

ISSN 0104 - 7620
ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 22	n. 88	p. 177-244	Out/Dez.	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 CRM/PR, 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

cfm@cfm.org.br
Home-Page 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@serzegraf.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 à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

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

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-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.88, 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

A Ética na Relação Entre Medicina e os Meios de Comunicação

Eduardo Murilo Novak 177

RESOLUÇÕES

Resolução CFM nº 1.613/01

Ação Fiscalizadora do CRM 191

Resolução CFM nº 1.766/05

Normas Para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida 195

PARECERES

Documentação Médica. O Sigilo Médico em Exames Laboratoriais

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque 201

Laudo Pericial de Paciente Falecida em Parto

Carlos Ehlke Braga Filho 205

Ressarcimento Financeiro de Procedimentos Cirúrgicos. Quanto e Qual é o Período Pós-Operatório Tardio?

Zacarias Alves de Souza Filho 207

Medicina do Trabalho e um Novo Médico do Trabalho - Prontuário Médico

Mário Stival 209

Atendimento Médico e a Consulta Extra na Listagem de Agendamento (Encaixe)

Roseni T. Florêncio 212

O Fornecimento de Dados do Prontuário Médico Para Órgão Contratante de Serviço (Auditoria) Está Sob Sigilo Médico

Ricardo Fróes Camarão 214

Projeto de Pesquisa - Diagnóstico Pré-Implantacional de Aneuploidias Cromossômicas

Pedro Pablo Magalhães Chacel 219

Negativa de Cobertura de Procedimento Médico Por Plano de Saúde em Cirurgia Refrativa

Rafael Dias Marques Nogueira 224

Relação de Procedimentos Com Especialidade

Hélcio Bertolozzi Soares 229

NOTAS DA IMPRENSA

Aborto Pode Ser Tema de Plebiscito

Gazeta do Povo 194

Pós-Coma - Italiano Diz Que Viu Tudo

Gazeta do Povo 200

Padres Gays Acusam Igreja de Perseguição

Folha de São Paulo 204

Grávida em Morte Encefálica é Mantida Viva Para Que Seu Bebê Sobreviva

Gazeta do Povo 208

Bebê Morre Após 4 Meses de Esforços em Mãe Com Morte Encefálica

Gazeta do Povo 213

Eutanásia é Aprovada Por 78% dos Alemães

Gazeta do Povo 222

Receitas Médicas Tem Sua Formação Descrita em Lei

D.O.U. 226

Médico Nega Sedução

Gazeta do Povo 230

HISTÓRIA DA MEDICINA

Espéculo Auditivo (1920/1930) Auriscopio de Brunton

Ehrenfried Othmar Wittig 231

ÍNDICE REMISSIVO

Índice Remissivo de 2005 ("Arquivos" 85, 86, 87, 88)

Assuntos e Autores 232

A ÉTICA NA RELAÇÃO ENTRE MEDICINA E OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Eduardo Murilo Novak*

Sumário - 1. *Introitu*. 2. O dever de o médico informar o progresso da ciência. 3. O direito do médico à publicidade. 3.1. Uma reflexão sobre a autopromoção e a concorrência desleal. 3.2. O sensacionalismo verificado ao se considerar uma situação particular. 4. A mão oposta: limites éticos dos meios de comunicação no exercício de sua atividade sindicante, defronte à Medicina. 5. A publicidade médica necessária. E a publicidade despicienda. 6. Internet e Medicina: volatilidade, impessoalidade e permissividade do correio eletrônico e das páginas pessoais. 7. Conclusão.

Resumo - A necessidade de se valer de todas as espécies de mídia para a divulgação de campanhas em prol da comunidade faz com que a Imprensa assuma um papel fundamental na sociedade. A relação entre Medicina e Meios de Comunicação, inclusive a Internet, volátil e impessoal, deve ser pautada pelas regras oriundas dos bons costumes e da legislação em vigor, para ambos os pólos, sob pena de tornar sensacionalista ou autopromocional um conteúdo que deveria ter somente o condão científico de informação.

Palavras-chave: medicina, mídia, ética, comunicação

ETHICS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN MEDICINE AND MASS MEDIA

Abstract - The need of using every kind of media in order to broadcast campaigns that benefit the community puts the press in a fundamental role in the society. The relation between Medicine and Medias, including Internet, changeable and unpersonnel, must be managed by those rules arised from good manners and effective law, valid for both sides, or a scientific content must become self-promotional or sensacionalist.

Key words: medicine, media, ethics, communication

1. *Introitu*

O dever de informar é inerente à qualquer ciência. Princípio básico e razão de sua própria existência, é impensável que se estude, desvende, decifre algo

* Médico especialista em ortopedia e traumatologia. Especialista em cirurgia de mão. Doutorando em cirurgia pela UFPR, advogado, residente em Curitiba-PR. Trabalho classificado em 1º lugar no concurso do CRMPR "Melhor Monografia em Ética Médica 2005". "A Ética na Relação entre Medicina e os Meios de Comunicação".

e, paradoxalmente, guarde-se absolutamente tudo para si, pois estaria com isso desviando-se exatamente do desígnio científico basilar: descobrir¹ para difundir. Conseqüentemente, a ciência sem a sua devida propagação deixa de ser válida. O pesquisador que inova e não semeia deixa de colocar suas idéias para que o crivo da comunidade as valide ou não. E nesse sentido, sem embargos, pode-se dizer que a Medicina encabeçaria a lista das artes cujos escopos necessariamente envolvem a divulgação, em função de seu objetivo precípua de visar o bem, a cura e a promoção da saúde do ser humano².

