

ISSN 0104 - 7620
ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 22	n. 86	p. 57-116	Abr/Jun.	2005
---------------------------	----------	-------	-------	-----------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar 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

CRM

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos: codame@crmpr.org.br
Comissão de Qualificação Profissional: cqp@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: jornal@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br
Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 3240-4000
Fax 0 xx 41 3240-4001

CFM

Home-Page cfm@cfm.org.br
www.portalmedico@cfm.org.br
e-mail jornal@cfm.org.br

TIRAGEM

16.500 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

ARTE FINAL

Marivone S. Souza - (0xx41) 3338-5559

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

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

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O texto 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 a 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-chave 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 descritas (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 dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 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. 22, n.86, 2005

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

Células Tronco: O Alfa e o Ômega William Artur Pussi e Flávia Daniela Pussi	57
Os Conselhos de Medicina e o Código de Ética Médica Como Instrumento de Ensino Carlos Ehlke Braga Filho	76
PARECERES	
Artigo Médico Publicado Não Atende Normas Técnicas Mônica de Biasi Wright Kastrup	81
Obrigatoriedade de Preenchimento de Documentação Específica de Convênio Carlos Ehlke Braga Filho	84
Plantão Médico: Dificuldades Econômicas e Administrativas Influenciam na Qualidade de Atendimento Luiz Ernesto Pujol	86
Recusa de Atestado Médico Carlos Ehlke Braga Filho	88
Atendimento de Emergência em Hospital Não Conveniado e os Honorários Keith de Jesus Fontes	90
Manutenção de Empresa Privada em Hospital Luiz Ernesto Pujol	92
Indicação de Cirurgia Para Hidronefrose Pelo SUS Luiz Sallim Emed	94
A Ética da Escolha ou Exigência da Marca Comercial de Instrumentos, Aparelhos ou Materiais Cirúrgicos Luiz Sallim Emed	96
Qual o Grau de Responsabilidade do Médico se o Paciente Não Consegue Adquirir o Medicamento? Miguel Ibraim Abboud Hanna	98
Atuação de Médico Não Especialista em Plantão Específico de Pediatria Luiz Gabriel Turkowski	100
Interferência do Diretor Técnico (Clínico) no Atendimento do Paciente Carlos Roberto Goytacaz Rocha	102
Honorários Médicos e as Cooperativas Operadoras de Saúde Hécio Bertolozzi Soares	104
Prontuários Médicos Danificados e Suas Recuperações Alexandre Gustavo Bley	106
Informar o Tempo de Evolução de Enfermidade Carlos Ehlke Braga Filho	108

NOTAS DA IMPRENSA

Aprovado o Direito de "Deixar Morrer" - França 14/04/05	80
Ministro Defende Aborto - Argentina 17/02/05	83
Justiça Nega Aval a Aborto - Estados Unidos 1º/05/05	85
Estudante Não Pode Exercer Medicina. É Ilegal. É Crime - Pernambuco Lei nº 3.268 de 30/06/57	89
Médicos se Recusam a Fazer Aborto Autorizado - Porto Alegre 22/04/05	91
Lei Permite o Aborto - Irã Maio/05	93
Aparelhos Mantêm Gestante Viva - Estados Unidos Junho/05	97
Revalidação do Título de Especialista Eleuses Vieira de Paiva e Fabio Biscegli Jatene	110
Médico é Orientado a Exigir BO Para Aborto Cláudia Collucci e Antonio Gois	111
Enfermeiro Não Pode Prescrever Medicamentos Antonio Celso C. de Albuquerque	113

HISTÓRIA DA MEDICINA

Turma de Médicos de 1947 Ehrenfried Othmar Wittig	116
---	-----

CÉLULAS TRONCO: O ALFA E O ÔMEGA

William Artur Pussi*
Flávia Daniela Pussi**

Palavras-chave: células tronco, monografia premiada, genética, embrião

STEM CELLS: THE ALPHA AND THE OMEGA

Key words: stem cells, prize-winning paper, genetics, embryo

I – Introdução:

O século XXI surge inaugurando uma nova e fascinante etapa da evolução humana, marcada por profundas mudanças no âmbito das relações entre os seres vivos. Em particular, o desenvolvimento incessante das ciências biotecnológicas está transformando a maneira de ser e viver dos indivíduos, tanto na esfera social, quanto na escala de valores. Isso já se faz sentir na Medicina, cada vez mais influenciada por outras áreas paralelas ao saber médico, como é o caso da Genética Médica.

A tecnologia tem permitido ao homem desvendar os mistérios mais intrincados a respeito da vida e da morte, possibilitando o domínio sob os processos de concepção instrumental da essência humana. Também possibilitou que os olhares se voltassem para situações ante então desconhecidas. Assim, a ciência de hoje está sempre querendo superar, resolver e desvendar tudo aquilo que lhe parecia intransponível, quer pela lógica, quer pela imaginação.

Eis, então, alguns dos produtos desse processo: embriões concebidos fora do ventre materno, clones humanos e regeneração milagrosa de órgãos lesados. Porém, ainda não está totalmente estabelecida a intrigante relação entre criador e criatura, sendo que a razão humana nem sempre é capaz de dar uma finalidade correta às suas invenções.

O fruto proibido certamente já foi transgredido, pois o saber médico invadiu áreas da vida humana cercadas de enigmas complexos, ou seja, tudo aquilo que a inteligência jamais fora capaz de explicar ou compreender. Agora, a maioria dos seres, por mais sábios e conscientes que sejam, não é capaz de resolver os problemas gerados pela ousadia da natureza humana, sempre pronta a desafiar. Assim, surgem vozes de vários setores, todos na tentativa de proclamar uma solução ao paradigma criado.

Este trabalho não tem a finalidade precípua de estabelecer critérios pragmáticos para a resolução dessas questões. Ao contrário, o que será exposto servirá

Trabalho premiado em 1º lugar no concurso "Melhor Monografia em Ética Médica-2004, promovido pelo CRM-PR.

* Juiz de Direito (Maringá), Mestre em Direito Civil

** Estudante de Medicina - 4º ano UEM

apenas como guia, uma pequena luz imersa em uma escuridão envolvente e duvidosa, cujos caminhos seguros ninguém sabe ao certo quais serão.

II- Medicina Humanística e Medicina Científica: uma mudança de paradigmas.

“Conhecimento perigoso é aquele conhecimento que se acumulou muito mais rapidamente que a sabedoria necessária para gerenciá-lo”.

(Van R. Potter -1967)

A Medicina, como arte e como ciência, desde os primórdios da evolução humana vem sofrendo profundas transformações quanto ao modo de compreender e tratar doentes e doenças. Do misticismo inicial, onde o médico era visto como ser detentor de poderes divinos, vive-se hoje uma prática clínica sustentada pela tecnologia e influenciada diretamente por outras áreas do conhecimento humano.

Durante boa parte da história da Medicina, o saber humanístico se constituiu em fonte quase exclusiva do saber médico. Fato este que só começou a mudar a partir do século XIX, quando o desenvolvimento das ciências biológicas, em confluência com a física, a química e a matemática determinaram uma reorganização dos conhecimentos. Este processo de “cientificação” acabou prevalecendo, principalmente a partir da segunda metade do século XX.

Sob o aspecto ético e cultural, o surgimento de novas vertentes científicas do saber médico está revolucionando antigas crenças e abrindo horizontes para questões que até pouco tempo atrás seriam inconcebíveis. Este é o caso da Genética Médica, ciência que aplica os conhecimentos adquiridos na área da Genética moderna à Medicina, abrangendo desde estudos acerca da herança de doenças em famílias, até o diagnóstico e tratamento de patologias diversas.

O processo de evolução histórica do saber médico tem demonstrado uma constante tendência de dissociação entre “Medicina humanística versus Medicina científica”, gerando, a partir desta constatação, inúmeras reflexões e questionamentos, principalmente quanto aos aspectos das experimentações envolvendo seres humanos. Dentro deste contexto, a Genética Médica assume um destaque especial, pois durante as últimas décadas a mesma está revolucionando a prática clínica com inovações tecnológicas surpreendentes. Porém, o conhecimento novo surge antes de qualquer reflexão maior sobre o tema, bem como de suas repercussões na vida do ser humano. E assim surgem os grandes conflitos éticos da era moderna.

Todas essas considerações apontam para necessidade premente de se discutir a questão da experimentação em seres humanos, de modo a permitir os avanços da ciência e da tecnologia em benefício da humanidade, tendo, contudo, como centro de preocupação o respeito pela vida. Assim sendo, tem se tornado difícil distinguir a pesquisa de suas aplicações, o que coloca a ciência estreitamente ligada à indústria e à economia. Inseridas num mundo capitalista, onde os investimentos exigem retorno rápido, as pesquisas também sofrem as pressões de mercado. Tais fatos, associados à expansão do setor de comunicações e à busca de consolidação dos direitos sociais a partir do princípio da cidadania plena, trazem à tona dilemas éticos para os envolvidos com a ciência e, mais ainda, para a sociedade como um todo (FREITAS et al, 2003).

Se por um lado a ciência preocupa-se com a descoberta de verdades novas, a ética atua no sentido de analisar o que se pode ou se deve fazer com tais inovações. A ética não teria a ver com a própria ciência, mas sim com suas aplicações práticas em relação aos valores inerentes à vida humana. A idéia kantiana de que o homem é fim em si mesmo e não meio, significa que devemos reconhecer o direito à igualdade e o direito à diferença. O direito à igualdade quer dizer que todos devemos ser aceitos como iguais, ao menos em direitos e em oportunidades. Já o direito à diferença significa que cada um pode usar sua liberdade como quiser, desde que não prejudique a outrem. Definir esses direitos, na prática médica contemporânea, não está sendo tarefa fácil (RIBEIRO, 2004).

De acordo com Schramm (2003), as raízes históricas do paradigma biotecnocientífico se encontram na segunda metade do século XIX, quando surgiram a teoria da evolução de Darwin e a teoria genética de Mendel. Entretanto, é somente após a Segunda Revolução Biológica, ocorrida com a descoberta da estrutura do DNA por Watson e Crick (1953), e a conseqüente aplicação prática operada pela engenharia genética dos anos oitenta, que se pode falar em emergência stricto sensu do paradigma biotecnocientífico. Com efeito, é a partir deste momento que se criam condições para que a forma de saber-fazer racional e técnico dos engenheiros não se limitasse mais aos objetos físicos e químicos, mas fosse também aplicado aos organismos biológicos, com o objetivo de reprogramá-los de acordo com projetos de melhoria do bem-estar humano. Em outros termos, com a Segunda Revolução Biológica torna-se possível uma aliança entre o saber-fazer dos engenheiros e aquele dos biólogos, e é então que surge o biotecnólogo e a biotecnociência se torna um paradigma científico.

O surgimento incessante de inovações no campo da Genética Médica envolvendo a reprodução humana, a possibilidade de intervenção sobre embriões, a clonagem de mamíferos, o mapeamento do genoma e o acesso à informação genética singular de cada indivíduo apresentam desdobramentos que suscitam um debate bioético de grandes proporções, representando uma séria ameaça à privacidade individual. Uma produção de conhecimento e tecnologia com tal alcance, que comporta uma importante instrumentalização do corpo e da vida dos indivíduos, se fizeram acompanhar cada vez mais de perto por uma espécie de vigilância ética. O processo de constituição do campo da bioética enfrenta, assim, um enorme desafio, que é a possibilidade de se criar ou não um lugar institucional para a discussão sobre a inexorável abertura da ciência e a ausência de limites de sua aplicação, refletindo-se a respeito de uma biologia sem limites (CORRÊA, 2001).

Eis a razão porque crescem os temores acerca dos novos poderes e de eventuais abusos que a engenharia genética tornaria possíveis e que, segundo alguns, quase certamente se realizarão, a menos que renunciemos a ela, por consenso ou por lei. Em particular, cresce a suspeita acerca da incapacidade dos humanos em controlar seus efeitos prejudiciais, que seriam cumulativos, irreversíveis e de longo alcance.

Dessa forma, o século XXI projeta-se como uma época na qual o debate ético e social será definitivamente ocupado por questões ligadas às promessas, desafios e controvérsias do setor do conhecimento que engloba a biologia, as biociências e a medicina. Vislumbra-se não apenas progressos desejados e promessas para o bem-estar da comunidade humana tal como a cura de doenças, mas também avanços científicos carregados de interrogações e incertezas.

III – O Embrião Humano: da concepção filosófica ao reducionismo científico.
“Paradoxo:

como o embrião não é humano podemos abortá-lo,

porquê o embrião é humano queremos utilizá-lo em pesquisas”.

Kristina Kercher Kenneally 2002

O que é vida? É o funcionamento harmônico de um intrincado engenho bioquímico, ou o próprio “sopro de Deus” que dá forma ao pó? Esta questão, extremamente enigmática, fascina todos aqueles se detiveram alguma vez em refletir sobre o tema e não é de surpreender que filósofos, teólogos e cientistas tenham suscitado diferentes interpretações a respeito do assunto, desde as mais sublimes até as mais simplistas. Já se afirmou que vida era a propriedade geral da matéria, sendo que Spinoza acreditava que todos os corpos naturais eram dotados de alma e que as pedras poderiam pensar. Diderot atribuía vida até mesmo às moléculas que compõem as substâncias orgânicas.

A expressão vida, em latim “vita”, é o estado de atividade da substância organizada, comum aos animais e vegetais. Sob a visão lógica da ciência moderna, vida representa o conjunto de propriedades e qualidades graças às quais diversos seres, ao contrário dos organismos mortos ou da matéria bruta, se mantêm em atividade, manifestada em funções diversas. Existem certas características básicas encontradas nas mais simples criaturas e que são, ainda assim, essenciais para as mais complexas, permitindo que ambas se mantenham vivas. A idéia da existência dessas propriedades surgiu pela primeira vez ao se perceber que as diversas espécies de vegetais e animais partilhavam de um passado evolutivo comum, ou seja, todas são compostas de células, que contêm relativamente poucos tipos de moléculas organizadas de diferentes formas, permitindo a execução de tarefas ou funções específicas.

Dessa forma, a célula veio a ser considerada como a mais simples estrutura independente, que possui todas as propriedades essenciais necessárias à vida. Por sua vez, a condição sine qua non para a vida é o crescimento e a divisão regulados da célula, sendo que esses processos são conseqüências diretas da natureza química peculiar e da história evolutiva dos componentes celulares.

Ao iniciar o debate sobre vida, e no caso específico “vida humana”, indubitavelmente suscita-se o grande questionamento a respeito de sua origem. As questões éticas ligadas a esta temática evocam opiniões deveras controversas, provindas e nutridas nas muitas concepções ideológicas e filosóficas sobre a condição existencial do homem. Se por um lado existem critérios relativamente seguros para se determinar o fim da vida humana, o seu início não pode assim ser identificado com desejada exatidão, mesmo com os recursos científicos atuais. Dessa forma, os juristas procuram nas ciências médicas a resposta para tal momento, podendo ser afirmado, baseando-se em consensos gerais, que o desenvolvimento humano e, portanto, a vida, é um processo contínuo que se inicia quando o ovócito (ovo) de uma mulher é fertilizado pelo espermatozóide de um homem. Neste processo encontram-se várias

etapas subseqüentes, que transformam o ovócito fertilizado (zigoto) em embrião e, posteriormente, feto (SERRÃO, 2003).

É cada vez mais aceito, de forma incisiva, quer por juristas, quer por médicos-embriologistas, que o início da vida é, de fato, coincidente com o momento da concepção. Como afirma Genival Veloso de França:

“A vida humana irrompe e inicia a sua estruturação somática no exato momento da fecundação, antes, portanto, do ovo implantar-se no útero. A nidação garante, apenas, o prosseguimento de um processo vital já em andamento, dando continuidade evolutiva a uma complexa arquitetura citológica, cujas linhas prévias já lhe chegaram esboçadas no desenho das primeiras divisões mitóticas.”.

Desde a formação da célula inicial, até o nascimento de uma criança, o desenvolvimento humano intra-uterino pode ser dividido em duas fases ou períodos:

1. Período embrionário: da fecundação até a oitava semana de desenvolvimento. Porém, alguns autores subdividem este período em duas fases: a pré-embrionária (da fecundação até a terceira semana) e a embrionária (da terceira semana à oitava). Sob ponto de vista biológico, a formação e o desenvolvimento humano aparecem como um processo contínuo, coordenado e progressivo, desde o momento da fertilização, formação com a qual se constituiu um novo organismo humano, dotado da capacidade intrínseca de se desenvolver com autonomia num indivíduo adulto. As mais recentes contribuições das ciências biomédicas trouxeram novas e preciosas evidências experimentais para suporte da tese da individualidade e continuidade do desenvolvimento do embrião. Resulta, assim, incorreta a interpretação dos dados biológicos quando se fala de “pre-embrião”.

