Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)
Dr^a. Mari Cybulska (Secretária)
Dr. Dêlcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)
Dr. Achilles Buss Junior (Licenciado)
Dr^a. Margareth Zych (Licenciada)
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE TOLEDO

- Dr. Eduardo Gomes (Presidente)
Dr. Ivan Garcia (1^o Secretário)
Dr. Frederico Patro Cruzatti (Colaborador)
Dr. Wilson Botton (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 (1^o Secretário)
Dr. Mauro Acácio Garcia (Colaborador)
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Cortes Derenusson (Suplente)
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo (Suplente)