Entretanto, essa propagação de conhecimento tem que ser pautada fundamentalmente pela moral e pela ética, tanto por quem o produz quanto para quem o difunde. Se por um lado é possível dizer que “não existe profissão que diz mais da ética que a Medicina, dado o íntimo relacionamento do médico com a criatura humana, sob seus cuidados, naquilo que ela tem de mais sagrado”³, pelo outro, há uma imposição de que o profissional dos meios de comunicação também seja um serventário dedicado e voltado à beneficência pois, conforme assinala Barros Filho (exemplificando o papel de um desses agentes, especificamente) “o jornalista deve se tornar, assim, um ‘humilde servidor dos acontecimentos’ e um ‘servidor do povo’ ”⁴.

Nessa relação entre Medicina e Mídia encontramos uma via extremamente arraigada, porém controversa. A divulgação por parte do médico de esclarecimentos à população, bem como de descobertas científicas, sem que se configure autopromoção, concorrência desleal ou tentativa de captação de clientela, exige conhecimentos da legislação cível e criminal, além da familiaridade com os dispositivos emanados pelo Conselho Federal de Medicina, no âmbito administrativo. A inobservância a esses preceitos leva a freqüentes deslizes, os quais podem ser verificados durante a concessão de entrevistas, ou quando da veiculação de anúncios publicitários envolvendo a área de saúde. Noutra ponta, a absoluta necessidade de ter os meios de comunicação à disposição quando a intenção é realizar uma campanha de promoção primária à saúde, como as de vacinação, somente ratifica o posicionamento de que, conhecendo-

1 O rigor técnico preconiza que devam ser distinguidos os termos “descoberta” e “invenção”. Embora dicionários consagrados, como Houaiss, contemplem como sinônimos os dois termos, no âmbito científico, e principalmente para fins de registros e patentes, essa diferenciação é preconizada: “Uma consideração importante que deve ser levada a efeito, no plano da propriedade intelectual, refere-se à distinção existente entre descoberta e invenção. Conceitos ou categorias que não se confundem. A descoberta consiste como tudo o que pode ser encontrado na natureza. As invenções são caracterizadas como atuações do homem em objetos naturais e que rendem ou podem render margem à aplicabilidade industrial”. In Del Nero, P. Noções gerais sobre as novas normas que disciplinam a propriedade intelectual no Brasil. Revista dos Tribunais. 2004; Volume: 827, p. 55. Neste caso específico, usamos o verbo “descobrir” em seu sentido amplo, valendo-se da sua sinonímia consentida.

2 Sobre a necessidade de se ter os meios de comunicação em sintonia com a medicina, a publicação especializada assim se posiciona: “Diante deste quadro, a Medicina está intimada a mergulhar na tecnologia como ponto de partida na cura de doenças. A diferença é que a sociedade precisa saber rápido destes avanços. As campanhas de vacinação, de controle de acidentes de trânsito, de orientação de cura de epidemias são alguns exemplos da importância da aproximação com os meios de comunicação. Os profissionais da área de saúde não podem se escusar de disputar cada segundo que a mídia oferecer.” Desafios Éticos Brasília. Conselho Federal de Medicina, 1993; p. 273.

3 Temas: ética médica – Belo Horizonte. Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 1982; p. 63.

4 Barros Filho, C. Ética na Comunicação: da informação ao receptor. São Paulo. Moderna. 1995; p 28.

se os limites éticos e legais, há um favorecimento para que aquelas informações venham despidas de qualquer outro interesse, senão o bem-comum.

A análise que se propõe versa sobre esses lados retumbantes e que dissonam entre si, buscando priorizar o debate interligando as duas áreas mencionadas. Ater-se exclusivamente à ética do médico e de sua ciência frente aos modos disponíveis de se comunicar traria uma noção singular e possivelmente, por isso, apagógica do tema. Se o esculápio tem o postulado da eticidade como bandeira principal que norteia seus atos, o mesmo deve ocorrer com os órgãos de mídia, tendo em vista o enorme poder de influência que os mesmos exercem sobre a população⁵. Por essa razão, a temática abordada avaliará também a ótica inversa, qual seja, os limites deontológicos das mídias diante da Medicina⁶.

2. O dever de o médico informar o progresso da ciência

A Declaração dos Princípios Éticos dos Médicos para o Mercosul, de 18 de maio de 1995, é enfática ao expor em seu Oitavo Princípio:

“Os progressos da ciência devem estar sempre a serviço do homem. O médico tem por obrigação divulgá-los, sendo-lhe vedado o privilégio de guardar tais conhecimentos para uso pessoal; ou restringir sua utilização, em detrimento do bem-estar da humanidade.”⁷

Essa norma trata de uma imposição cristalina ao médico de propalar os avanços na área científica. Contudo, nota-se aí uma extrema dificuldade de aplicabilidade ao caso concreto. O que se entende por “progresso”?