Período fetal: da oitava semana até o nascimento.

Vale ressaltar que o estabelecimento de critérios biológicos (início da vida de um ser humano), filosóficos (início da vida de uma pessoa), ou ainda legais é uma discussão difícil e desafiadora. Na tabela 1 (pág 8) são apresentados alguns dos critérios utilizados para estabelecer o início da vida de um ser humano. De todos esses critérios citados, o mais aceito perante juristas e cientistas é o celular.

Ao analisar o tema, Sérgio Ferraz manifestou-se nos seguintes termos:

“Conquanto o estágio atual da ciência ainda não permite uma resposta definitiva no particular, os estudos existentes apontam que, entre vinte e quatro e trinta e seis horas após a fecundação, a primeira célula individualizada – o zigoto ou blastocisto – começa a dividir-se, dando origem ao embrião. E esse, após oito semanas, passa a denominar-se feto. Mesmo antes disso, porém, o embrião se apresenta munido de toda uma completa informação hereditária, um código genético distinto e único – o genoma – que se transmite às demais células. Tão individual e particular o genoma, que daí falar-se me transcendência do genoma. Uma coisa é indiscutível: desde o zigoto, o que se tem é vida; vida diferente de sua origem, mas vida humana. Embrionária ou pré-embrionária no início, mas vida humana. Em suma, desde a concepção há vida humana nascente, ha ser tutelada”.

Tabela 1

Tempo decorrido	Característica	Critério
0min	Fecundação fusão de gametas	Celular
12 a 24 horas	Fecundação fusão dos pró-núcleos	Genotípico estrutural
2 dias	Primeira divisão celular	Divisional
3 a 6 dias	Expressão do novo genótipo	Genotípico funcional
6 a 7 dias	Implantação uterina	Suporte materno
14 dias	Células do indivíduo diferenciadas das células dos anexos	Individualização
20 dias	Notocorda maciça	Neural
3 a 4 semanas	Início dos batimentos cardíacos	Cardíaco
6 semanas	Aparência humana e rudimento de todos os órgãos	Fenotípico
7 semanas	Respostas reflexas à dor e à pressão	Senciência
8 semanas	Registro de ondas eletroencefalográficas (tronco cerebral)	Encefálico
10 semanas	Movimentos espontâneos	Atividade
12 semanas	Estrutura cerebral completa	Neocortical
12 a 16 semanas	Movimentos do feto percebidos pela mãe	Animação
20 semanas	Probabilidade de 10% para sobreviver fora do útero	Viabilidade extra-uterina
24 a 28 semanas	Viabilidade pulmonar	Respiratório
28 semanas	Padrão sono-vigília	Autoconsciência
28 a 30 semanas	Reabertura dos olhos	Perceptivo visual
40 semanas	Gestação a termo ou parto em outro período	Nascimento
2 anos após o nascimento	“Ser moral”	Linguagem para comunicar vontades

Atualmente, as indagações em torno do embrião humano adquiriram uma importância incomum, diante do grande desenvolvimento antes inimaginável da medicina e, especificamente, da biotecnologia. Afinal, o embrião que até então era um ser desconhecido, permanecendo misterioso no ventre materno, passou a ser estudado e analisado de maneira que os antigos mistérios que o cercavam fossem desvendados. Além disso, passou a ser exposto e manipulado em experimentos e estudos de natureza pouco esclarecedora.

Um embrião humano é inicialmente uma célula totipotente que, por divisões sucessivas, origina grupos de células a partir das quais, por determinações celulares seqüenciais e por diferenciação, se organizam os tecidos e os órgãos de um ser humano. Inicialmente o embrião é uma única célula, mas não deixa, por isso, de ser

um “ser vivo” da espécie humana. Sendo o embrião a forma mais indiferenciada de vida humana, será já um ser humano e, por isso, portador da dignidade próprio de um ser humano? E sendo ser humano será pessoa e, por isso, sujeito dos direitos do homem que os instrumentos legais e as declarações internacionais proclamam? Haverá algum momento, em etapa posterior à fase de ovo ou zigoto, mais propício para o ganho da dignidade intrínseca própria de um ser humano? E se há esse momento, quem estará habilitado na sociedade para fazer esse reconhecimento? Esses são apenas alguns dos múltiplos questionamentos bioéticos envolvidos no debate do tema em questão (REGATEIRO, 2004).

De acordo com Ramos (2003), para os filósofos que se ocupam da natureza essencial dos entes, ou seja, das características que determinam o que um ente é enquanto tal, o embrião humano é um ente vivo da espécie humana, e esta noção é quase pacífica. Já não o é o valor a atribuir a este ente no plano ético, moral e religioso. Só porque é um ente vivo, dizem uns, já deve ser protegido com o maior cuidado, visto que o respeito pela vida, em todas as suas manifestações, é um dever bioético; o embrião humano, sendo um ente vivo humano, merece o respeito máximo, porque o homem é um fim em si próprio e nunca um meio que possa ser usado e destruído, ainda que para benefício de outros seres humanos ou de outros seres vivos não humanos. Para outros, o embrião seria uma forma muito incipiente de vida e não deveria ser compreendido e valorizado como ente sujeito de direitos.

Segundo o mesmo autor, admitindo-se a diversidade de pontos de vista sobre a fixação do instante † (instante do início de uma nova forma de vida humana), o embrião, como ente vivo humano pelo critério celular (que é o mais aceito), deverá ter direito absoluto à vida. Muitos filósofos adotam a postura de escolherem a opção mais segura quanto à incerteza: a vida do embrião, desde o zigoto, deve ser protegida para se não correr o risco de discriminar seres humanos, instrumentando uns em benefício de outros. Os moralistas e filósofos que adotam a posição definida pela Igreja Católica, mesmo aqueles que não afirmam que o embrião é uma pessoa, consideram que o devem proteger para evitar o risco de discriminação ao admitir sua destruição para o benefício de outros.

Uma visão reducionista da vida humana durante a fase embrionária do desenvolvimento intra-uterino considera o embrião como um produto genético sem valor ou significado especial. No entanto, o embrião não é apenas a primeira forma de vida de um novo ser humano. A posição científica reducionista não vai além de uma visão biológica e esquece a dimensão ontológica do embrião, estando em contradição com o estabelecido no artigo 2.º da Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem (1997):

“A dignidade (de cada indivíduo) impõe que não se reduzam os indivíduos às suas características genéticas e que se respeite o caráter único de cada um e a sua diversidade”.

Cada embrião, no mínimo, deve ser considerado um ente peculiar, que resume todo o potencial de desenvolvimento para se tornar “ser humano”. É uma pessoa em potencial, o que basta para justificar a necessidade moral de respeito absoluto pelo mesmo e o reconhecimento da dignidade que lhe é inerente como sujeito de direitos. A procura de momentos em que um embrião ganha a dignidade

merecedora de proteção da sociedade esquece a sua natureza e a continuidade qualitativa humana ao longo do processo de evolução natural (RAMOS, 2003; REGATEIRO, 2004).

O embrião pode ser constituído in vivo (por processo natural de fecundação, inseminação artificial ou transferência intratubar de gametas), ou ser constituído in vitro, após colheita e mistura de óvulos e espermatozoides, sendo posteriormente transferido para o útero. O embrião humano, in vivo ou in vitro, tem natureza biológica humana desde a fase de zigoto até o término do processo de implantação, sendo que esta natureza não se altera pelo fato dos observadores externos passarem a chamá-lo feto, recém-nascido, criança, jovem, adulto ou velho. A natureza biológica pertencente à espécie humana é adquirida quando o zigoto está constituído e não é ampliada nem diminuída ao longo do tempo de desenvolvimento, que só termina com a morte. Como um ser biológico, o ser humano nasce no zigoto e morre com a supressão irreparável e definitiva das funções cerebrais na totalidade (SERRÃO, 2003).

Exatamente pelo fato do embrião ser considerado vida, e no sentido mais estrito, vida humana em potencial, e pelo fato que de sua vitalidade decorre a viabilidade da espécie humana, nunca uma questão suscitou tanta indagação quanto esta, gerada a partir das tentativas desenvolvidas com vistas à medicina regenerativa envolvendo as chamadas células-tronco. Em outras palavras, porque ele é humano e se inscreve, quer na sua origem, quer no seu destino, no interior de uma história especificamente humana, o embrião apresenta-se como foco de discussões filosóficas, jurídicas, médicas, éticas e morais.

IV – Medicina Regenerativa: uma nova realidade.

“O que é tecnicamente possível não é, por esta razão, moralmente admissível”.

(Joseph Ratzinger)

A Medicina já foi definida como “um conjunto de verdades provisórias”. Por isso, ela se presta a mudanças de conceitos e de condutas, na dependência do grau de desenvolvimento e do embasamento teórico que se dispõe para fundamentar a prática clínica. Entretanto, por mais científica e técnica que seja, jamais foi possível dissociar a Medicina do componente de subjetivismo e das implicações éticas e morais decorrentes de seu exercício prático.

Atualmente, uma nova era na Medicina moderna está sendo inaugurada. Os conhecimentos sobre a capacidade regenerativa tecidual das chamadas “células tronco” (stem cells, em inglês; cellules souches, em francês; estaminales em espanhol), abrem caminhos para a utilização das mesmas no reparo de tecidos e órgãos lesados. Este novo campo de saber médico, chamado de Medicina regenerativa, nada mais é do que a aplicação máxima da Genética Médica, com o objetivo de obter a regulação do processo regenerativo do corpo humano, direcionando e ampliando as possibilidades de reparo e a substituição de tecidos disfuncionais.

Decorridos aproximadamente quatro dias após a formação do zigoto, algumas células embrionárias começam a formar uma estrutura esférica, denominada blástula, que apresenta duas regiões distintas: uma interna e outra externa. A parte externa

formará a placenta e a parte interna formará o restante do embrião. É na parte interna que estão as células capazes de gerar todas as outras células do organismo de um indivíduo. Estas células pluripotentes são as chamadas células-tronco, “stem cells” ou “células mãe de transição” que tanto se fala ultimamente, por apresentarem elevada capacidade de diferenciação em células de qualquer tecido, incluindo as cerebrais, cordões, hepáticas, renais, ósseas, musculares e epidérmicas, sendo, portanto, esperança de tratamento para milhões de pessoas portadoras de doenças incuráveis. Após a segunda semana, o processo de diferenciação celular se define, não sendo mais possível a utilização dessas células embrionárias com tal propósito. As melhores fontes de células-tronco, que pode se transformar em qualquer tecido, são as embrionárias. As células-tronco encontradas em outras fontes podem estar com seu processo de diferenciação pré-determinado, limitando suas possibilidades terapêuticas.

De acordo com as investigações científicas realizadas há mais de trinta anos, as células-tronco podem ser extraídas de quatro fontes diversas:

a) embriões humanos - a partir da extração das células-mãe de transição, que se transformam e multiplicam para dar origem a todos os tecidos do organismo; por esse processo o embrião é destruído ao final do experimento.

b) embriões humanos clonados - que apresentam as mesmas características dos embriões obtidos pelos métodos tradicionais, todavia são produzidos a partir de uma célula do próprio doador, o que contribuiria para amenizar o risco de rejeição, destruindo-se ao final do processo o embrião que foi clonado especificamente para esta finalidade.

c) sangue do cordão umbilical - facilmente obtidas e normalmente compatíveis com os doadores, podendo ser utilizadas também em outras pessoas. Todavia, podem dar origem especificamente às células sanguíneas, não havendo garantias seguras quanto a outros tipos de tecidos.

d) tecidos adultos - retiradas de órgãos como fígado, baço ou da medula óssea, por exemplo. São compatíveis com o doador, porém ainda persistem dúvidas quanto ao seu efetivo potencial de diferenciação, sendo mais difícil e rara sua obtenção segundo os atuais resultados científicos.

Nos dois últimos casos, não há conflito moral. Mas, como dito anteriormente, são as células do embrião que apresentam a maior potencialidade para diferenciação e aplicação terapêutica. Assim sendo, nas pesquisas com células-tronco pretende-se cultivá-las em laboratório e induzi-las a se diferenciarem no tecido desejado. Para a maioria dos cientistas, as células-tronco derivadas de embriões são as que apresentam melhor eficiência nos resultados em pesquisas realizadas até o presente momento, uma vez que o potencial de diferenciação ainda encontra-se em seu estágio inicial. Para tanto, são produzidos embriões humanos ou utilizados embriões excedentes de fecundações *in vitro*, ou criopreservados, propiciando-se o desenvolvimento até a fase de blastocisto inicial. Nesta fase é realizada a retirada do embrioblasto ou massa celular interna, operação que resulta na destruição do embrião. Estas células extraídas são colocadas em culturas adequadas para a continuidade do processo de multiplicação até formarem colônias, que, ao final, levam a formação de linhas celulares capazes de se multiplicarem indefinidamente conservando as características totipotenciais durante meses ou até anos. A partir destas células é que são produzidas as linhagens

celulares diferenciadas, que apresentam características próprias dos diversos tecidos humanos e para as quais os interesses científicos, medicinais, farmacológicos e de mercado tem se voltado intensamente nos últimos anos.

As chamadas células-tronco são as primeiras células do embrião humano que apresentam a propriedade de totipotencialidade. Instala-se assim, em nome dessa utilidade, uma verdadeira caça ao embrião. As células embrionárias seriam “fonte para peças de reposição de órgãos lesados ou degenerados”, metáfora utilizada na referência a essas pesquisas, bem como a outras experimentações com materiais biológicos (LOYOLA, 2001).

O potencial de aplicações médicas desta nova fronteira de conhecimento - a utilização de células tronco para produzirem materiais biológicos - tem sido utilizado como justificativa moral para esta prática. Os que defendem a realização de pesquisas com células tronco embrionárias humanas utilizam o raciocínio moral de que um bem social, que será útil para muitas pessoas que sofrem de doenças hoje incuráveis, se sobrepõe ao de um indivíduo. Ainda mais quando este indivíduo é um embrião em fases iniciais. Muitas pessoas não reconhecem o status de indivíduo para os embriões em estágios iniciais, tanto que utilizam a denominação de pré-embrião, que foi proposta no Relatório Warnock, em 1984 (GOLDIM, 2002). O fato dessa utilização sob o rótulo de “terapia embrionária” não muda em nada a difícil situação de que um ser humano (mesmo que em potencial) está sendo deliberadamente criado e depois destruído.

As novas pesquisas com células-tronco têm despertado grande debate, pois tais experimentações utilizam embriões para fins não reprodutivos, apenas como fontes de células regenerativas visando sua possível aplicação terapêutica, denominando-se a técnica de “embrioterapia”. Muitos autores, incluindo cientistas renomados internacionalmente, tem se posicionado a favor do uso de embriões não reclamados em pesquisas de reprodução humana, desde que o prazo para implantação (5 anos na maioria dos países) tenha se esgotado. Outros já têm obtido embriões especificamente com esta finalidade, inclusive comprando óvulos e sêmen para a realização desse tipo de pesquisa, com o consentimento dos indivíduos que venderam seus materiais biológicos. Em reportagem publicada na revista *Fertility and Sterility*, em sua edição de junho de 2001, é notificado que pesquisadores do Instituto Jones de Medicina Reprodutiva do Estado da Virgínia admitem a utilização de embriões especificamente concebidos in vitro, mediante emprego de gametas de doadores que são utilizados unicamente em pesquisas científicas.

A tecnologia da célula-tronco, que promete neurônios para doentes de Alzheimer, células cardíacas para vítimas de infarto e esperanças em inúmeras outras patologias degenerativas, está causando euforia em pacientes e pesquisadores, mas enseja amarga crítica pelos éticos. A esperança se encontra numa única capacidade dessas “células milagrosas” se desenvolverem nos 270 tipos diferentes de células do corpo humano.

Deve, portanto, a vida humana tornar-se material terapêutico em vistas aos novos avanços do saber médico? Ou deve-se privar os doentes de novas terapias possíveis? Não é fácil imaginar uma perspectiva intermédia que salve a vida de todos os embriões e permita o crescimento científico nas áreas da medicina regenerativa. Os

embriões humanos in vitro não são propriedade exclusivas do laboratório de biologia, nem do médico que pratica a embrioterapia. Os embriões humanos in vitro pertencem a um projeto de parentalidade. É este o seu estatuto biológico e ético e é por ele e nele que devem ser protegidos, com autonomia e responsabilidade (SERRÃO, 2003).