É bem sabido que os princípios da ciência têm como supedâneo a validação de dados que se mostraram verdadeiros, ou positivos para o estudo, quando expostos ao binômio tentativa-erro. Assim, para que algo se firme num determinado contexto, percorre-se a senda imutável para a aceitabilidade de uma determinada tese proposta, com a submissão do intento à comunidade especializada⁸. Esse caminho é composto por testes que procurarão responder se tal hipótese é válida ou não. Há situações, porém, onde algo é tido como verdadeiro para a ciência em um determinado momento mas, com o passar do tempo, mostra-se incapaz de sustentar o resultado. É por essa razão que se diz que inexistente a verdade plena. Há uma realidade que prevalece, até o momento em que outra hipótese a refutar.

5 Há quem enxergue a mídia, não em todo seu contexto, obviamente, como sendo “ao mesmo tempo uma indústria um serviço público e uma instituição política”. Barros Filho, C. *op. cit.*, p. 11.

6 “E mais: ambas, a Medicina e a Imprensa, têm contas a acertar com o cidadão. Ambos têm um débito para com a verdade e um compromisso maior com a ética universal e com a moral das populações humanas de todo o mundo.”. França, GV. *Direito Médico*; 7ª edição. São Paulo. Editora Byk, 2001. p. 194.

7 Código de Ética Médica – Conselho Federal de Medicina (Brasil) Resolução CFM no. 1246/88. Brasília : CFM, 4ª edição, 1996, p. 94.

8 Comparando-se o balizamento ético alienígena: “Senão vejamos, o Artigo 38 do novo Código de Ética Médica Espanhol, que dispõe: ‘O médico tem o dever de comunicar prioritariamente à imprensa profissional as descobertas que tenha realizado ou as conclusões derivadas de seus estudos científicos. Antes de divulgá-las ao público não-médico, as submeterá ao critério de seus companheiros, seguindo os rumos adequados’”. *Desafios Éticos. op. cit.*, p. 285.

A importância disso deve-se ao fato de a Declaração do Mercosul obrigar o médico a alastrar aquilo que é tido como uma evolução. Mas só sabemos que algo realmente teve esse “efeito progressivo” conforme aqueles resultados vão se submetendo a um sem-fim de testes, e nenhum deles consiga rejeitá-los irremediavelmente. Então, surge a dúvida: qual o momento certo de disseminar o conhecimento? Quando esse conhecimento é digno de ser considerado “progresso”?

Alves de Menezes diz que “um procedimento, por exemplo, que deve ser proscrito da vida profissional do médico é o dos pronunciamentos açodados sobre novos adventos da Ciência, sobretudo quando a verdade que estes pretendem provar ainda não se exhibe plenamente nítida, livre de contestações”⁹. Aqui se encontra o maior entrave à sementeira do conhecimento médico: não há verdade absoluta, livre de controvérsias. Por conseguinte, não existe hora exata, ou indubitavelmente correta, para divulgação de algo. O discernimento sobre o melhor momento para externar uma corrente cabe, assim, exclusivamente ao aplicador de tal tese, que julgará quando deve fazê-lo, sem prejuízo de futuras sanções que possam lhe ser impingidas.

O extremo da responsabilidade dos órgãos de imprensa nesse tópico também é mandatário que seja estudado. Claude-Hean Bertrand presta ênfase ao assinalar a responsabilidade do jornalista perante os usuários quando expõe novidades científicas, pois segundo o autor, “de todo e qualquer modo, o profissional não deve prejudicar os usuários. Seja utilizando métodos ‘subliminais’ para fazer passar uma mensagem audiovisual. Ou publicando reportagens sensacionais sobre descobertas médicas ou farmacêuticas susceptíveis de criar temores ou esperanças injustificados”¹⁰.

Ambos os posicionamentos denotam a cautela que os profissionais, tanto os médicos quanto os de imprensa, devem ter no sentido de minimizar a possibilidade de irradiar uma instrução que em pouco tempo venha a ser ferozmente rebatida, ou aquela cujo único propósito seja o de causar a comoção popular. Felizmente, a grande maioria obedece a essas normativas, cabendo muito pouco para os métodos milagrosos ou infalíveis. Casos raros em que o profissional médico tenta embustear a comunidade, dela escondendo os avanços proporcionados pela Medicina, para uso em seu próprio proveito, ou ainda, alardeando supostos benefícios em um momento descabido, são sumariamente destruídos em sua gênese, via de regra. Idem para o jornalista que, julgado pela opinião pública, posta-se acuado diante da reprovação explícita e unânime de seu feito.

3. O direito do médico à publicidade

É direito do médico fazer propaganda de si próprio ou de sua empresa correlata, desde que respeite as normas postuladas pelo Código de Ética Médica (CEM) e as decisões do Conselho Federal de Medicina. Especificamente, o CEM trata da questão em seus artigos 131 a 140, expondo claramente o que é vedado ao médico em questões de publicidade. Por outro lado, as permissões, ou as concessões ao médico, são regidas pela Resolução nº 1701/2003 do CFM, que veio a revogar

⁹ Menezes, A. Sugestões para um itinerário Ético. Revista do IML, ano I, Vol. I, 1969, In França, G. V. op. cit., p. 193.

¹⁰ Bertrand, C. Bauru. A deontologia das mídias. EDUSC. 1999; p. 94.

a Resolução CFM nº 1036/80. Senão, vejamos o conteúdo desses dispositivos legais.

A situação mais comumente verificada atinente à exposição do médico na mídia diz respeito ao fornecimento de informação médica destinada ao público leigo. O Artigo 131 do CEM expressa que é vedado ao médico: *“Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.”*

No mesmo sentido, o Artigo 8º da Resolução 1701/2003 do CFM clarifica: *“O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos.”*

De que consistiriam tais esclarecimentos educacionais? A nosso ver, essa norma albergaria um expediente para aquele que divulga conteúdo supostamente impróprio justificar-se, munindo-se da vã alegação de que aquilo que informara se tratava de matéria com conteúdo absolutamente pedagógico, o que seria permitido pelo artigo 131 do CEM. Isso seria plenamente aceitável, mas desde que se respeitasse a restrição a essa abertura aludida pelo artigo seguinte do CEM, sobre o que seria considerado abusivo:

Art. 132 - *Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.*

Seguindo o entendimento, a recente Resolução supracitada, de 2003, em seu artigo 9º, também enumera o que seria o modo promocional de exposição na mídia:

Art. 9º, Parágrafo 1º - Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de:

- a) Angariar clientela;
- b) Fazer concorrência desleal;
- c) Pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- d) Auferir lucros de qualquer espécie;
- e) Permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

3.1. Uma reflexão sobre a Autopromoção e a Concorrência Desleal

A enumeração daquilo que se caracterizaria como autopromoção confere à Resolução 1.701/2003 a condição de norma explicativa, não obstante ainda se verifiquem lacunas a serem supridas.

É instigante conjecturar que aquelas colunas assinadas por médicos na imprensa leiga versem somente sobre temas educativos, e que não visam, de nenhuma forma, a captação de clientela e, por conseguinte, a obtenção de lucros. Entendemos que toda entrevista ou matéria jornalística que permita a inserção de nome, endereço, correio eletrônico ou telefone é, até prova contrária, modo de conquistar clientes, valendo-se de um assunto que é de domínio de qualquer profissional com o mesmo gabarito¹¹. Divulgar meios através do qual possa o profissional ser encontrado poderia,

¹¹ O CFM tem condenado a prática do sensacionalismo e da autopromoção. Vejamos excerto do corpo do Acórdão 0186/2004: "(...) V- Comete ilícito ético o médico que usa a imprensa de forma sensacionalista e promocional através de entrevistas, infringindo os preceitos éticos que regem os Conselhos de Medicina VI- Preliminares rejeitadas. VII- Recurso de Apelação conhecido e negado provimento. O médico foi condenado a "CENSURA PÚBLICA EM PUBLICAÇÃO OFICIAL", prevista na letra "c", do artigo 22 da Lei 3.268/57".

sob nossa ótica, afastar o caráter educativo do pronunciamento, e configurar sua condição remuneratória, seja pelo incremento do número de pacientes, seja pela valoração de seus honorários. Sim, pois se a intenção é educar, qual a razão de se divulgar seu correio eletrônico? O público a que se destina é que deve buscar, com o profissional de sua confiança, as informações particulares, no caso concreto. Inadmissível que se possa imaginar que aquele doutor na televisão seja o único profissional, ou o melhor, para tratar aquela enfermidade. Com certeza não é, mas assim deixa transparecer. Coutinho, ao comentar o artigo 132 do CEM, menciona o fato, e assim redige: “O médico deve ser cauteloso e medir suas palavras quando fala ao público, para que suas colocações sejam realmente úteis à população, e não a si próprio”¹². Quando o facultativo usa esses estratagemas, estabelece-se uma competição desproporcional em relação aos colegas pois, em tese, aquele que detém maior influência ou maior facilidade de trânsito junto à imprensa seria privilegiado em relação aos paradigmas “hipossuficientes”.

Concorrer deslealmente era crime tipificado pelo Código Penal, em seu artigo 196. Entretanto, por força da Lei nº. 9.279 de 1996, sobre a propriedade intelectual, houve a revogação daquele dispositivo, com a inserção de novo texto a respeito. Particularmente, essa lei de 1996 abrange um número maior de possibilidades onde possa se diagnosticar uma concorrência desleal, principalmente no seu artigo 195, o qual contém 14 incisos, que expressam nitidamente as condições nas quais isso possa ocorrer. Contudo, uma análise das situações ali esposadas mostra que dificilmente um médico, ao se relacionar com os meios de comunicação, cometeria tal crime. Isso somente se configuraria caso o profissional se valesse de meios fraudulentos para adquirir clientela ou quando fizesse uso de meios fraudulentos para se autopromover¹³.