Por fim, vale analisar a questão da clonagem terapêutica. A procriação da espécie humana tem um lugar único e insubstituível, que lhe garante a maior riqueza do indivíduo: ser diferente e único em relação aos outros, uma vez que seu patrimônio genético é fruto das infinitas combinações possíveis entre os genes maternos e paternos. Desse modo, a utilização de clones humanos para fins terapêuticos visando a obtenção de células-tronco atuam desrespeitando dois princípios básicos: o da individualidade e o direito à vida.

V – Células-tronco: especulação ou milagre científico?

“Os nossos vindouros têm o direito a que lhes seja deixado um planeta intacto, não têm o direito a novas curas miraculosas”.

Hans Jonas (1968)

Apesar das grandes promessas anunciadas, os resultados das pesquisas envolvendo células-tronco de embriões humanos são ainda muito incipientes, uma vez que essas experimentações mal começaram. Mas elas já vêm sendo apontadas como um recurso médico fundamental. Essa antecipação é típica do investimento social e imaginário que as novas biotecnologias recebem, principalmente através dos meios de comunicação em massa. Existe uma urgência por inovação nessa área, que fica difícil saber se a pesquisa biotecnológica responde à demanda e à real aplicabilidade prática. (Peter & Bennett, 2001).

Além disso, os cientistas não sabem ainda como aproveitar as células-tronco para realizar todos os milagres que elas potencialmente prometem. Existem muitos obstáculos técnicos e pode ser que, depois de tanta expectativa, elas se mostrem impossíveis de apresentar aplicabilidade prática efetiva área da biotecnologia.

O otimismo com que a imprensa aborda a promessa de cura de certas doenças por meio das células-tronco deve, portanto, ser analisado com cautela. É preciso ter um pouco de calma, trabalhar com transparência e estabelecer um paralelo entre realidade e esperança. Atualmente, os resultados concretos obtidos em pesquisas com células-tronco são, no mínimo, questionáveis, tendo em vista o curto período de análise dos efeitos obtidos.

Os procedimentos envolvendo a utilização de células-tronco apresentam também dificuldades práticas, pois ainda não se conhecem os fatores de crescimento necessários para induzir a diferenciação das células tronco em cada um das centenas de tecidos do corpo humano. Por isso, serão necessários muitos anos de pesquisa antes do emprego clínico da clonagem terapêutica.

De acordo com a maioria dos autores, as células-tronco também são passíveis de sofrer rejeição ou até mutação, por se tratarem de um tecido estranho ao organismo em que são implantadas. Por isso, é preciso também desenvolver pesquisas que estudem e avaliem esse processo de rejeição o que, inclusive, pode resultar em novas descobertas para a medicina.

Outro problema, além da não eliminação da rejeição, seria o risco de surgirem cânceres, sobretudo o teratoma, decorrente do fenômeno de diferenciação celular anômala. É possível acontecer que células-tronco enxertadas num tecido ou órgão doente, em vez de desenvolverem os desejados tecidos normais, venham a formar células cancerígenas. E esse risco é muito maior quando se utilizam células-tronco de origem embrionária, que possibilitam o surgimento de cânceres bem mais agressivos, pois os mesmos não respondem aos tratamentos convencionais.

Não se pode deixar de analisar, inclusive, a questão do capital envolvido nesta questão. A utilização de embriões para o suprimento de um mercado de consumo pseudocientífico-terapêutico torna-se economicamente atraente, pois as despesas com sua conservação transformam-se numa transação comercial que renderá royalties àqueles que tiverem as melhores células ou que melhor souberem conservar seus embriões. O progresso científico-tecnológico é sem dúvida necessário. No entanto, o progresso do conhecimento não pode apoiar-se em suposições ou opiniões discriminatórias sobre a vida humana, nem ser incentivado indiscriminadamente por entidades que visem, acima de tudo, finalidades lucrativas disfarçadas sob o título de benefício para a humanidade.

De acordo com Carneiro (2004), sempre que outro ser humano é reduzido a um objeto de manipulação ou de consumo, pulveriza-se a singularidade fundamental de cada pessoa humana e a sociedade perde pontos de referência. Se o utilitarismo é o critério das relações humanas, constitui-se uma ameaça grave para o homem, porém, não tão óbvia. Quando se apresentam os experimentos com embriões humanos como imprescindíveis para as esperanças de cura de pessoas com diabetes, mal de Parkinson, doença de Alzheimer ou outras patologias, está-se apresentando uma versão restritiva das investigações. É no mínimo reducionismo pensar que a reposição de células lesadas por células-tronco transformará toda a programação celular do organismo afetado, isentando-o de qualquer tipo de complicação.

Na realidade, esta é apenas uma das vias abertas à Medicina restauradora, que promete proporcionar tratamento a uma ampla variedade de doenças que hoje não se podem curar. As possibilidades são amplas sendo, portanto, fundamental manter a esperança de encontrar caminhos éticos acessíveis para essa nova vertente do saber médico.

Vi – Os Direitos do Nascituro e a Crise do Direito.

O vocábulo nascituro pode ser entendido como “o que há de vir ao mundo” já estando concebido (*conceptus*), mas cujo nascimento ainda não se consumou. Quer designar, ainda, com expressividade, o embrião, entidade humana existente, mas ainda não apta a nascer.

Desde a remota antiguidade, os gregos recebiam e entendiam o nascituro como portador de capacidade jurídica. A partir de então, inúmeras teorias surgiram para tentar explicar a natureza da personalidade jurídica do mesmo, tentando estabelecer seus direitos e a defesa de sua integridade física e moral.

O Código Civil brasileiro, em vigor desde janeiro de 2003, propõe, em seu artigo 2º. que:

“A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

Apesar de assegurado em lei, os chamados direitos do nascituro envolvem aspectos ainda pouco definidos sob o ponto de vista ético e jurídico. Neste sentido, inexistindo tipo civil que defina ou tutele os direitos do embrião, várias teorias surgiram no sentido de caracterizar de forma mais precisas os limites da intervenção humana sob o mesmo.

Para uma primeira corrente, o embrião humano deve ser considerado como “pessoa humana” desde o primeiro momento da concepção. Esta teoria, denominada concepcionista, alega que o embrião humano é desde a fecundação um ser distinto e com autonomia genético-biológica, merecendo proteção jurídica desde sua concepção, quer seja no útero materno, quer seja in vitro. Dessa forma, o conceito é considerado sujeito de direitos. Os adeptos desta teoria reprovam todas as formas de fecundação artificial, visto que qualquer tipo de técnica atingiria de forma soberba a dignidade do embrião, violando-se ao extremo os direitos fundamentais da pessoa humana. Para Montoro (1997), o direito à vida existe na sua plenitude desde o início da gestação. Em conseqüência, bastaria ao nascituro ser titular de um único direito para que não lhe pudesse ser negada a qualidade de pessoa. Se o Código Civil alude aos direitos do nascituro, é porque lhe reconhece personalidade, pois todo titular de direitos é pessoa. De fato, pessoa, em linguagem jurídica, é exatamente o sujeito ou titular de direitos. Assim, para a teoria concepcionista, vale ressaltar o respeito a vida humana como referência maior a qualquer tipo de evolução, quer social, moral ou em qualquer outra área (FERRAJOLI, 2003).

Por sua vez, uma segunda teoria, denominada genético-desenvolvimentista, considera o embrião humano um amontoado de células. Para os adeptos desta teoria, o ser humano passa por uma série de fases: pré-embrião, embrião e feto. O embrião humano, ao menos nos primeiros tempos de sua existência, não pode ser considerado como uma pessoa humana, mas sim como um aglomerado celular. Uma das conseqüências desta teoria é que se torna extremamente difícil aceitar a noção dos direitos do embrião já que, nesta qualidade, ou seja, um conjunto desorganizado de células, não existe pessoa. Para estes evolucionistas, antes de se falar em pessoa, existe uma seqüência de fases ou etapas fundamentais e que ainda não produziram qualquer prerrogativa suficientes para gerarem direitos.

Pela teoria genético-desenvolvimentista, até o 14º dia de evolução os denominado “pré-embriões” poderiam ser utilizados em pesquisas científicas. Muitas legislações estrangeiras permitem tais experimentações, até mesmo o descarte dos mesmos, uma vez que estes ainda não seriam considerados seres humanos. Esta teoria vige em diversos países europeus, cujas legislações são amplamente permissivas no que tange à disponibilização de material genético humano. Evidentemente, muitas críticas surgem em torno desta teoria, principalmente no âmbito da bioética médica, valendo destacar, como indagação, as seguintes questões: até que momento pode-se considerar, de fato, o embrião humano como um amontoado de células? O limite seria, efetivamente, o 14º dia? É correto delimitar um marco tão preciso para o início da vida humana?

Finalmente, surge uma terceira corrente, qual seja, a que considera o embrião como “potencialidade de pessoa”, adotando aspectos verdadeiros nas duas teorias anteriores, mas que não poderiam ser aceitos quando analisados separadamente. Essa terceira teoria, que se situa entre as duas precedentes, imagina

o embrião em termos de potencialidade real de pessoa, destinada a se tornar como tal durante o seu desenvolvimento progressivo. Na ótica desta corrente, o embrião enquanto categoria original, não se pode confundir nem com a característica humana (que implica na ocorrência de um ser dotado de personalidade), nem a meramente celular (na medida em que seu desenvolvimento conduz, inexoravelmente, à categoria humana). Assim, prefere-se falar em ser humano potencial, ou de potencialidade de pessoa, para designar o estatuto específico do embrião.

Diante de tudo, das varias teorias existentes, as questões éticas e jurídicas mostram-se em pleno debate, marcado por grandes discussões filosóficas em torno do tema. Se o embrião não for considerado pessoa, será desnecessária qualquer regulamentação jurídica. Por outro lado, se o embrião for considerado pessoa, a proteção se impõe, valendo ressaltar que mesmo a lei, sob pena de violar princípios fundamentais invioláveis, não poderá regulamentar o comércio e a destruição de seres humanos, mesmo que ainda embrionários. Dessa forma, fica fácil perceber que o Direito encontra-se frente a um caminho inevitável a seguir, qual seja, desafiar os inúmeros preceitos estabelecidos pelos diversos ramos das ciências, delimitando e reconhecendo de forma decisiva todos os direitos inerentes ao nascituro.

Em verdade, as três teorias apresentam argumentos amplamente razoáveis, todas com suas lógicas jurídicas e, até mesmo, com certo respaldo legal em vários pontos da legislação. Todavia, a realidade científica e biotecnológica avançou de tal forma, proporcionando o surgimento de técnicas que mudaram e influenciaram a estrutura social, gerando polêmicas e criando, por assim dizer, uma “crise” no direito, que de forma inesperada viu-se compelido a apresentar respostas a questões para as quais ainda não houve consenso. Assim, o fato social evoluiu, distanciou-se da realidade jurídica e o direito, por assim dizer, corre atrás de um elo cuja solução almeja desesperadamente. De forma coerente, Eduardo de Oliveira Leite analisa a questão:

“Introduzindo a incerteza na cabeceira e na foz das decisões e das ações, o desenvolvimento de tecnologias modernas aniquilou os consensos e as regras que animavam as condutas coletivas e individuais, assim como as práticas profissionais. O ser humano – pessoa ou coletividade – se tornou objeto de manipulação e passou a ser, a partir de agora, projeto e não mais somente sujeito de direito. O desenvolvimento de novas tecnologias fragilizou e de certa forma tornou caducas todas as antropologias que sempre serviram de parâmetro às preliminares da ética e do direito. E os exemplos se multiplicam: a faculdade inusitada e sem precedentes na história da humanidade, de fecundar um óvulo fora do útero materno, de criopreservar os gametas, de manipular o genoma e agora, a chamada clonagem terapêutica e o uso de células-tronco embrionárias, tudo isso gerou desafios ilimitados, mas, também reivindicações não menos desmesuradas às quais, sábios médicos e juristas são chamados a responder, assim como o próprio estado”.

Assim, o aniquilamento de consensos impôs novos rumos para o biodireito e, dentro deste conceito, o entendimento que regras até então imutáveis tornaram-se, repentinamente, insuficientes e inconsistentes para o desafio desta nova fronteira. Esse é o caso do embrião e o estatuto de sua personalidade.

É momento de tomada de posição consciente na fixação de uma proteção legal e total à vida do concebido, pois é certo que ela se inicia bem antes do nascimento.

Defender a vida e a personalidade do nascituro (real ou potencial) desde a concepção atende à regra da coerência e aos princípios da razoabilidade e de justiça.

VII – Embriões excedentes: um erro não justificável.

O esforço científico-tecnológico gerou enormes avanços no campo da biotecnologia. Tanto, que há pouco mais de vinte anos o homem prescindia do ambiente uterino materno para fecundação e, assim, começava a manipular embriões in vitro. Esta evolução gerou situações de felicidade a pessoas inférteis e impossibilitadas de procriar, mas, por outro lado, fez soar vozes no mundo inteiro, preocupadas com as conseqüências que tais métodos poderiam acarretar.

E, de fato, essas vozes estavam certas. As técnicas científicas de reprodução assistida, especificamente a da fecundação in vitro, alimentaram tanto as intenções éticas da procriação terapêutica, quanto as malignas vontades que deturpam o objetivo médico da técnica, passando a criar um novo tipo de comercio: o de embriões. Citada conseqüência é apenas um simples exemplo das complicações que se formaram em torno da utilidade técnica desses procedimentos, pois também se pode falar em uma situação talvez até mesmo pior, referente aos embriões excedentes. Diante disso, nada mais natural do que surgirem questionamentos éticos, socioculturais, biológicos e psicológicos a respeito de tamanha intervenção na natureza humana.

A criação de embriões humanos in vitro acabou rompendo o liame natural entre o corpo humano, a sexualidade e a sua capacidade de reprodução, manifestando um paradoxo cujo desenredo pressupõe a maturidade da reflexão bioética. Assim, ao mesmo tempo em que se apresenta como meio de eliminar o sofrimento causado pela ausência de um filho desejado pelo casal, essas técnicas de concepção sem o propósito sublime de procriação também ensejam a materialização da lamentável utopia de se obter uma vida, resultado da completa desumanização das relações entre os seres humanos. Ainda mais quando essa vida é criada com a intencionalidade determinada de sua posterior destruição, mesmo que supostamente justificado o seu motivo maior, como é o caso das células-tronco extraídas de embriões humanos.

O incentivo à produção de embriões em número superior ao necessário para implantação no útero da mulher que se submete à técnicas de reprodução assistida tem gerado grandes debates, pois os mesmos têm sido suprimido ou utilizados em pesquisas a pretexto do progresso científico, podendo ser manipulados de forma danosa e suscitando conseqüências desastrosas à sociedade, no que tange à esfera dos valores humanos. Os chamados bancos de embriões, verdadeiros orfanatos de nascituros, são o reflexo final de uma biotecnologia desleada e incoseqüente, capaz de ignorar todos os preceitos morais adquiridos ao longo da evolução humana.

Assim, surge o dilema com relação ao destino a ser dado aos embriões não utilizados pelas receptoras. As opiniões são conflitantes, fundamentadas em conceitos éticos, religiosos, filosóficos científicos e jurídicos, cada corrente apontando uma maneira de solucionar a grave questão. Três aparentes soluções foram cogitadas. A primeira delas simplesmente propõe a destruição dos embriões excedentes, filiando-se à corrente genético-desenvolvimentista, que não considera o embrião como pessoa em potencial. A segunda corrente sugere a doação destes embriões excedentes para pesquisas científicas, como a produção de células-tronco ou fabricação de medicamentos, que

seriam aplicados em técnicas de terapia embrionária. A terceira corrente propõe armazenar os embriões, aguardando a oportunidade para doá-los para terceiros, para que estes possam ser utilizados em procedimentos de fertilização artificial heteróloga.

Nenhuma dessas soluções sugeridas parece resolver o dilema ético instaurado. A segunda corrente, defendida principalmente pelos pesquisadores envolvidos na questão das células-tronco, parte do pressuposto reaproveitamento de material biológico em prol da ciência. Porém, um erro não justifica outro ainda maior em conseqüências, uma vez que ainda não existe consenso a respeito da natureza do embrião humano.

Em busca de respostas, vale lembrar o ensinamento do célebre cientista Albert Einstein, que traçou parâmetros valiosos em sua obra "Ética na virada do Século":

"Por uma penosa experiência, aprendemos que o pensamento racional não é suficiente para resolver os problemas de nossa vida social. Devemos ter o cuidado de não fazer o intelecto o nosso deus; ele sem dúvidas tem músculos muito fortes, mas nenhuma personalidade. Não é capaz de conduzir. Pode apenas servir. O intelecto tem um olho aguçado para os métodos e ferramentas, mas é cego quanto aos fins e valores. A ciência pode apenas determinar o que é, não o que deve ser".