3.2. O Sensacionalismo Verificado ao se Considerar uma Situação Particular

O programa de televisão exibe um médico ao vivo comentando sobre a doença de uma telespectadora denominada Síndrome do Túnel do Carpo. Após relatar os aspectos epidemiológicos do problema, os sintomas habitualmente encontrados e os exames que porventura se fariam necessários para o diagnóstico, o médico alardeia: “Essa é uma doença grave, que se não tratada tempestivamente, pode levar à incapacidade de exercer suas atividades da vida diária, devido à dor e à atrofia dos músculos. Até mesmo pentear o cabelo poderá ser difícil. A senhora deve procurar imediatamente um cirurgião que saiba fazer essa cirurgia. E veja bem: não é qualquer cirurgião. Tem que ser alguém que realmente esteja habilitado para tal, pois é uma cirurgia delicada, que envolve os nervos de sua mão”.

Nada do que o distinto médico falou deixa de ser verdade. Talvez uma certa dose de exagero, mas absolutamente tudo é verídico. É fato que se não tratar a doença no período adequado poderá ter resultados piores do que os casos

12 Coutinho, Léo Meyer. Código de Ética Médica Comentado. São Paulo. Saraiva. 1989, p. 143.

13 Alguns tópicos pertinentes da Lei 9.279/1996. “Art. 195: [...] II - presta ou divulga, acerca de concorrente, falsa informação, com o fim de obter vantagem; III - emprega meio fraudulento, para desviar, em proveito próprio ou alheio, clientela de outrem; [...] VII - atribui-se, como meio de propaganda, recompensa ou distinção que não obteve; [...]”.

prontamente atendidos. Também é notório que o cirurgião deve estar familiarizado com a técnica cirúrgica a ser empregada. Mas a conotação que reveste a exposição do esculápio é a de um sensacionalismo embutido numa proposição educativa. Vejamos então quais seriam as hipérboles presentes naquele caso.

A definição de sensacionalismo pode ser retirada do parágrafo 2º do art. 9º da Resolução 1.701 do CFM. No caso em questão, a alínea “e” demonstra cabalmente seu enquadramento:

Art. 9º, parágrafo 2º: Entende-se por sensacionalismo:

[...]

e) a veiculação pública de informações que causem intranqüilidade à sociedade.

Aí está o problema principal. O médico deve ter zelo especial quando lida com essas questões, pois é presumível que muitos indivíduos que assistiram àquela apresentação perderão sua serenidade ao saberem que aquele “formigamento” na mão que ocorre à noite pode-lhes vir a causar dificuldade para pentear os cabelos.

Genival Veloso de França diz que “portanto, o fato não está em se discutir se devemos ou não dar tais informações. Mas em examinar cuidadosamente a forma mais adequada e útil desses informes, para que eles não se tornem prejudiciais à população”¹⁴. Donde se conclui: apenas informar, sem alarmar (salvo, explicitamente, casos de necessidade de alerta à população).

A outra parte do problema reside no fato de o médico dizer que um cirurgião habilitado deve avaliar a telespectadora. Isso também não está errado, sob o ponto de vista médico. Talvez, se alguém alheio à Medicina assistisse àquele programa não visualizasse qualquer sinal de tentativa de captação de clientela. Porém, o exame cuidadoso do caso pelos colegas de profissão identifica uma tentativa enrustida de o profissional dizer: “Eu sou a pessoa indicada para isso, pois estou aqui falando para a senhora. Logo, eu sou credenciado para tanto, e por isso, sei lidar com nervos”. A solução, assim, seria o médico deixar claro na entrevista que aquele é um problema tratável por qualquer de seus pares. Basta para isso que o próprio paciente verifique, por meios próprios, se o médico está ou não habilitado para isso.

4. A Mão Oposta: Limites Éticos dos Meios de Comunicação no Exercício de sua Atividade Sindicante, defronte à Medicina¹⁵

Num passado recente do Brasil, a Imprensa se viu tolhida e achacada por órgãos que, direta ou indiretamente, a controlavam. Hodiernamente, contudo, esses limites foram extirpados, não sendo exagero afirmar que os órgãos de comunicação desempenham atualmente um papel sobretudo balizador na apuração dos desmandos da coisa pública e, por que não dizer, também da privada. E por desmandos entenda-

14 França, GV. *op. cit.*, p. 193.

15 A propriedade dessa discussão é levantada por França: “No que se refere ao papel da Imprensa na divulgação de fatos ligados à saúde, seria interessante saber qual o seu limite ético e se é justo levantarem-se limites dessa ordem.”. França, GV. *op. cit.*, p. 194.

se qualquer forma de desregramento moral ou excesso ao tratar de algo. Isso é tanto válido para as questões que envolvam o Judiciário quanto as que lidam com os parlamentares. Ou, ainda, no caso das questões privadas, como as relações de consumo ou, derradeiramente, as relações medicina-sociedade.

O fato é que se outrora éramos obrigados a nos calar diante da inépcia de um Juiz ou das desluras de um Vereador, hoje sabemos que alguém fiscaliza aqueles que fiscalizam. Mesmo que existam um controle externo do Judiciário ou as comissões parlamentares de inquérito para fazerem frente aos problemas, os brasileiros poderão seguramente se confortar, pois há uma tendência generalizada à quebra do corporativismo. E a Imprensa, com o seu devido respeito inato à moral e à ética¹⁶, tem papel fundamental nisso, pois se o jornal é situacionista, a televisão é oposicionista. Se a rádio defender os engenheiros que derrubaram um prédio, pois donos dela são, a revista cumprirá o papel de bem informar. E assim por diante, de modo que ainda há muito pouco espaço para o acobertamento de ardilesas. Todavia, a questão do excesso da Imprensa tem que ser levantada, mormente em questões nas quais a retratação *a posteriori* não anulará os efeitos ocasionados¹⁷, mesmo que seja exercido pelo ofendido o direito de resposta¹⁸.

A Resolução CFM nº. 1.701/2003, comentada em tópico anterior, trazia na primeira redação do artigo 7º o dever de o médico avaliar os textos, que constariam em reportagens ou afins, previamente à publicação. Após intensa discussão com representantes das classes, pacificou-se que aquela letra deveria ser retificada, estabelecendo-se que cabe ao médico encaminhar ofício retificador ao CRM e ao órgão da imprensa, caso não concorde com o teor relatado¹⁹.

Essa contenda seria desnecessária se fossem seguidas à risca as imposições éticas do Jornalismo. A verificação da fonte, o respeito ao contraditório e a observância aos bons costumes são rituais imprescindíveis à veiculação da notícia. Nesse contexto, é de bom alvitre avaliarmos os paradigmas primeiro-mundistas, como por exemplo,

16 "Os repórteres devem saber combinar a denúncia com o dever de informar corretamente. Pode-se revelar uma notícia sem o ranço da denúncia barata." *Desafios Éticos Brasília, op. cit.*, p. 272.

17 Rui Barbosa assim se manifestava sobre o caráter de irretratabilidade da palavra proferida: "O ladrão prostitui, com o roubo, as suas mãos. O mentiroso, com a mentira, a própria boca, a palavra e a consciência. O ladrão ofende o próximo nos bens da fortuna. O mentiroso, não é no patrimônio, é na honra, na liberdade, na própria vida. Tanto vai do latrocínio à calúnia. Do ladrão nos livra a tranca, o apito, a guarda. Do mentiroso nada nos livra; porque o enredo, a invencionice, a detração, volatizados no ar, depois de tramados, sussurrados, cochichados ou temperados com os condimentos do jornalismo, são impalpáveis como os germens das grandes epidemias." Disponível em <http://www2.casaruibarbosa.gov.br/scripts/rui/mostrafrasesrui.idc?CodFrase=1010>, Acessado em 18 de julho de 2005.

18 "Assim, achamos pertinente que se coloque como o profissional médico pode proceder de forma a minimizar, pouco que seja, os efeitos de tais notícias. Entendemos que a primeira providência a se tomar é exercer o chamado direito de resposta. Esse direito de resposta está assegurado no artigo 29 da Lei de Imprensa (Lei no. 5.250/67): Art. 29 - ' Toda pessoa natural ou jurídica, órgão ou entidade pública que for acusado ou ofendido em publicação feita em jornal ou periódico, ou em transmissão de radiodifusão, ou a cujo respeito os meios de informação e divulgação veicularem fato inverídico ou errôneo, tem direito de resposta ou retificação.' " Fernandes, B. *O Médico e seus Direitos*. São Paulo. Editora Nobel. 2000, p. 84-85.

19 Outro ponto importante a ser citado é a reavaliação existente nesta resolução, em virtude da interpretação feita por muitos, inclusive e especialmente por jornalistas, acerca do contido no artigo 7º da referida norma. Na redação anterior, este artigo admitia a necessidade de os médicos, previamente, avaliarem os textos antes de sua publicação – o que foi visto, pelos profissionais de imprensa, como possível censura ou, por outro lado, interferência sobre o trabalho jornalístico. PINHEIRO, A. G. *Publicidade e Ética, In Bioética*. Vol. 11, no. 2, Conselho Federal de Medicina, Brasília. 2003, p. 170.

a orientação da Comissão Dinamarquesa para a Imprensa: “A atitude do jornalista com relação às fontes de informação deve ser crítica, particularmente se as declarações e afirmações forem possíveis de ser desviadas por interesses pessoais ou na intenção de prejudicar alguém”²⁰.

Com efeito, essa posição escorregia não é sistematicamente vislumbrada no cotidiano. Muitas vezes há um descuido na confecção de uma matéria, levando conseqüentemente à divulgação de algo extremamente danoso para quem desempenha uma profissão na qual a dignidade é colocada à prova todo instante²¹. Isso é especialmente trágico na seara médica, pois o suposto benefício derivado daquela informação será disseminado entre poucos. Bertrand apregoa acertadamente que o doutrinamento ético deve respeitar o seguinte princípio: “não visar senão o máximo denominador comum é contrário à deontologia pois isso vai contra o interesse público”²². De modo mais enfático, o aclamado professor de Jornalismo Philip Meyer assim explana: “Como você colocaria os pesos numa equação custo-benefício em que apenas uma pessoa pode suportar um custo intenso enquanto o benefício é espalhado sobre milhões e pode ser tão tênue a ponto de não ser notado?”²³.