Todo ser humano deve ser amparado no que se refere ao seu direito de existir. Por mais que se procure disfarçar ou justificar as práticas de manipulação de embriões, ou explica-las cientificamente, não se pode negar que o embrião é uma genuína manifestação da vida humana e, como tal, necessita de respeito e preservação. O simples descarte do embrião, bem como a sua doação excedente para pesquisas que provocam a morte do mesmo, constituem-se em grave atentado ao direito geral, uma afronta contra o respeito à vida do nascituro.

VIII – A terra prometida: o outro lado da questão.

Não se pode deixar de analisar, indubitavelmente, que em meio a tantas discussões e conflitos gerados pela biotecnologia envolvendo as pesquisas com células-tronco embrionárias, existem legiões de seres humanos unidos por um fato em comum: a esperança de cura para diversas patologias de gravidade considerável, para as quais a Medicina moderna não conseguiu desenvolver uma alternativa terapêutica razoavelmente satisfatória. Para estas pessoas, as promessas anunciadas pelos pesquisadores da chamada "embrioterapia" trouxeram grandes expectativas e reacenderam a esperança de vida, e vida com qualidade.

O universo psicológico do paciente portador de uma doença crônica e incurável é imerso em uma teia intrincada de conflitos, angústias, tristeza e apreensão. Qualquer sopro de esperança, por mais singelo que seja, traz consigo enormes conseqüências na vida afetiva, social e íntima de cada um desses seres. O desânimo é logo substituído pela euforia e pela pressa. Assim, o ser humano doente é levado a acreditar e apostar todas as suas potencialidades numa suposta solução, anunciada como milagre científico.

Ocorre, porém, que as revoluções terapêuticas anunciadas no âmbito da biotecnologia nem sempre são totalmente esclarecidas à população leiga, sendo que seus pormenores ficam restritos às publicações científicas acessíveis a uma minoria

letrada. O restante da população fica a mercê dos chamativos anúncios sensacionalistas vinculados pela mídia, tendo como verdadeira motivação mais o interesse comercial e lucrativo, do que o bem maior do ser humano. Nessa avalanche de informações, o senso comum em geral não é capaz de discernir sobre os verdadeiros aspectos implicados em tais pesquisas. Assim, grandes questões são abertas à comunidade, que nem sempre está qualificada e preparada para avaliar o processo como um todo.

Para aqueles doentes que se beneficiariam com as inovações biotecnológicas na área médica, de pouca importância são os questionamentos éticos intrincados no processo, frente a urgente e necessária corrida contra a morte ou a incapacitação orgânica. Isso é plenamente justificável quando se leva em consideração o aspecto psicológico daqueles que sofrem algum mal incurável, estando, na maioria das vezes, imersos em uma atmosfera de desespero e dor.

No caso específico da pesquisa com células-tronco, os benefícios anunciados pela mídia já são suficientes para agregar multidões, atingidas direta ou indiretamente por males diversos, em defesa enérgica de sua aplicação prática, suscitando regulamentação legal e apoio financeiro para tais pesquisas. Frente a tal emergência, de pouco é válido todos os argumentos bioéticos. Isso gera pressões contra a esfera jurídica e estatal, que é forçada a tomar posições precipitadas e nem sempre adequadas do ponto de vista ético e moral.

Quanto leigos espalhados pelo planeta têm a correta compreensão sobre o início da vida de um ser humano? Quanto saberão definir o que é um embrião, ou no que consiste a técnica de clonagem terapêutica? Talvez, o único fato concreto que eles entendam é que a Medicina de hoje, bem diferente da Medicina hipocrática, é capaz de solucionar problemas que pareciam ameaçadores, através do domínio de técnicas mirabolantes, criando vida e órgãos em laboratórios. Ao lado disso, juntam-se depoimentos de respeitadas autoridades do mundo científico, talvez não tão preocupado com os aspectos bioéticos, dando respaldo lógico a essas novas verdades técnicas. Finalizando o processo, capitais financeiros filiam-se a grupos de pesquisas numa corrida desesperada em busca de um possível milagre.

Neste cenário nada humanístico vagam doentes em busca da “terra prometida”, mas que permanecem, até o momento, perdidos em um deserto de incertezas e esperanças, aguardando por respostas que nenhuma biotecnologia, por mais sofisticada que seja, jamais foi capaz de oferecer.

Talvez, tão antiético quanto os meios utilizados nas pesquisas com manipulação de vida humana, seja a falta de dignidade e respeito dispensado àqueles sujeitos potencialmente beneficiários de tais tecnologias. Fala-se em um “comercio da esperança”, o grande fomentador dos experimentos através da coerção declarada aos setores do executivo, legislativo e judiciário. Afinal, não parece fácil criar argumentos que convençam a população a desistir de suas expectativas de cura, mesmo que isso esbarre em preceitos bioéticos.

Se há, por um lado, cientistas e médicos de elevada moralidade, que analisam as possíveis conseqüências dos seus atos antes de praticá-los, há também aqueles que só pensam em satisfazer o próprio ego, sem levar em consideração se é eticamente correta a finalidade da pesquisa ou os meios utilizados para atingir seus objetivos.

Em se tratando de células-tronco, se há, por um lado, uso indiscriminado de embriões (vidas humanas) em pesquisas de resultados pouco esclarecedores, há também milhares de pessoas sendo seduzidas através de seu ponto mais fraco, qual seja, a esperança.

Assim, se faz necessário mais cautela em relação à divulgação e a análise de resultados envolvendo as pesquisas na área da medicina regenerativa, com o intuito de se evitar perdas desnecessárias, desrespeito à integridade humana e, acima de tudo, falta de ética em relação aos sentimentos e aspirações daqueles que são portadores de patologias graves.

IX– Conclusão.

Um dia, nos foi concebido o direito à vida. E esta surgiu em sua plena manifestação.

Então, cada um de nós passou a ser único e esta singularidade é que tornou a natureza humana tão preciosa e rara.

Mas nos foi concedido também o dom da racionalidade. E esta impulsionou o homem através da evolução.

Porém, logo a grandiosa razão humana se viu sozinha e frágil no mundo das idéias. Então, eis que surge a emoção, dando a harmonia que faltava para uma vida em plenitude.

Um certo dia, fato lamentável ocorreu: razão e emoção, por serem tão diferentes, começaram a brigar e cada uma resolveu seguir seu próprio caminho.

A partir de então, a vida humana deixou de ser plena. E cada uma delas, razão e emoção, separadas de seu fim maior, promoveram grandes atrocidades.

Eis, então, que nos foi concedida a moral e os valores, na tentativa de novamente unir a razão e a emoção dos seres vivos. Este era o elo que faltava para a completa consolidação da vida.

Tudo parecia bem, quando então, sem justificativa presumível, a razão resolveu deixar de se submeter à moral e aos valores, iniciando uma revolução no reino da existência. Então, criaram-se os exércitos de irracionalidade.

Esse triste fato serviu de exemplo para a emoção, que também resolveu se rebelar. E assim surgiram as legiões de passionais desmedidos, dando origem aos extremismos radicais.

Diante de tamanha desordem, moral e valores somaram forças no sentido de evitar maiores danos. E é essa união que tem conseguido manter a integridade da vida humana.

Atualmente, porém, razão rebelada e emoção sem controle resolveram novamente se unir, na tentativa de derrotar moral e valores, com a finalidade de dominar a existência a partir da qual foram criadas.

Como resultado, a vida humana está ameaçada em sua essência.

Assim, no mundo se hoje, milhares de seres humanos estão sendo sacrificados em nome de uma racionalidade infundada, ou de um radicalismo emotivo. Surgem, então, as guerras, as eugenias preconceituosas, o terrorismo e a desumanização em toda sua essência.

O golpe final em todo esse paradigma seria uma perigosa estratégia elaborada pela razão e justificada pela emoção, que consiste em desvendar os mistérios da própria existência, invertendo-se o binômio criador e criatura. Dessa forma, alfa e Omega já não poderiam ser mais distinguidos, pois o início e o fim da vida humana parecem intrincados num mesmo processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- CARNEIRO, S.M. Células tronco. Disponível em <<http://www.deficiente.com.br>>. Acesso em 20/06/2004.
- CORRÊA, M. Novas Tecnologias Reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- FRANÇA, G. V. O direito médico, São Paulo, Fundo Editorial BYK-Prociencx, 1976.
- FERRAJOLI, L. A questão do embrião entre direito e moral / Luigi Ferrajoli ; trad. Eduardo Maia Costa Revista do Ministério Público, Lisboa, V.24,n.94 (Abril-Junho 2003), p.9-30
- FERRAZ, S. Manipulações biológicas e princípios constitucionais: uma introdução; Porto Alegre, Sergio Antônio Fabris editor, 1991.
- FREITAS, C. B.; HOSSNE, W. S. Pesquisas com Seres Humanos. In: Costa S.(coord.) Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- GOLDIM, J.R. Pesquisas em células tronco. Disponível em <www.comciencia.br/resenhas/celulas/stem.htm>. Acesso em 28/06/2004.
- LEITE, E. O. O direito do embrião humano: mito ou realidade. Revista de Direito, São Paulo, RT, V. 78.
- LOYOLA, M-A A produção artificial da vida (resenha JB caderno Idéias dos livros: Tort M. O desejo frio. Procriação artificial e crise dos referenciais simbólicos e Corrêa M.V. Novas tecnologias reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites. Rio de Janeiro, mimeo, 2001.
- MONTORO, A. F. Introdução à ciência do direito. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997.
- Peter T. & Bennett G Theological Support of Stem Cell Research (commentary) The Scientist 15[17]: 4, sep. 3, 2001.
- RAMOS. D. L. De P. O uso de embriões humanos na investigação científica. Disponível em <www.pucsp.br/fecultura/b005dalt.htm>. Acesso em 02/07/2004.
- REGATEIRO, F. J. O embrião e a dignidade humana. Disponível em < www.omensageiro.org.br/>. Acesso em 02/07/2004.
- RIBEIRO, R. J. Prometeu versus Narciso: a ética e a clonagem. Disponível em <www.usp.br/jorusp/arquivo/2002/jusp605/pag08>. Acesso em 08/07/2004.
- SERRÃO, D. O estatuto do embrião. Revista Bioética, vol 11, n.2, 2993
- SHRAMM, F. R. Bioética e Biossegurança. In: Costa S.(coord.) Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998

OS CONSELHOS DE MEDICINA E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA COMO INSTRUMENTO DE ENSINO DA ÉTICA

Carlos Ehlke Braga Filho*

RESUMO: através de uma breve análise da evolução da prática médica e do ensino da ética médica no Brasil busca-se demonstrar a importância que a lei delega aos Conselhos de Medicina na tarefa de responsáveis solidários no ensino da ética profissional.

Palavras-chave: Código de Ética Médica, Conselho de Medicina, ensino, ética médica

MEDICAL COUNCILS AND THE CODE OF MEDICAL ETHICS AS INSTRUMENTS FOR TEACHING ETHICS

Key words: Regional Council of Medicine, The Code of Medical Ethics, teaching, medical ethics

Antigamente se dizia que o remédio mais eficiente ao doente é o próprio médico, e isso é uma verdade, mas hoje a medicina se exerce entre anônimos, o médico não sabe o nome do doente e o doente o nome do médico. Devido às mudanças acontecidas a partir dos anos 60, o médico perdeu o seu referencial com o início das especializações, com a institucionalização da medicina e a urbanização.

Houve uma completa mudança na moral médica e em consequência da explosão de informações, o saber médico se fragmentou e o paciente tornou-se menos passivo e o médico mais vulnerável. Surgiram as pressões no trabalho médico, o lucro abusivo dos exploradores da atividade médica, o consumismo em algumas especialidades e as delegações de atos outrora privativos do médico.

A formação do médico na prática capitalista acabou necessariamente sendo complementada com as especificações e as residências médicas, cuja procura é crescente em face das exigências do mercado e da deficiência da graduação. Como reflexo da política de privatizações no Brasil se observa um crescimento da oferta de residências em instituições privadas e um congelamento das vagas nas públicas.

Muitos esperam que a conduta do médico venha de uma ordenação de princípios, de um Colégio, o positivismo inculcou esta visão de uma ética, de um direito, baseados na legislação na obediência à lei. Mas uma decisão ética não pode

* Conselheiro CRM/PR. Médico-legista. Professor no Curso de Medicina.

ter como única fonte um código, nem tampouco um comportamento médico ser ditado pelas normas frias e impessoais de uma deontologia baseada em direitos e deveres.

A formação ética é o que o doente espera do médico com o seu compromisso com a verdade e justiça social, na compaixão com o enfermo, na sua humildade e disponibilidade e na prudência e respeito da vontade do doente.

A ética médica, a bioética pretendem a discussão dos problemas de saúde sob a base da responsabilidade moral, não aquela individual, mas sim uma responsabilidade mais ampla, de todos em relação à própria humanidade, como propõe Adorno, uma solidariedade em relação a espécie humana. Essa responsabilidade só é possível a partir de uma sociedade educada com informações suficientes podendo assim ter um papel ativo na resolução dos problemas. A filósofa portuguesa Neves a esse respeito se manifestou: “ essa conscientização da cidadania de que cada um de nós é o que é devido à comunidade em que vive. Que cada um só se desenvolvera a si mesmo contribuindo para o desenvolvimento da comunidade. Quanto mais essa comunidade se desenvolver, mais promoverá o bem estar individual”.

Hoje o paciente cada vez mais tem consciência da garantia de sua autonomia de decisão e por essa razão é preciso uma urgente mudança na visão do docente, não só relativa ao modelo pedagógico existente, como na própria compreensão da cidadania.

É preciso identificar porquê tanto estudantes quanto professores priorizam o aprendizado técnico e avaliar como os estudantes e professores de medicina vêem a suposta relação linear na sociedade capitalista entre o progresso da tecnologia e a exclusão social. A escola deve continuar abordando os fatores que a justificam e ajudam a manter sua aplicação no ensino médico, e se o considera como elemento que pode ampliar as desigualdades sociais fruto da tecnologia na medicina.

A esse respeito Sabbag reforça a importância de um novo paradigma que mude a concepção mecanicista para holística que resgata a necessidade de ver o paciente como um todo.

Na Grécia com Hipócrates remonta o início da preocupação ética do médico com o paciente, transportando os princípios universais da conduta humana, tornou-se clássico o seu “ Juramento Hipocrático ”, fonte tradicional da conduta ético-profissional médica. Mas somente no ano 1847 a Associação Médica Americana o adotou quase que integralmente.

O primeiro Código de Ética Médica foi proposto em 1803 por Thomas Percival e a medicina passou a ser a primeira profissão a ser regulada por um código de ética.

Exatamente como esta hoje acontecendo no Brasil, no final do século XIX nos Estados Unidos crescia assustadoramente o número de escolas médicas e no início do século XX esse número era de 150, o ensino da medicina era uma aventura mercantilizada no espírito e no objetivo.

Em 1910 com a publicação do relatório Flexner cujas conclusões se converteram na base para a implantação do ensino da medicina como hoje encontramos. Entre outras propostas o relatório estabelecia: introdução do ensino laboratorial, estímulo à docência em tempo integral, expansão do ensino clínico em hospitais, vinculação das escolas às universidades, ênfase à pesquisa biológica como forma de superar a era empírica da medicina, controle do exercício profissional pela profissão organizada. Maria Cristina Von Zuben de Arruda Camargo comenta que naquele momento se iniciava o cientificismo na medicina e não se evidenciava nenhuma preocupação com as questões ético-merais.

O relatório teve seus pontos positivos relativos a qualidade do ensino científico e teve o apoio das indústrias e da Associação Médica Americana, preocupadas com o crescimento da homeopatia; aparece a arte médica com ares de ciência, impregnada de tecnologia que fez desaparecer o papel social do médico que passou a ser simples prestador de serviço.

Não há registro histórico quanto ao surgimento do ensino da ética médica no Brasil, o que temos disponível são os dados sobre o ensino da Medicina Legal, que data do início do século XX, nessa época essa disciplina era responsável pela transmissão de alguns poucos conteúdos éticos, normalmente relacionados à responsabilidade, sigilo e exercício da medicina. A tarefa de ensino da ética foi dividida com os Conselhos de Medicina, que tem como atribuição, conforme preconiza a lei 3258/57, em seu artigo 15 item h: “promover por todos os meios ao seu alcance o perfeito desempenho técnico e moral da medicina, da profissão e dos que a exercem”, portanto possuem os Conselhos de Medicina também uma função educativa, de promoção do ensino de ética profissional.

A ética com instância autônoma de cultura, muitas vezes é confundida com a religião ou com o conhecimento, uma das distinções para separar ética do conhecimento é que os juízos da ciência estão na ordem do “ser” e os da ética, moral estão no “dever ser”. Um juízo é sempre uma subordinação de uma particular a um universal, entretanto somente o homem é capaz de emitir juízos. A discussão é: a que espécie de generalidade vinculamos o particular quando julgamos juízos morais? A resposta de Leopoldo e Silva é que na ética formulamos juízos de valor.

A escola médica, hoje é mais uma forma de exclusão social, embora ela aparentemente trabalhe com conhecimento científico como finalidade, esse conhecimento necessita ser diferentemente ensinado dentro de uma perspectiva humanística, e possivelmente ainda são os conselhos os agentes que podem atuar criticamente no modelo de ensino dirigido ao mercado.

A partir da lei 3268/57 que em seu artigo 5 letra “e” que delegou ao Conselho Federal de Medicina competência para elaborar o Código de Ética, foram aprovados o Código de Ética Médica que vigorou de 1965 a 1984, o Código de Deontologia Médica de 1984 a 1988 e o atual Código de Ética Médica.

O primeiro Código entrou em vigor em 1965 quando a medicina liberal, ainda prevalecia uma orientação paternalista e individualista, mas era bem elaborada para a época e alguns capítulos ainda mantém grande atualidade e interesse; esse Código foi substituído pelo Código Brasileiro de Deontologia de 1984, que teve vigência curta, na opinião de Gabriel Oselka: “redigido de forma centralizada e quase sigilosa pelo Conselho Federal de Medicina, enfrentou resistências generalizadas, inclusive dos próprios Conselhos Regionais, que quase não foram consultados durante o processo de elaboração”.

O atual Código de Ética Médica tem 145 artigos, distribuídos, em quatorze capítulos: Princípios Fundamentais, Direitos do médico, Responsabilidade profissional, Direitos humanos, Relação com pacientes e familiares, Doação e transplantes de órgãos e tecidos, Relações entre médicos, Remuneração profissional, Segredo médico, Atestado e Boletim médico, Perícia médica, Pesquisa médica, Publicidade médica, e trabalhos científicos, e Disposições gerais.

O então presidente do Conselho Federal de Medicina em 1988 na apresentação do Código de Ética Médica, refere o processo de elaboração do novo Código constituiu-se: em um fato absolutamente inédito na história de medicina no país, e, até onde temos conhecimento no resto do mundo [...] O Conselho Federal de Medicina ponderou que a nova carta da profissão deveria, ao contrário das anteriores, ser redigida a partir de amplo processo de consulta aos médicos e aos setores organizados da sociedade [...] Para tanto foi redigida uma minuta de Código, compilada de vários textos sobre ética e enviada ao conjunto de médicos brasileiros e a Instituições da área de saúde e da sociedade civil. A partir da resposta obtida, o Conselho Federal de Medicina aprovou um projeto de Código para servir como base de discussão nos diversos fóruns realizados no país [...] Como coroamento deste processo, foi aprovada a I Conferência Nacional de Ética Médica, que elaborou o novo Código com a participação de mais de 200 médicos representando entidades de todo o país. (ID)

Os três diplomas éticos são fontes orientadoras do comportamento do médico no exercício da profissão, e foram complementadas com algumas resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina, que disciplinam o dever de ensino da ética, entre elas as resoluções 277/66, 663/75, 664/75.

CONCLUSÃO: a transmissão dos conteúdos éticos da profissão é uma tarefa solidária dos Conselhos de Medicina, da disciplina de Ética Médica e das demais disciplinas do curso de formação. Estas normas, embora de natureza ética, tem força de lei, sendo entendida como uma norma jurídica de caráter especial, e caberá o seu cumprimento sob pena de sanções a cargo dos Conselhos de Medicina.

- BORDIEU, P. **A Economia das Trocas Simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- BRAGA FILHO, C E. **A bioética em uma sociedade neoliberal: fundamentos e análise crítica para uma proposta do ensino da bioética na formação do médico**. Curitiba. Dissertação de mestrado, Setor de educação, Universidade Federal do Paraná. 2003.
- CAMARGO, M C V Z A. **O ensino da ética e o horizonte da bioética**. In: **Bioética**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 4:1, 47-51, 1996.
- GOMES, J C M. **Bioética**. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 4(1) : 53, 1966
- GOMES, J C M. **O Atual Ensino da Ética para os Profissionais de Saúde e seus Reflexos no Cotidiano do Povo Brasileiro**. Brasília, Conselho Federal de Medicina, v4 n1, 1996, p.53-64.
- HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder, 6ª Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- LEOPOLDO e SILVA, F. **Da Ética Filosófica à Ética em Saúde**. In: **Introdução à Bioética**. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1998.
- NEVES, M C P I. **A Globalização e o futuro da bioética**. In: **Medicina Conselho Federal**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 27, 1998.
- OSELKA. G. **Bioética, O Código de Ética Médica**. São Paulo: Edusp. 1995.
- SABBAG, F. **A medicina frente ao novo paradigma holístico e a responsabilidade profissional no seguro de acidente de trabalho**. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 18:69 (jan/mar),2001.

FRANÇA 2

APROVADO O DIREITO DE “DEIXAR MORRER”

O Parlamento francês aprovou definitivamente ontem uma proposta de lei que não legaliza a eutanásia, mas cita o direito de “deixar morrer” aos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal. Os senadores aprovaram o documento depois de um debate muito gitado. O texto já tinha sido adotado quase por unanimidade pela Assembléia Nacional (Câmara dos Deputados) em novembro.

Transcrito da Gazeta do Povo de 14/04/05

ARTIGO MÉDICO PUBLICADO NÃO ATENDE NORMAS TÉCNICAS

Mônica de Biasi Wright Kastrup*

Palavras-chave: artigo médico, normas técnicas, publicação médica, irregularidade, registro na Anvisa

PUBLISHED MEDICAL ARTICLE DOES NOT COMPLY WITH THE TECHNICAL STANDARDS

Key words: medical article, technical standards, medical publication, irregularity, registration with Anvisa

Recebemos da Associação Médica de Marechal Cândido Rondon, em 29/11/2000, correspondência, solicitando parecer a respeito de matéria publicada na Revista Região, Ano 1, nº 12, efetuada pelo Dr. M. A. P. C., sobre aplicação de lisado orgânico.

DOS FATOS:

Em 19/12/2000, o Dr. M. A.P. C., encaminhou correspondência a este Conselho Regional de Medicina, na qual envia cópia de um trabalho sobre "Retardamento do Envelhecimento", de sua autoria, em resposta a uma solicitação da CODAME, de 2000, que o instou a prestar esclarecimentos sobre uma matéria publicada na Revista Região, de novembro de 2000, sob a chancela do "Centro Científico de Pesquisas de Marechal Cândido Rondon". O Dr. M. A.P. C., seria o responsável pelo tratamento em foco, que é feito através de aplicações de LISADO ORGÂNICO que, segundo o responsável médico, "rejuvenesce a pele e fortalece os músculos, retardando o processo natural de envelhecimento". Segundo o Dr. M. A.P. C., o tratamento não é novo no mundo, apenas no Brasil, é de alto custo, uma vez que os medicamentos são importados da Alemanha e que, após avaliação do quadro geral, é individualizado o que impede a existência de uma tabela de preços. Nesta reportagem, o Dr. M. A. P. C. promete a quem realizar o tratamento de forma adequada uma expectativa de vida de até 100 anos. A utilização dos "lisados orgânicos" se baseia, segundo o médico, na tentativa de evitar o desgaste celular, que é o primeiro fator responsável pelo envelhecimento.

Tendo em vista o teor desta publicação, foi-lhe solicitado explicações, que vieram sob a forma de uma carta, expondo ser o médico formado pela Faculdade

* Conselheira Relatora CRM/PR.

Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, com 38 anos de exercício da profissão e 70 anos de idade. Nesta carta, refere que seu artigo sobre o Retardamento do Envelhecimento (anexo aos documentos enviados), fora encaminhado à Revista Ehlers-Verlag "Raum & Zeit" na Alemanha. Porém, não consta sua publicação, apenas cópia manuscrita. Encaminha também vários trabalhos do Centro Científico a que pertence, para conhecimento da produção dos pesquisadores do referido Centro. Ele anexa também uma CARTILHA para a prática, contendo o tratamento à base Revitorgan® e sorodessensibilização, cujos autores Kh. Kugler e E. Krug (set. 1984), baseiam-se nas idéias de um citado professor Karl Theurer (1951).

Foram enviados oito (8) Ofícios pela CODAME à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, a partir de 28/12/2000, solicitando informações a respeito do "lisado orgânico" que vinha sendo utilizado pelo Dr. Cruzatti, e se o mesmo era reconhecido e registrado perante a ANVISA. Finalmente, em 29/01/2004, recebemos a seguinte resposta, assinada pelo gerente geral de medicamentos da ANVISA: "Em resposta ao OF. nº 81/2000 – CODAME, recebido na Unidade de Produtos Biológicos e Hemoterápicos em 20/01/2004, solicitando informações sobre registro de medicamento perante a ANVISA, informamos o seguinte: De acordo com reportagem apresentada, o produto é importado da Alemanha, porém, não é informado o nome do produto. Pelas características do produto ele não está registrado e, até o momento, a ANVISA não recebeu nenhuma solicitação de registro desta produto".

EXTRATO DA LITERATURA ENCAMINHADA

THEURER, karl (1951) – Eliminação e redução da especificidade de espécie, conservando a especificidade dos órgãos pela decomposição química de substâncias orgânicas, mediante dissociação por vapor de ácidos de órgãos pulverizados liofilizados a vácuo ð criou-se a "terapia citoplasmática".

Extratos macromoleculares de órgãos procedentes de tecidos sãos, destinados à terapia integral de acordo com princípios imunológicos e alergológicos: significa tratar as causas e não somente os sintomas.

Obtenção: preparados citoplasmáticos de órgãos de animais sãos, trituração fina em estado congelado a – 196°C pulverizados são liofilizados e submetidos a uma hidrólise com vapor de ácido a vácuo: que segundo ele é a maneira menos deteriorante de dissociação celular.

Resulta em produto pulverizado, seco, orgânico, não totalmente solúvel, "substância seca". Desta, por extração e liofilização, se produzem os preparados solúveis SOL, que estão disponíveis em quantidades de 15 mg em ampolas que se dissolvem em 2 ml do diluente que acompanha, antes de serem injetados.

Laboratório: Vit Orgam Arzneimittel Gmb H

CONCLUSÕES:

Relendo a CARTILHA, pareceu-nos existir um nome fantasia para o produto em foco, qual seja: REVITORGAN, que aparece no subtítulo da mesma.

Tendo em vista não haver registro no Brasil deste medicamento, proponho que a ANVISA seja alertada para tal descuido. Proponho ainda que o Dr. M. A. P. C., seja orientado sobre este fato, uma vez que, embora nos pareça bem intencionado, não está de acordo com a legislação vigente, nem quanto à oficialização do produto, nem quanto ao seu uso ou pesquisa em humanos.

A resposta da ANVISA, já foi enviada ao Presidente da Associação Médica de Marechal Cândido Rondon, em Ofício da CODAME, datado de 13/02/2004.

É o parecer.

Curitiba, 28 de abril de 2004.

Mônica de Biasi Wright Kastrup
Cons^a. Relatora

Processo-Consulta CRMPR Nº. 10.226/2000
Parecer -Consulta CRMPR Nº. 1589/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/05/2004

ARGENTINA

MINISTRO DEFENDE ABORTO

BUENOS AIRES (AE-AP) - O ministro da Saúde da Argentina, Ginés Gonzáles, declarou ser favorável à descriminalização do aborto, apesar da firme oposição da Igreja Católica, que tem grande influência sobre a população local. “Sim, eu penso que o aborto deva ser descriminalizado”, respondeu Gonzáles a uma pergunta do jornal Página 12. Segundo o ministro, sua posição é baseada em questões de saúde pública. “Acredito que a descriminalização tem a ver com questões sanitárias. Se o aborto fosse legal, muitas mulheres que não procuram o médico ou que estão à beira da morte seriam salvas. Creio que programas de saúde reprodutiva previnem muitos abortos através da prevenção de gravidez não desejada”.

O presidente argentino, Néstor Kirchner, não se pronunciou publicamente durante seu mandato sobre o tema do aborto.

Transcrito da Gazeta do Povo de 17/02/05

OBRIGATORIEDADE DE PREENCHIMENTO DE DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA DE CONVÊNIO

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: prontuário padronizado, preenchimento de resumo, obrigação, normas administrativas, convênios

MANDATORY COMPLETION OF SPECIFIC DOCUMENTATION FOR THE HEALTH INSURANCE PLAN

Key words: standardized medical files, filling in the summary, obligation, administrative regulations, health insurance plans

DA CONSULTA:

O Dr. O. através do portal do CRM, formula consulta a respeito das seguintes dúvidas que de imediato transcrevemos para em seguida respondê-las:

“ ...

1 – Sou obrigado a preencher ficha de resumo de alta do convênio para comodidade deste e do médico auditor, ou somente o prontuário médico com seu resumo de alta própria?

Resposta: O contrato de trabalho entre o médico e a operadora de saúde (convênio) estabelece implicitamente ou mesmo tacitamente que o contratado deve obedecer às regras do contratante, qualquer agressão ao direito individual ou à legislação caberá posicionamento jurídico, administrativo ou ético.

Entendo que antes de consultar este Conselho deveria o profissional médico solicitar um posicionamento oficial da operadora, que não sei se existe. Mesmo assim, no caso específico não acredito que seja por comodismo da operadora, exigência de preencher sua própria documentação e além disto, está em seu pleno direito contratual pois o resumo de alta ou não existe fazendo parte do prontuário (embora seja obrigação) ou é redigido sucintamente ou de forma pouco compreensível, portanto o médico é obrigado a preencher o resumo de alta do convênio.

2 – Sou obrigado a carimbar pedidos de exames prorrogação, etc.?

Resposta: Sim, com a argumentação na mesma linha apresentada na resposta anterior, pois este fato é um garantia da inexistência de delegação da ato exclusivo do médico.

* Conselheiro Relator CRMPR.

3 – Sou obrigado a preencher papéis de prorrogação para pacientes internados, bem como justificar exames ou basta relatar no próprio prontuário médico?

Resposta: Sim, conforme argumentação contida nas duas respostas anteriores.

4 – O hospital pode se recusar a fazer exames e fornecer medicamentos se não houver carimbo no pedido, mesmo com o nome legível, CRM, assinatura?

Resposta: o carimbo pode até ser falsificado por terceiros, entretanto sua exigência é uma questão administrativa que este CRM não tem ingerência, pois não prejudica o paciente nem ao médico. Não vejo dificuldade, nem motivos para o médico recusar colocar o seu carimbo em solicitações e do ponto de vista processual é uma medida que pode esclarecer o responsável por um ato médico, com maior segurança de autoria.

Do ponto de vista deste CRM, entendo que basta a identificação do médico com nome legível, CRM e assinatura.

É o parecer.

Curitiba, 16 de agosto de 2004.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 041/2004
Parecer CRMPR N°. 1619/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 29/11/2004

ESTADOS UNIDOS

JUSTIÇA NEGA AVAL À ABORTO

Um tribunal norte-americano determinou que uma menina de 13 anos não pode fazer um aborto alegando que ela não tem maturidade para tomar a decisão. O tribunal da Flórida emitiu uma decisão temporária impedindo a garota de realizar os procedimentos médicos em uma clínica, como ela pretendia. Na Flórida, uma menor de idade não precisa do consentimento paterno para realizar um aborto.