Há ainda um fato peculiar que envolve os meios de comunicação e a Ética frente à Medicina. Soberbamente condenado, o uso do tempo verbal futuro do pretérito atinge frontalmente o profissional liberal, além de outras categorias, pois a simples notícia de que um possível “erro médico” tenha ocorrido gera, na mente do cidadão, uma presunção de que isso de fato ocorreu²⁴. Mesmo quando se diz que “o doutor *teria* receitado remédio errado”, “o paciente *teria* morrido porque o médico não saiu da cama para atendê-lo”, com o objetivo implícito de negar que algo tenha sido afirmado, é perceptível que o dano já está configurado. Tome-se como exemplo uma cidade do interior, onde se lê na primeira página do principal jornal: “Médico Sicrano teria esquecido gaze no interior do abdome do paciente”. Qual o julgamento que o leitor faz: que é possível que o médico tenha esquecido a gaze ou que ele, de fato, esquecera? Entendemos que jornalisticamente essa é a maneira encontrada para livrar-se da responsabilidade pelo que foi dito, pois, conforme assinala o

20 Karam, F. J. Jornalismo, ética e liberdade. São Paulo. Editora Summus. 1997, p. 105.

21 O doutrinador médico Irany Moraes, expoente da literatura médico-jurídica coeva, assim expressa sua indignação: “Ninguém, ou pelo menos muito raramente alguém vai à imprensa para elogiar um médico que com extrema devoção salvou a vida de um paciente mas com extrema rapidez qualquer familiar procura o jornal ou televisão para acusar um médico do mau resultado do tratamento de um de seus entes queridos. Estas sem averiguar a veracidade dos fatos e geralmente a vida por notícias escandalosas falsas procura denegrir a imagem do médico e por extensão generaliza e atinge toda a classe médica. O alarde negativo costuma ser cruel condenando o acusado, sem o mínimo direito a defesa, e quando averiguado o equívoco o reparo da condenação moral e da imagem do médico resume-se a duas linhas no local mais obscuro do jornal. Moraes, IN. Erro Médico e a Justiça. São Paulo – Editora Revista dos Tribunais, 5ª ed., 2003, p. 612.

22 Bertrand, C. *op. cit.*, p. 121.

23 Meyer, P. A ética no jornalismo; um guia para estudantes, profissionais e leitores. Rio de Janeiro. Ed. Forense Universitária. 1989, p. 134.

24 A respeito dos “furos jornalísticos”, França observa: “Não se pode aceitar a chamada ‘ética de resultado’, onde o que se procura é o ganho imediato, oportunisticamente conquistado para marcar ‘furos’”. França, GV, *op. cit.*, p. 194.

dicionário do Instituto Gutenberg, isso serviria como um “para-raios ortográfico-jurídico que protege o autor de processo de calúnia”²⁵.

Tonicamente, assuntos que envolvam situações técnicas são impossíveis de serem discutidos em ambiente leigo. Se há a suspeita de que um ato imprudente de um médico tenha causado um aleijão, isso certamente deve ser discutido no foro próprio. Uma notícia nesse sentido deveria respeitar (no futuro do pretérito, pois às vezes não respeitam) os princípios constitucionais da presunção de inocência, até prova em contrário (artigo 5º, inciso LVII da Constituição Federal), ampla defesa e contraditório (inciso LV, artigo 5º, da Carta). Este último geralmente é observado. Porém, há de se convir que não existem meios de um acusado se defender amplamente numa matéria jornalística, na qual lhe são dedicados apenas poucas linhas ou minutos de explanação.

Essas considerações são relevantes quando o objetivo é espargir assuntos que causem forte impacto no espectador, seja ele proveniente de qualquer das mídias disponíveis. Há que se ter cautela extrema, pois o sensacionalismo explícito da mídia também é grave infração moral e ética. Ainda que impunível no campo deontológico, *stricto sensu*, essa modalidade de agir de algum dos meios de comunicação disponíveis deve ser coibida, com o propósito primordial de se manter a ordem e de não difamar aquele que labuta na área da saúde²⁶, pois a isenção jornalística deve ser o norte²⁷. Recentemente se discutiu no Brasil que apenas essas convicções éticas não bastariam para ordenar a conduta da Imprensa, e aventou-se a possibilidade de ser criado um Conselho Federal de Jornalismo. Natimorta, continua a idéia firme de que o jornalista não deve ter mais nem menos ética que um cidadão comum²⁸, prescindindo, portanto, de regulamento a respeito. Com base nisso é que vale reavivar Rui Barbosa: “Diante de tudo quanto respeitável for, nos homens, nas instituições, nas tradições e nos princípios, buscaremos lembrar-nos sempre de que o jornalismo, por isso mesmo que é uma exigente escola de crítica, há de ser uma escrupulosa escola de respeito”²⁹.

25 “A expressão ‘terica’ (sido, feito, dito, praticado, roubado...) é imprópria à precisão do jornalismo. ‘Terica’ serve à divulgação de barbaridades pelas quais ninguém se responsabiliza. Nem quem informa, nem quem passa adiante ‘fatos’ do einsteniano tempo verbal futuro do pretérito. Os redatores sabem, e se não sabem intuem, que esses verbos nomeiam supostos acontecimentos do passado cujas provas passeiam errantes no futuro. Constitui, também, manejo tacanho da técnica jornalística.” Instituto Gutenberg. Boletim n°. 26, Série Eletrônica Maio-Junho de 1999. Disponível em <http://www.igutenberg.org/ij26diciona.html>. Acessado em 15 de julho de 2005.