Transcrito da Gazeta do Povo de 1º/05/05

PLANTÃO MÉDICO: DIFICULDADES ECONÔMICAS E ADMINISTRATIVAS INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE ATENDIMENTO

Luiz Ernesto Pujol*

Palavras-chave: plantonista, reivindicações, passagem de plantão, dificuldades administrativas, dificuldades econômicas, qualidade de atendimento

PHYSICIAN ON DUTY. FINANCIAL AND ADMINISTRATIVE DIFFICULTIES INFLUENCE THE QUALITY OF ASSISTANCE

Key words: physician on duty, claim, medical shift changeover, administrative difficulties, financial difficulties, quality of assistance

Instado este Conselho a manifestar-se sobre a consulta formulada pela Dra. A.P.L.R., pediatra de CRM 15031, que solicita Parecer Técnico e Legal sobre a impossibilidade de compor Escala de Plantonistas Pediátricos no Hospital "X", antes de adentrar à análise dos fatos, passo a transcrever a correspondência encaminhada pela referida médica: "Venho por meio desta representar a equipe de médicos plantonistas do setor de Pediatria do Hospital "X", solicitar parecer técnico e legal sobre a questão da impossibilidade de compor escala de plantonistas em período integral com quatro profissionais, e com um agravante inoportuno, por motivo de saúde, atualmente está composta por apenas dois pediatras. Tal situação foi devidamente comunicada ao Diretor Clínico através de envio de carta (em anexo) dia 28 de Abril de 2004, juntamente com outras reivindicações para melhoria das condições de trabalho neste setor, onde condicionamos deixarmos à disposição do Hospital nossa escala de plantões, caso no prazo de trinta dias os problemas não fossem solucionados. É verdade que a Direção mostrou-se prestativa e empenhou-se na tentativa de encontrar uma solução para compor uma equipe de no mínimo seis plantonistas, até comunicou o Secretário de Saúde do Município e o Promotor de Justiça, o qual afirmou estarmos impedidos legalmente de tal ato, mesmo com número insuficiente de médicos. Vendo que se aproxima o prazo estipulado, sabendo que nossas reivindicações não serão atendidas devido à indisponibilidade financeira da instituição, permanecendo o quadro insuficiente de médicos, solicitamos em caráter emergencial vosso parecer, para que assim possamos manter este serviço que é de nosso interesse, mas em condições adequadas, dignas e legais".

* Conselheiro Relator CRM/PR.

Analisando a consulta protocolada neste CRM sob número 90/2004 em 24 de Maio de 2004, temos a manifestar:

Reconhecemos suas preocupações quanto aos riscos éticos e legais a que estão submetidos os pediatras que se propuseram a manter plantões no Setor Pediátrico deste Hospital às expensas de elogiável dedicação e superação das dificuldades relatadas em sua correspondência enviada à Direção Clínica. Temos confiança de que esforços administrativos devem estar sendo utilizados para a correção das dificuldades apontadas na consulta posto que as Unidades Hospitalares que se prontificam a oferecer condigna assistência à saúde da população são sabedoras de suas responsabilidades éticas e legais perante aqueles que a elas recorrem.

Salientamos que a elaboração de escalas de plantões é responsabilidade do Diretor Clínico/Médico com a colaboração do Chefe do Serviço Pediátrico da Instituição. As eventuais lacunas das escalas devem ser preenchidas por estes mediante a contratação de profissionais habilitados, em valores de mercado, pois a ausência de pediatra coloca em risco a qualidade da assistência às crianças, descumprindo o Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ainda: como o plantonista tem por obrigação passar pessoalmente ao seu substituto os dados dos pacientes internados, o plantonista anterior à lacuna ficará refém de uma situação de continuidade e estafa, cabendo solução aos responsáveis pela escala (vide Artigos 17, 27, 37 e 84 do Código de Ética Médica).

É preciso ressaltar que o CRM tem como seu principal papel supervisionar e fiscalizar o exercício da medicina, visando a proteção da sociedade mas também, enaltecer o médico como um trabalhador com digna valorização de sua profissão.

Colocamos à disposição de sua Instituição o apoio do CRMPR em defesa de uma medicina de qualidade desde que não podemos aceitar que orçamentos problemáticos coloquem em risco a saúde da população pediátrica.

É o parecer.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 047/2004
Parecer CRMPR N°. 1616/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/11/2004

RECUSA DE ATESTADO MÉDICO

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: atestado médico, recusa, aceite, padronização, médico do trabalho, boa fé

REFUSAL OF MEDICAL CERTIFICATE

Key words: medical certificate, refusal, acceptance, standardization, labor physician, good faith

DOS FATOS:

O Dr. M.C.M. encaminha correspondência a este Conselho Regional de Medicina, em 10/08/04, relatando ter emitido um atestado médico a uma paciente, tendo sido encaminhada a Universidade Tuiuti do Paraná, sendo que a mesma não foi aceita.

Esclarece ainda que a paciente foi informada pela Universidade que o médico deveria preencher o formulário próprio da Universidade, cujo documento está anexo.

ANÁLISE:

Embora não tenhamos o atestado médico emitido pelo Dr. M. C. M. e tão somente o atestado padrão da Universidade, em branco, pois o médico recusou-se a assiná-lo, remetendo novamente o atestado já anteriormente encaminhado, algumas ponderações necessárias serem apontadas:

1 – O atestado Médico emitido pelo profissional goza de boa fé, e a principio deve ser aceito.

2 – A autonomia profissional garante o direito do médico elaborar o atestado de acordo com seu entendimento, guiado pelas orientações doutrinárias a respeito.

3 – o atestado padronizado pela Instituição (Universidade Tuiuti) deve ser utilizado evidentemente pelos médicos com vínculo empregatício com a Instituição e não pelo particular.

4 – Cabe a Instituição receber o atestado médico emitido pelo médico assistente e encaminhá-lo ao médico da instituição e esse sim transcrevê-lo no formulário padrão, se entender que retrata a verdade.

* Conselheiro Relator CRMPR.

Caso existirem fundadas dúvidas, pode submeter o paciente a perícia no serviço de Medicina do Trabalho da Instituição.

É o parecer.

Curitiba, 1º de setembro de 2004.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 059/2004

Parecer CRMPR Nº. 1618/2004

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 29/11/2004

ESTUDANTE NÃO PODE EXERCER MEDICINA. É ILEGAL. É CRIME

Lei Nº 3.268, de 30 de Junho de 1957

- Art. 17 – Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura, e o de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.
- Art. 18 – Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional, que os habilitará ao exercício da medicina em todo o País(...).
- Art. 20 – Todo aquele que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer se propuser ao exercício da Medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

Código Penal

- Art. 282 – Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista, ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhes os limites – pena: detenção de seis meses a dois anos.
- Art. 284 – Exercer o curandeirismo:
I – prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância;
II – usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;
III – fazendo diagnósticos – pena: detenção de seis meses a dois anos.
Parágrafo único – Se o crime é praticado mediante qualquer remuneração, o agente fica também sujeito a multa.

Lei das Contravenções Penais

- Art. 47 – Exercer profissão ou atividade econômica ou anunciar que a exerce, sem preencher as condições a que por lei está subordinado o seu exercício – pena: prisão simples de quinze dias a três meses.

Código de Ética Médica

- Art. 38 – Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL NÃO CONVENIADO E OS HONORÁRIOS

Keith de Jesus Fontes*

Palavras-chave: emergência, angioplastia, convênio, morte, honorários

EMERGENCY ASSISTANCE IN A NON-CONTRACTED HOSPITAL AND MEDICAL FEES

Key words: emergency, angioplasty, non-contracted hospital, death, fees

Trata o caso em questão de consulta formulada a esse CRM, pelo Dr. E. F., CRMPR nº 16036, sobre como deve se conduzir em caso de atendimento a convênio que não possui.

Explicação sobre o caso:

Aconteceu que em plantão de UTI, recebeu paciente trazido pelo SIATE, em parada cardiorespiratória, ressuscitado com manobras próprias. Foi diagnosticado infarto agudo do miocárdio. Havia indicação para angioplastia primária. O serviço de Hemodinâmica do Hospital onde está a UTI não é credenciado ao SUS (apesar de hospital e da UTI o serem). Tentou durante algum tempo vaga para o paciente em outro serviço que fosse credenciado mas não conseguiu.

Como seu julgamento era que o exame e a angioplastia eram necessários e urgentes realizou o exame e o procedimento, mesmo sem ser credenciado. O paciente evoluiu para óbito na manhã seguinte.

Como outro caso semelhante aconteceu novamente, o médico solicita deste CRM nosso parecer.

Conclusão:

O colega, a nosso ver tomou a decisão correta em atuar da maneira necessária para atender convenientemente o paciente. Felizmente, pois se não houvesse agido assim teria possivelmente infringido o código de ética médica.

Quanto à situação administrativa do serviço em que o hospital é credenciado, sua UTI também e o serviço de hemodinâmica não, apesar de não ser da alçada do CRMPR a resolução do problema e sim da Secretaria de Saúde do

* Delegada Relatora CRMPR.

Estado, solicitamos novamente a presença do Dr. E. F. e orientamo-lo a solicitar ressarcimento do ato prestado.

Fomos informados pelo Dr. E. F. que já foram enviados processos administrativos para a Secretaria de Saúde do Estado solicitando o ressarcimento dos procedimentos realizados e que deverá ser ressarcido.

É o parecer.

Cascavel, 29 de novembro de 2004.

Keithe de Jesus Fontes
Delegada Relatora

Processo-Consulta CRMPR N°. 047/2004
Parecer CRMPR N°. 1616/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/11/2004

SAÚDE - PORTO ALEGRE

MÉDICOS SE RECUSAM A FAZER ABORTO AUTORIZADO

Os médicos da Santa Casa de Bagé (RS) se negaram a fazer um aborto autorizado pela Justiça. O pedido veio da família de uma adolescente de 14 anos que alega ter sido violentada por um homem de 33, casado e com filhos. Diante da negativa, a jovem terá de buscar atendimento em hospitais de Pelotas ou Porto Alegre. A gestão está na décima semana e o prazo máximo para a interrupção é de 20 semanas. A mãe da garota afirmou ter se arrependido de ter solicitado a interrupção da gravidez corretamente, já que poderia ter recorrido a uma clínica clandestina.

O Código Penal permite que a vítima de estupro interrompa a gravidez e o Ministério da Saúde retira a exigência do Boletim de Ocorrência. Já o Conselho Federal de Medicina pede para os médicos exigirem o BO. Mesmo com o documento, os médicos podem alegar razões pessoais para negar a solicitação.

Transcrito da Gazeta do Povo de 22/04/05

MANUTENÇÃO DE EMPRESA PRIVADA EM HOSPITAL

Luiz Ernesto Pujol

Palavras-chave: desconto compulsório, Brasíndice, dificuldades de concordância, diálogo, custo operacional, quimioterápicos

MAINTAINANCE OF A PRIVATE COMPANY IN A HOSPITAL

Key words: compulsory discount, brasíndice, difficulty to agree, dialogue, operational cost, chemotherapy medication

Parecer quanto à denúncia neste CRM/PR efetuada pela ACOPAR (Associação das Clínicas de Oncologia do Paraná) contra a UNIMED CURITIBA pelo fato desta haver estipulado desconto de 30% sobre o valor do Brasíndice ao pagamento de todos os quimioterápicos utilizados no tratamento dos tumores malignos de seus pacientes conveniados.

A ACOPAR explana o risco que tal medida traz aos doentes oncológicos anotando que com o valor a deduzir no custo dos quimioterápicos, muitas terapêuticas se tornarão economicamente inviáveis posto que a margem de lucro sobre tais medicamentos é utilizada para suprir outros gastos que as clínicas oncológicas possuem e dos quais, o pequeno repasse feito pela UNIMED, não é suficiente para o ressarcimento e andamento da terapêutica que não se resume à aplicação das drogas mas, também, à manutenção de equipamentos, espaços físicos, pessoal auxiliar altamente treinado e encargos tributários incidentes sobre a cadeia de procedimentos envolvidos.

A UNIMED CURITIBA, por sua vez, entende como excessivo o preço dos medicamentos cobrados pelas clínicas oncológicas associadas à ACOPAR e se escora, para refutar o aludido risco de impossibilidade em manter quimioterapia com deságio de 30% em seus valores, na aceitação desta proposta por outros serviços oncológicos por ela também credenciados porém não associados à ACOPAR e que continuam a submeter os doentes a quimioterapia.

Com uma visão clara dos fatos temos a aduzir que ambos os litigantes possuem suas razões, as quais não nos cabe julgar desde que não atinjam a população e o Código de Ética Médica porém somos da opinião que tanto o médico quanto a sua cooperativa devem ter por meta precípua disponibilizar o melhor tratamento possível e indicado àqueles que necessitam e, ao mesmo tempo, direcionarem suas intenções à uma mais digna remuneração do ato médico em si, ou seja, aos honorários verdadeiramente meritórios à sua atuação profissional, abrindo mão, como preceito

* Conselheiro Relator CRM/PR.

ético já regulamentado, de ganhos secundários diretos ou indiretos pela intermediação, negociação ou manipulação econômica de quaisquer métodos terapêuticos.

Embora as partes já se encontrem em litígio judicial quanto ao exposto, antevendo-se a falência do que ao nosso ver já poderia ter sido solucionado através do diálogo e da coerência desde que o norte das partes é oferecer o melhor de suas capacidades aos doentes, não há como, no momento, este Conselho determinar culpabilidade ou sanção a ninguém antes que se esgotem todas as possibilidades de um lúcido e desarmado entendimento entre a ACOPAR e a UNIMED CURITIBA.

É o parecer.

Curitiba, 10 de dezembro de 2004.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 069/2004
Parecer CRMPR N°. 1625/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 20/12/2004

IRÃ

LEI PERMITE O ABORTO

O Parlamento iraniano, dominado por políticos conservadores, aprovou ontem uma lei que permite o aborto, dentro dos quatro primeiros meses de gravidez, se a vida da mãe estiver em perigo ou se a criança puder nascer com alguma deficiência física ou mental. Até ontem a lei autorizava o aborto somente em caso de risco à vida da mãe. Tais perigos devem ser certificados por três obstetras e confirmados pelo instituto médico legal, disseram fontes locais.

Transcrito da Gazeta do Povo de Maio/05

INDICAÇÃO DE CIRURGIA PARA HIDRONEFROSE PELO SUS

Luiz Sallim Emed*

Palavras-chave: hidronefrose, SUS, tabela de procedimentos, atualização, terapêutica, responsabilidade, técnica ultrapassada

HYDRONEFROSIS SURGERY REFERRAL THROUGH SUS (SISTEMA UNICO DE SAUDE – MEDICARE)

Key words: hydronefrosis, SUS, list/ table, procedures chart, updating, therapeutics, responsibility, outdated technique

O Dr. M.M.M. presidente da delegacia regional de "X" encaminha para a sede do CRM/PR em Curitiba solicitação de parecer encaminhada pela gerente de Auditoria, Controle e Avaliação e pelo Secretário de Saúde do Município de "X" com seguinte teor:

"...

Considerando indicação de procedimento cirúrgico: "Cirurgia Alternativa Flexível Via Uretral" para tratamento de hidronefrose por cálculo renal unilateral, solicitado por Urologista vinculado ao SUS;

Considerando que o procedimento não consta da tabela SUS e nem da tabela AMB;

Considerando que o procedimento só está disponível em município do Estado de São Paulo;

Considerando parecer técnico da Secretaria de Estado da Saúde sugerindo consulta ao Conselho Regional de Medicina;

Solicitamos o parecer desse Conselho Regional de Medicina quando ao reconhecimento do procedimento em questão no seu aspecto ético e indicação formal da especialidade em questão, com a maior brevidade possível considerando o quadro de comprometimento renal do usuário.

..."

Sobre a consulta, temos a aduzir o que segue:

A solicitação da secretaria do município de "X" quanto ao reconhecimento do procedimento, com referencia ao seu aspecto ético e de indicação formal da especialidade nada temos a restringir, pois trata-se de indicação com o objetivo de

* Conselheiro Relator CRM/PR.

oferecer o melhor para o paciente no entendimento do médico que indicou o referido procedimento. Muitas vezes, alguns procedimentos, não estão disponíveis no local ou na região em que reside o paciente. No caso em tela para opinar, quanto a necessidade de transferir o paciente para outros locais, ou ainda afirmar que é indispensável e imprescindível a realização do procedimento proposto é preciso conhecer a história clínica, qual a idade do paciente, ou se existe uma situação muito peculiar ou especialíssima para o tipo de procedimento proposto, além de outras informações importantes. Como não conhecemos estas particularidades, vamos fazer comentários genéricos, que suponho poderão oferecer uma orientação e não propriamente uma decisão definitiva. A cirurgia alternativa flexível via ureteral para o tratamento de hidronefrose, não é a única alternativa para a correção da hidronefrose secundária a calculo renal unilateral. Maringá é um centro médico, que dispõe de estrutura e profissionais preparados para ofertar outras alternativas diferente da proposta indicada, com grau de agressão, sob o ponto de vista de traumatismo cirúrgico e com resultado semelhante, enfim outros procedimentos médicos poderiam ser indicados, sem expor os pacientes a um maior risco de vida ou de outras morbidades. Por outro lado, tenho conhecimento que mesmo em avançados centros urbanos e com boa estrutura hospitalar, ainda assim os usuários do SUS ficam privados da melhor forma de tratamento das suas doenças. Não podemos aceitar, que para o tratamento de determinadas patologias, os pacientes ainda são submetidos aos procedimentos da década de sessenta ou anterior, alguns totalmente ultrapassados. Os dirigentes do SUS tem a obrigação de oferecer aos usuários do sistema publico de saúde recursos de diagnostico e de tratamento, para uma atenção de qualidade a saúde dos cidadãos, além de disponibilizar aos médicos plenas condições para o exercício técnico e ético da medicina. Concluindo, não é indispensável e imprescindível realizar o procedimento proposto, mas estou certo, que o gestor local tem o dever de disponibilizar a esse paciente, outro recurso terapêutico com resultado equivalente, nos aspectos de risco de vida, prevalência de morbidade e de outros agravos, além de remunerar pela utilização dos equipamentos, e ao profissional que irão permitir essa equivalência .
É o parecer.

Curitiba, 07 de dezembro de 2004.

Luiz Sallim Emed
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 042/2004
Parecer CRMPR N°. 1626/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n° 1641 de 27/12/2004

A ÉTICA DE ESCOLHA OU EXIGÊNCIA DE MARCA COMERCIAL DE INSTRUMENTOS, APARELHOS OU MATERIAIS CIRÚRGICOS

Luiz Sallim Emed*

Palavras-chave: exigência de marca, ganho pessoal, necessidade técnica, segurança, terapêutica, normas públicas e privadas

THE ETHICS OF CHOOSING OR REQUIRING A COMERCIAL BRAND FOR INSTRUMENTS, DEVICES AND SURGICAL MATERIALS

Key words: requirement for a brand, personal gain/ benefit, technical need, safety, therapeutics, public and private regulations

Unimed de Maringá formula consulta a este Conselho Regional de Medicina, nos seguintes termos:

“ ...

Servimo-nos da presente para formular consulta a esse Egrégio Conselho, no sentido de saber se o fato do profissional médico, exigir, para a realização da cirurgia, o fornecimento de instrumental o aparelho de determinada marca comercial, caracteriza, em tese, algum tipo de infração ao Código de Ética Médica.

...”

Sobre a Consulta temos a aduzir o que segue:

O artigo segundo do Código de Ética Médica registra que o “ alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. A medicina como ciência tem grande avanço científico e tecnológico e as empresas de equipamentos médicos oferecem cada vez mais alternativas de órteses e próteses na indicação de tratamentos, proporcionando grande benefício na recuperação dos pacientes. A disputa por esse mercado, pelas empresas fornecedoras de materiais e equipamentos é bastante agressiva, mas no entanto, nenhuma vantagem deverá comprometer a relação médico paciente. O médico deve receber material e instrumental para realizar os procedimentos registrados e liberados pelos órgãos competentes, mais do que isso devem ser de comprovada qualidade. Existem várias empresas que disponibilizam os

* Conselheiro Relator CRM/PR.

materiais e os instrumentais de qualidade muito semelhante, portanto não tem qualquer motivo para o médico exigir uma marca comercial específica. Poderá em casos muito especiais que um instrumental tem particularidade técnica específica e única alternativa para determinado procedimento a ser realizado. Nestes casos excepcionais, o médico deve apresentar uma solicitação, com os detalhes e a justificativa da indicação. Caso não se tratando desta condição excepcional, não há qualquer justificativa para o médico exigir o material ou instrumental de apenas uma empresa fornecedora dos referidos materiais. Quanto a questão, se poderá haver algum tipo de infração ao código de ética médica, respondo que até seria possível haver indícios de infração, se restar comprovado que o médico tem atuado de forma em obter ganho ou vantagens pela exigência de utilizar materiais de uma única empresa, quando outras empresas disponibilizam matérias de igual qualidade.

É o parecer.

Curitiba, 06 de dezembro de 2004.

Luiz Sallim Emed
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 027/2004
Parecer CRMPR N°. 1627/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 27/12/2004

ESTADOS UNIDOS

APARELHOS MANTÊM GESTANTE VIVA

Uma americana com morte cerebral está sendo mantida viva por aparelhos na esperança de que o bebê de 21 semanas em seu ventre sobreviva. E o marido dela afirma ter certeza de que a mulher aprovaria essa medida. Susan Torres tem câncer e deve ter os aparelhos desligados após o parto, daqui um mês. “Odeio vê-la nestas máquinas malditas e odeio usá-la assim”, disse seu marido, Jason Torres.

Transcrito da Gazeta do Povo de Junho/05

QUAL O GRAU DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO SE O PACIENTE NÃO CONSEGUE ADQUIRIR O MEDICAMENTO?

Miguel Ibraim Abboud Hanna*

Palavras-chave: responsabilidade médica, recusa de atendimento, recursos para medicamentos, recusa de aquisição

WHAT/WHICH IS THE DEGREE OF RESPONSIBILITY OF THE PHYSICIAN WHEN THE PATIENT IS NOT ABLE TO PURCHASE MEDICATION

Key words: medical responsibility, refusal of assistance, resources for medicines

O Médico J. J. G., encaminha consulta a este Conselho por e-mail com o seguinte questionamento *“Qual deve ser a conduta do Profissional Médico quando presta atendimento na rede pública a paciente com patologia grave com necessidade de controle rigoroso e uso de medicação continua mas que o paciente não segue o tratamento e não aceita e ou não acredita nos riscos que esta correndo por não seguir o tratamento. O paciente foi encaminhado para o especialista para orientação e seguimento do caso e o especialista se recusou a atendê-lo e continuar o seguimento devido o não cumprimento de suas orientações e o encaminhou a outro profissional. Todos estes fatos estão descritos a exaustão no prontuário médico. Pergunto até onde vai a responsabilidade do profissional com este paciente? Que risco em prestar atendimento a ele? Posso me recusar a continuar com o seu atendimento? Devo me recusar a atendê-lo? Existe algum tipo de termo de responsabilidade ou outro mecanismo de defesa que possamos providenciar para nos garantirmos um pouco quanto a nossas condutas? Esta é apenas uma situação vivida diariamente. Fico no aguardo de seu parecer. Grato”*

PARECER:

Os relacionamentos fazem parte do atendimento profissional e certamente são a base que permitira ao Médico formular a hipótese diagnóstica e a partir desta o tratamento. Para tanto alguns aspectos Psicodinâmicos norteiam este relacionamento. Entre eles a transferência (diz respeito ao paciente) e a contra transferência (diz respeito ao médico), estes fenômenos, por vezes na são percebidos pelo médico e tão pouco pelo paciente, e de forma inconsciente, podem gerar antipatia, agressividade e

* Conselheiro Relator CRM/PR.

até RESISTÊNCIA. Resistência é definida como a não aceitação por parte do paciente, também inconsciente, da orientação médica, levando-o a não cumpri-la. O Médico necessita de tempo, para proporcionar ao paciente o acolhimento e dar-lhe a atenção necessária. Estes são os meios de que dispomos para trabalhar com estes aspectos Psicodinâmicos envolvidos nos relacionamentos.

Para responder as perguntas do Dr. J. J. G. recorro ao Código de Ética Médica no Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares, artigo 61 – É vedado ao médico abandonar paciente sob seus cuidados. Parágrafo 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder. Parágrafo 2º - salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

É importante ressaltar que tal prerrogativa não se aplica quando o profissional estiver atuando nos setores de Urgência e Emergência, como descrito no Capítulo III – Responsabilidade Profissional, artigo 35 – É vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Por fim, entendo que o documento legal que pode respaldar a decisão de não prestar o atendimento é o prontuário, que sempre devera ser elaborado e adequadamente arquivado.

É o parecer.

01 de novembro de 2004.

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 060/2004
Parecer CRMPR Nº. 1630/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/01/2005

ATUAÇÃO DE MÉDICO NÃO ESPECIALISTA EM PLANTÃO ESPECÍFICO DE PEDIATRIA

Luís Gabriel Turkowski*

Palavras-chave: pronto socorro, plantão sem especialista, resolução específica, especialidades

PERFORMANCE OF A NON-SPECIALIST PHYSICIAN WHEN ON CALL IN A PEDIATRICS WARD

Key words: emergency room, non-specialist on duty, specific resolution, specialties

Parecer:

Trata-se de consulta formulada pelo Dr. J. W. D., acerca das possíveis implicações de ter dois médicos não especialistas como responsáveis pelo plantão específico de pediatria, cujas considerações passo a fazer à seguir:

1- Conforme Resolução CFM n.º 1451/95:

“Artigo 1.º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Artigo 2.º - A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia.”

2- A criança e o adolescente são seres em crescimento e desenvolvimento, como peculiaridades biopsicossociais próprias, determinantes da necessidade de uma compreensão científica especial, ensejadora de uma metodologia própria, conhecedora dos que militam na especialidade sob análise.

3- Sobre o assunto, a legislação brasileira, estabeleceu de forma clara e precisa ao regulamentar a matéria no âmbito do território nacional, através da norma jurídica oriunda da Lei n.º 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente, que:

* Delegado Colaborador CRM/PR.

“art. 2º - Considera-se criança para os efeitos desta lei a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade.”

Pelo exposto, sendo o pediatra o profissional com formação e conhecimento do processo de crescimento e desenvolvimento deve ser o responsável pelo atendimento médico da criança e do adolescente, nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

As instituições que anunciarem a existência de plantões, estão obrigadas a manter o profissional na especialidade anunciada, durante toda a jornada do plantão, no âmbito da instituição. Em casos de anúncio de serviços de Emergência exige-se a presença de plantonista(s) na(s) especialidade(s) anunciada(s). Quando o anúncio de Emergência for genérico é exigida a presença de plantonistas nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia e Anestesiologia. Não cabe o artifício do plantão em regime de sobreaviso (plantão à distância).

É meu parecer.

Londrina, 26 de Julho de 2.004.

Luis Gabriel Fernández Turkowski
Delegado colaborador

Processo-Consulta CRMPR Nº. 705/2004
Parecer CRMPR Nº. 1606/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/08/2004

INTERFERÊNCIA DO DIRETOR TÉCNICO (CLÍNICO) NO ATENDIMENTO DO PACIENTE

Carlos Roberto Goytacaz Rocha*

Palavras-chave: responsabilidade econômica, interferência em conduta, diretor técnico, troca de médico, relação conflituosa

INTERFERENCE OF THE TECHNICAL DIRECTOR IN PATIENT CARE

Key words: financial responsibility, interference in behavior, changing physicians, technical director, conflicted relation

Os Drs. L. E. S. e M. H. Jr encaminham a este Conselho Regional de Medicina, carta solicitando manifestação sobre missiva enviada pela Dra. L. I. B., onde a mesma relata fato ocorrido naquele nosocômio, e solicita que sejam respondidas as seguintes questões, que passarão a ser respondidas na seqüência:

1) O Médico, na função de médico assistente durante internação hospitalar, tem responsabilidade sobre as despesas hospitalares de seu paciente?

Resp.: Não.

2) O Diretor Técnico de um Hospital tem o direito de interferir em condutas médicas, exigindo atitudes que implicariam inclusive em risco de vida para o paciente, por falta de pagamento das despesas hospitalares por parte da família?

Resp.: Não. O Código de Ética Médica em seu artigo 16 diz: *“Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.”*

3) Em caso de recusa do médico em tomar as atitudes exigidas, tem o Diretor Técnico o direito de sugerir a troca de médico assistente para solução de problema financeiro?

Resp.: Não. O Código de Ética Médica em seu artigo 18, diz: *“As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área da saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.”*

* Conselheiro Relator CRMPR.

4) A função de Diretor Técnico de um Hospital dá a este o direito de exigir a presença imediata de um médico do Corpo Clínico, a qualquer momento, para tratar de assuntos relacionados à despesas hospitalares?

Resp.: Não.

5) Tem o Diretor Técnico de um Hospital o direito de dirigir-se a um membro do Corpo Clínico, de maneira desrespeitosa e autoritária, por telefone sem sequer conhecê-lo, e a seguir ignorar este médico que atendeu às suas imposições, sem deixar justificativas?

Resp.: Não.

Sendo estas as considerações sobre o caso.

É o parecer.

Curitiba, 21 de outubro 2004.

Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 065/2004
Parecer CRMPR N°. 1612/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 25/10/2004

HONORÁRIOS MÉDICOS E AS COOPERATIVAS DE OPERADORES DE SAÚDE

Hélcio Bertolozzi Soares*

Palavras-chave: pagamento vinculado, duplo atendimento, UTI, pagamento diferenciado, ANS

MEDICAL FEES AND HEALTH CARE PROVIDERS

Key words: linked payment, double assistance, ICU, differentiated payment, ANS

O Dr. S. S. formula consulta a este Conselho Regional de Medicina nos seguintes termos:

“...

Através desta venho solicitar parecer técnico em caráter de urgência para a situação vivenciada diariamente nas unidades de Terapia Intensiva do nosso Estado.

Refere-se esta solicitação aos pacientes internados nestas unidades e a cobrança de honorários médicos daqueles cuja responsabilidade encontra-se dividida entre vários convênios e os mesmos adotam posturas diferenciadas para diversos casos.

A saber:

1 – Alguns convênios não aceitam pagar o médico intensivista e o médico assistente conjuntamente – parecer já dado por este Conselho e pelo Conselho Federal.

2 – Pacientes de acomodação de quarto com pagamento de enfermeira dizem que é acomodação coletiva e não querem pagar a dupla tabela.

3 – quando do pagamento de medicina intensiva o valor pago é pelo menos a metade da visita do médico assistente não consideramos ético esta diferenciação.

Estamos reivindicando honorários há algum tempo que consideramos éticos e os convênios apresentam a negativa com a desculpa de não terem parecer completo deste Conselho a respeito destes assuntos, situação que motiva esta solicitação.

...”

Sobre a consulta temos a aduzir:

1 – O pagamento do médico assistente em concomitância com o intensivista plantonista na UTI é fruto de parecer do CFM, onde ressalta: “paciente que necessita

* Conselheiro Relator CRM/PR.

de terapia intensiva tem direito a seu médico assistente e ao acompanhante médico intensivo, enquanto perdurar a situação de exceção, conseqüentemente, ao médico assistente terá seu direito preservado à remuneração por seu trabalho”.

2 – A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é reconhecida como o balizador ético e aceita por todas as operadores de saúde como de fundamental importância para auditoria médica. Esta CBHPM, com restrições, tem o endosso da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulamentador junto às operadores de saúde. Tanto na AMB como ANS há perfeita harmonia na identificação de duplo valor **(100% do valor de enfermagem)** para as pacientes internadas na UTI com direito a apartamentos. Se isto não bastasse, é mister, que se o médico assistente de uma paciente internada em apartamento receberá valor diferenciado daquele que presta serviços na UTI, sendo que este tem participação diuturna junto ao paciente, realizando várias e várias consulta em um mesmo período, e não tendo seu valor devidamente reconhecido pelas operadores de saúde.

3 – Não é ético e tampouco legal que para uma mesma função as operadores de saúde paguem valores diferenciados.

É o parecer,

Curitiba, 28 de outubro de 2004.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 05/2004
Parecer CRMPR Nº. 1613/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 01/11/2004

PRONTUÁRIOS MÉDICOS DANIFICADOS E SUAS RECUPERAÇÕES

Alexandre Gustavo Bley*

Palavras-chave: prontuário médico, danificação, restauração, recuperação, cópia eletrônica, microfilmagem, responsabilidade

DAMAGED MEDICAL FILES AND HOW TO RECOVER THEM

Key words: medical files, damage, recovery /restoration, electronic copy, microfilming, responsibility

Consulta:

Trata-se de consulta feita pelo Hospital "X", da cidade de Paranaguá – PR, a respeito de providências a serem tomadas com prontuários atacados por agentes biológicos não identificados, visto os mesmos terem sido danificados.

Parecer:

O prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados médicos e para-médicos prestados ao paciente pelo Hospital. (M.S. "Normas de Administração e Controle Hospitalar"). A presente consulta é de grande relevância, pois o prontuário médico constitui-se no principal meio de avaliar a assistência oferecida, sendo um dos importantes instrumentos de defesa legal.

O Conselho Federal de Medicina emitiu Resolução em 10 de julho de 2002, sob o nº 1.639/2002 que define:

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único – Fim do prazo estabelecido no *caput*, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos

* Conselheiro Relator CRM/PR.

previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

No presente caso, trata-se de danos em alguns prontuários devido a agente biológico. Apesar deste infortúnio, a responsabilidade legal de armazenamento persiste, sendo que propomos:

1) Identificação do possível agente causador do dano, bem como medidas para que este fato não se repita.

2) Armazenamento em local separado dos prontuários que apresentam este problema, mantendo-os pelo prazo disposto na resolução acima descrita, pois mesmo com dano material, a presença dos mesmos comprovaria o fato, evitando assim possíveis especulações.

3) Providenciar imediata recuperação das informações contidas nestes prontuários danificados através dos diversos meios disponíveis.

É o nosso entendimento.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 052/2004
Parecer CRMPR Nº. 1615/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 25/10/2004

INFORMAR O TEMPO DE EVOLUÇÃO DE ENFERMIDADE

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: evolução de enfermidade, seguradoras, operadores de saúde, sigilo, fraude, auditoria, tempo de enfermidade

REPORTING/ INFORMING THE EVOLUTION TIME OF A DISEASE

Key words: evolution of the disease, health insurance companies, health plan providers, confidentiality, fraud, audit

Consulta encaminhada pelo Dr. J.R.R.T.

Informa o consulente ser comum questionamento por parte de seguradora ou operadoras de plano de saúde a respeito da informação do tempo de evolução de uma doença nas guias de consulta médica.

ANÁLISE:

A intermediação na relação médico-paciente através do Estado ou da iniciativa privada é uma realidade na política de saúde no Brasil. Pessoalmente entendo que apenas o Estado poderia participar desta interposição, pois apenas ele pode permitir um equilíbrio e atingir a universalidade no atendimento à saúde.

A relação de trabalho entre os médicos e as operadoras de saúde ou cooperativas de saúde tem se mostrado perversa.

Os planos de saúde exercem uma prerrogativa ilegítima de escolher os seus médicos conveniados e de selecionar seus usuários, rejeitando aqueles portadores de patologias que poderão onerar a operadora, deixando esse usuário para o serviço público na velha política de privatizar os lucros e socializar os prejuízos, política essa sancionada pelo Estado brasileiro.

As operadoras de planos de saúde que de uma forma quase generalizada procuram informações do médico relativa ao conteúdo informado, deduzindo ou concluindo de uma consulta ou exames complementares, na nossa avaliação essa operadora fere o princípio ético do sigilo médico.

Entendo ainda que as informações que possam, direta ou indiretamente, prejudicar o paciente só poderão ser fornecidas com sua aquiescência.

* Conselheiro Relator CRM/PR.

O médico assistente tem compromisso com o paciente é essa a base da relação milenar que permitiu a confiança, credibilidade e prestígio da atividade médica. É inaceitável que atravessadores preocupados apenas com o lucro em sua atividade continuem a ditar regras aos médicos.

É urgente que demos um basta para reconduzir o profissional da saúde na sua verdadeira posição que é o de referencial de uma ética na saúde.

No caso de existência de doenças pré-existentes, caberá ao médico responsável pela admissão do usuário avaliar, o médico assistente está eticamente impedido de atuar como se perito fosse, seu compromisso é com a consulta médica e procedimentos necessários, jamais como fiscal ou auditor da operadora.

CONCLUSÃO:

Face ao exposto, apresento as seguintes considerações:

1. O médico pode informar o tempo da evolução da doença, esclarecendo ter sido esse dado informado pelo paciente, devendo esclarecê-lo previamente de suas conseqüências.

2. No caso de informações sigilosas que possam prejudicar o paciente, deve o médico solicitar do paciente autorização prévia por escrito para revelá-la.

3. Cabe ao exame admissional ou à auditoria médica avaliar situações de fraude ou omissões de informações do paciente e nunca ao médico credenciado ou cooperado.

É o parecer,

Curitiba, 06 de julho de 2004.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 031/2004
Parecer CRMPR N°. 1620/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/11/2004

REVALIDAÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

Eleuses Vieira de Paiva* e Fabio Biscegli Jatene**

Medicina é profissão na qual o aprimoramento está estreitamente ligado ao melhor atendimento

Teve início em abril o processo de revalidação do título de especialista do médico, determinado por resolução do Conselho Federal de Medicina. Isso tem provocado importante repercussão no meio médico, com todos os seus desdobramentos, e cremos que algumas reflexões devam ser feitas sobre o assunto.

Cerca de metade dos médicos do nosso país possui título de especialista. Eles estão distribuídos em 53 especialidades e constituem a porção mais preparada da classe médica brasileira em termos assistenciais. O referido título, obtido ao final da residência médica ou por concurso nas sociedades de especialidades médicas e Associação Médica Brasileira, confere ao médico um reconhecimento da sua competência em determinada área do conhecimento, como cardiologia, endocrinologia e todas as outras especialidades reconhecidas. Ele costuma ser obtido, na maioria dos casos, nos primeiros anos de prática médica, e a partir daí o médico passa a exercer a sua especialidade até o fim da carreira.

É notório que o conhecimento médico cresce vertiginosamente e que aumentou em mais de sete vezes nos últimos 20 anos. Quem se formou antes da década de 80 nunca tinha ouvido falar em Aids, simplesmente porque a doença não era conhecida e qualquer conhecimento obtido por esses colegas, desde então, veio de estudos posteriores e continuados. E isso ocorre em todas as especialidades médicas. Há informações surgindo a todo momento, drogas e medicamentos recém-descobertos, novas formas de diagnóstico e tratamento – o que obriga a uma permanente atualização para benefício do atendimento ao paciente.

Hoje em dia, em praticamente todo o mundo, esse assunto vem sendo discutido e está ficando muito clara a necessidade de realizar uma atualização efetiva e constante. A revalidação do título de especialista é uma das maneiras de estimular essa atualização. Embora a necessidade de estudo e aperfeiçoamento constantes seja inquestionável, existe resistência por parte de alguns colegas nessa matéria.

É notório que os médicos, na sua maioria, têm pouco tempo para estudar, em função da sua árdua jornada e de seus vencimentos limitados. A participação em cursos, simpósios e congressos tem custo elevado não só pelo valor das inscrições mas também das despesas com passagem, hospedagem e manutenção em centros distantes da sua residência. Entre os médicos mais jovens, mas afeitos ao estudo, a resistência é menor do que entre os graduados há mais tempo, pois estes imaginam que a prática constante e a experiência compensam a falta de atualização formal.

Medicina é profissão na qual o aprimoramento está estreitamente ligado ao melhor atendimento e a um melhor modelo assistencial. É claro que a revalidação periódica

* Presidente da Associação Médica Brasileira

** Diretor da Associação Médica Brasileira

de títulos obtidos no passado não é a única nem a mais eficiente forma de preparar melhor o médico.

Ela faz parte de um conjunto de medidas que inclui não só uma adequada educação continuada após a graduação, mas também uma boa formação nas escolas médicas. Infelizmente essa etapa fundamental na formação tem deixado muito a desejar, e a maior parcela de culpa recai sobre a abertura indiscriminada de faculdades de medicina, muitas sem a menor condição de formar profissionais qualificados. Este, entretanto, é um assunto que tem sido muito discutido e poderemos voltar a ele em ocasião mais oportuna.

O tema, nos moldes em que está sendo proposto, tem como principal finalidade criar o hábito do estudo continuado e está baseado em sistema de créditos que o médico vai acumulando ao longo de cinco anos, ao final dos quais, tendo atingido a pontuação mínima, seu título estará automaticamente revalidado. Esses créditos poderão ser obtidos com a participação em cursos, simpósios e congressos, ou a realização de trabalhos científicos, entre outras atividades. Para ter uma idéia mais aproximada, quem comparecer a pelo menos um congresso nacional da sua especialidade anualmente conseguirá somar a maioria dos pontos necessários para a revalidação do seu título ao final de cinco anos.

Pretende-se, ainda, que esses créditos possam também ser totalmente obtidos em eventos desenvolvidos no Estado ou região geográfica do domicílio do médico, sem grandes deslocamentos, e ainda por educação à distância, inclusive com o recurso da internet e canal de TV para o acompanhamento de cursos dentro da sua residência ou consultório. Caso, ao final dos cinco anos, o médico ainda não tenha acumulado a pontuação necessária, haverá a possibilidade de prova para a revalidação.

Por fim, cremos que a classe tem uma oportunidade ímpar de dar um exemplo de preocupação com a qualificação continuada de seus pares. Caberá aos próprios médicos e às sociedades de especialidade conduzir bem esse processo. Valorizá-lo, por um lado, e torná-lo acessível, de baixo custo e competente, por outro, são os desafios futuros. Os nossos pacientes agradecerão.

Transcrito da Folha de São Paulo de 05/05/05.

MÉDICO É ORIENTADO A EXIGIR BO PARA ABORTO

Cláudia Collucci*

Antonio Gois**

O CFM (Conselho Federal de Medicina) recomendou que os médicos de todo o país exijam o BO (boletim de ocorrência) como “instrumento preliminar” para a realização do aborto legal em caso de gravidez resultante de estupro.

A médica inviabiliza a aplicação de norma técnica do Ministério da Saúde, lançada no último dia 22, que dispensa a necessidade do documento. O Código Penal, que permite o aborto nessa situação, não exige o BO.

Norma anterior do ministério consta no mais recente manual de orientação da Febrasgo (federação que reúne as sociedades de ginecologia e de obstetrícia). Segundo o presidente do CFM, Edson de Oliveira Andrade, a decisão foi tomada em razão da polêmica

* Reportagem de São Paulo

** Reportagem Sucursal Rio de Janeiro

envolvendo o ministério e o presidente do Supremo Tribunal Federal, Nelson Jobim, que disse que os médicos que seguirem a norma do ministério não estão livres de processo criminal.

“Os médicos ficaram em uma situação de extrema fragilidade, diante das orientações contraditórias. Quando a autoridade máxima da Justiça vem a público e diz que o BO é necessário, optamos pela prudência”, afirma.

O ministro da Saúde, Humberto Costa, afirmou ontem no Rio que não vai revogar a norma. Segundo Costa, a medida poderá ser aperfeiçoada, em entendimentos com o STF, para que haja garantias de que médicos não sofram conseqüências legais ao segui-la.

“Em princípio, não vamos fazer nenhuma mudança na norma. O entendimento dos juristas que nos assessoraram e do próprio presidente do STF [Nelson Jobim] é que a lei não exige especificamente o BO. O que a jurisprudência exige é que o profissional tenha certeza de que se trata de um caso de estupro”, disse.

O ministro, no entanto, afirmou que poderão ocorrer alterações: “Mas não será com a inclusão da obrigatoriedade do boletim de ocorrência. Estamos consultando o presidente do STF e discutindo dentro do próprio grupo que elaborou a norma uma forma de eximir o médico de culpa ou responsabilidade caso, mas à frente, aquela situação não venha a se concretizar como, de fato, uma gravidez após estupro”.

Costa afirmou ainda que os dados que constarem da declaração a ser feita pelos médicos podem ser usados pela Justiça ou pela polícia para investigar casos de suspeita de que não houve estupro.

“É óbvio que não é papel do serviço de saúde acobertar nenhum ato ilegal. No entanto, ele tem que estar preocupado principalmente com a garantia de saúde da mulher e de que ela possa ter atendimento adequado. Foi isso que norteou a norma. Qualquer mudança que venha a acontecer será no sentido de aperfeiçoá-la a partir de entendimento com o STF.”

Uma das sugestões do CFM é que o Estado crie condições protetoras à mulher vítima de violência sexual, como o deslocamento de policiais treinados para dentro do ambiente hospitalar.

Na avaliação do presidente do CFM, o projeto do governo de assistência à mulher vítima de violência é muito bom, mas precisa ser “melhorado”, para evitar os questionamentos jurídicos. “A violência sexual é o crime que justifica a realização do aborto legal. Para que esse crime seja caracterizado, é necessário o BO.”

Para o ginecologista Jorge Andalaft Neto, presidente da comissão de violência sexual e aborto legal da Febrasgo, a questão da aplicação da norma ainda está “muito longe de ser resolvida”. “As interpretações jurídicas não são unânimes e os médicos, especialmente os que estão longe dos grandes centros, sentem-se inseguros.”

Manual

O manual da Febrasgo que exige a cópia do BO para aborto legal em gravidez após estupro foi elaborado no mesmo período em que a resolução do ministério.

Segundo Andalaft Neto, não houve tempo para adaptar o manual às novas orientações do ministério, mas os médicos vão receber o texto novo da norma.

Transcrito da Folha de São Paulo de 19/04/05.

ENFERMEIRO NÃO PODE PRESCREVER MEDICAMENTOS

Antonio Celso C. de Albuquerque*

Em recente decisão, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, acolhendo voto do desembargador federal presidente Aloísio Palmeira, proferido em Agravo Regimental intentado pelo Conselho Federal de Medicina, entendeu por suspender os efeitos dos artigos 3º, 4º, 5º e 6º da Resolução 271/2002, expedida pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que autorizava o profissional de enfermagem, no âmbito de saúde pública ou privada, a prescrever medicamentos, escolher as respectivas posologias, solicitar exames de rotina e complementares e diagnosticar e solucionar problemas de saúde detectados.

Salientou o julgador que tais prerrogativas não são de enfermeiros e desatendem as atribuições previstas na Constituição Federal, artigo 5, inciso XIII, que dispõe: "É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer".

Decidiu ainda o desembargador, prolator do voto, que os dispositivos da Resolução do Cofen acarretam lesão à ordem jurídica, nesta compreendida a ordem administrativa e quanto a saúde pública, se, de um lado, tem o Poder Público a obrigação de garantir melhores condições de acesso a programas de saúde, e, de outro, deve assegurar a eficácia do tratamento oferecido.

Sustentou que a lesão à saúde decorrente de falta de qualificação profissional do enfermeiro, transcende o prejuízo que possa ser causado pela redução no atendimento à população, tendo em vista, como afirmou, que acima da garantia de acesso a programas de saúde pública, está a eficácia e a segurança desses tratamentos. E, portanto, salientou que a ausência de segurança e eficácia no tratamento pode acarretar lesão mais grave à saúde pública, porque atenta diretamente contra a vida.

Em suma, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, embora tenha proferido decisão ainda passível de recurso ao STJ, na verdade feriu de morte a Resolução, o que não poderia ser diferente. Afinal, o Cofen, ao pretender autorizar o profissional de enfermagem a prescrever medicamentos, escolher a posologia, solicitar exames de rotina e complementares, diagnosticar e solucionar problemas de saúde, extrapolou os limites da profissão que regulamenta e invadiu área privativa do médico, pois este profissional é que detém o conhecimento e o preparo de que carece o enfermeiro.

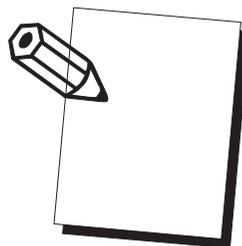
Na conclusão de seu voto, o desembargador federal Aloísio Palmeira ainda afirmou "que o ato de diagnosticar e de prescrever medicamentos são atividades privativas do médico e o seu exercício por outro profissional pode acarretar graves conseqüências".

Transcrito da Gazeta do Povo de 13/06/05.

Advogado e Consultor Jurídico do CRM/RP.



MUDANÇA DE ENDEREÇO



Fone 0 xx 41 - 3240-4000
 Fax 0 xx 41 - 3240-4001
 e-mail: crmpr@crmpr.org.br

Lei nº 3.268 de 1957. Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958.

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 (0xx41) 3240-4000 - FAX (0xx41) 3240-4001

FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a):..... CRM/PR

Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências

Endereço residencial:.....

Nº:.....andar:..... Bairro:

Cidade:.....UF:CEP:.....

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

Endereço comercial:.....

Nº:.....andar:..... Bairro:

Cidade:.....UF:CEP:.....

Telefone comercial:

End. Eletrônico:..... **Fax:**.....

Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?

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

Observações.....

Em/...../.....

Assinatura:.....

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

COLEGA

*NÃO PRESENTEIE COM
ÁLCOOL OU TABACO.*

SEJA CRIATIVO.

*VOCÊ TAMBÉM É
RESPONSÁVEL.*

Ehrenfried O. Wittig *



TURMA DE MÉDICOS DE 1947 DA UNIVERSIDADE DO PARANÁ

A fotografia retrata a turma de Médicos do período da tarde, formada em 1947. Esta imagem foi obtida em 1941 na praça Santos Andrade, em Curitiba, quando os alunos freqüentavam o primeiro ano do curso de Medicina da Universidade do Paraná, que nesta época era uma instituição particular, cujo nome está inscrito no frontão central do edifício já no segundo projeto da modificação em 1945.

No centro do grupo está o Dr. Carlos Estrella Moreira, professor catedrático de Anatomia do período da tarde. Nesta época freqüentava o aluno Milton Moreira da turma da manhã, porque o professor naquela época não podia dar aula para a turma na qual estivesse um filho como aluno.

Assinalamos o doador de cuja família recebemos esta foto, Dr. Arlindo Blume que foi médico legista da UFPR e médico do Instituto de Criminalista (IML) do Paraná.

Doação: Família do Dr. Arlindo Orlando Arthur Blume

Palavras-chave - história da medicina, turma de médicos de 1947, Universidade do Paraná
Key-words - medicine history, doctor´s classes of 1947, Universidade do Paraná

* 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