26 O poder de destruição da imprensa ao distorcer um fato é salientado por Bucci: “Quando os personagens se situam acima da linha da dignidade humana, e desfrutam de alguma reputação, aí, sim, entende-se que a imprensa é capaz de destruí-los. E de fato os destrói. Por distorção deliberada ou inadvertida”. Bucci, E. Sobre ética e imprensa. São Paulo. Editora Companhia das Letras. 2000, p. 157.

27 Di Franco enaltece o que deveria ser praxe entre jornalistas, trazendo palavras de um dos maiores ícones da Imprensa brasileira: “Carlos Castelo Branco tinha a seguinte opinião sobre a qualidade no jornalismo: ‘Eu pretendo que o que escrevo seja aceitável e compreendido, mas não tenho a aspiração de influir em nada. Minha intenção é informar e esclarecer (...) apenas quero oferecer a quem vai ler uma análise o mais desengajada e objetiva possível’”. Di Franco, C. A. Jornalismo, ética e qualidade. Petrópolis. Editora Vozes. 1995, p. 50.

28 Cláudio Abramo é contundente ao comparar Medicina e Jornalismo, citado por KARAM: “não existe uma ética específica do jornalista: sua ética é a mesma do cidadão”. Essa distinção é óbvia mas importante para detectarmos a necessidade de que, se preliminarmente estamos de acordo em que deve haver honestidade similar entre médico e jornalista, é igualmente imprescindível constatar que *medicina não é igual a jornalismo*. Embora possa haver uma ética social que os aproxime, é preciso, no interior desta generalidade moral, desvendar as particularidades do trabalho de cada um. É indispensável, portanto, constituir o campo da ética jornalística. Abramo, C. In Karam, F. J., op. cit., p. 42.

29 Disponível em <http://ww2.casaruibarbosa.gov.br/scripts/ruimostrofrasesruim.idc?CodFrase=17>. Acessado em 17 de julho de 2005.

E dignidade, austeridade e respeito, imprescindíveis para a existência da comunicação, são os elementos fundamentais que todos devem perseguir, pois o que se clama é justamente pela continuidade e alargamento da liberdade de informação³⁰.

5. A Publicidade Médica Necessária. E a Publicidade Despicienda

David Ogilvy, uma das maiores expressões do ramo da publicidade, vinte anos atrás já havia previsto que “haverá um vasto aumento no uso da publicidade por parte dos governos para fins educacionais, especialmente de educação na área da saúde”³¹. De fato, é o que se observa, pois é imprescindível que campanhas de esclarecimento à população sejam constantemente veiculadas pelos governos, seja com a finalidade de chamamento a uma vacinação, seja para incitar a esvaziar recipientes do quintal ou, ainda, com o propósito de alertar ao adolescente sobre os riscos das drogas. É notório que o sucesso de um evento desse porte depende em grande parte dos meios de comunicação, pois seria impossível atingir recantos e sertões de outra forma. Não é temerário dizer, pois, que a mídia constitui um dos principais pilares que sustentam os excelentes níveis de adesão àquelas campanhas. É possível também afirmar que o controle de uma epidemia ou mesmo o extermínio de várias doenças, como a poliomielite, vem sendo conquistado com esforço de todos, mas que de pouco adiantaria se não houvesse a participação dos órgãos de comunicação.

O lado perverso e desprezível dessa difusão praticamente sem limites relaciona-se às propagandas de produtos potencialmente nocivos à saúde. A inclusão de comerciais televisivos de todo gênero em qualquer horário, o reclamo de um medicamento³², o *merchandising* na indústria cinematográfica ou a aparição de marcas de cigarro ou de bebidas alcoólicas em eventos esportivos, são ainda um dos principais efeitos colaterais dessa facilidade de se espalhar conteúdos informativos. Porém, já podem ser vistas ações governamentais, especialmente nos países desenvolvidos, voltadas à contenção e delimitação dos horários e locais de exibição desse tipo de propaganda. Muito disso deriva da pressão exercida pela sociedade, a qual vem conferindo certo grau de imoralidade à cena de filme onde aparece um ator fumando, ou de um jovem se embriagando. É provável que esse controle governamental e a reprovação social se estendam paulatinamente a um número maior de nações, incluindo as de Terceiro Mundo, podendo-se prever que a publicidade atentatória à saúde seja cada vez mais escassa.

30 Cabe aqui uma das citações mais repugnantes e reprováveis sobre os meios de comunicação. Proferida por Balzac, colacionamos com o intuito de meramente informar que alguém já teve o despudor de desconsiderar todo o poder de fiscalização e de irradiação do conhecimento proporcionados pela Imprensa. Para ele, “se a imprensa não existisse, seria preciso não inventá-la”. KARAM, F. J., *op. cit.*, p. 37.

31 Ogilvy, D. A Publicidade Segundo Ogilvy. São Paulo. Editora Prêmio, 1985, p. 233.

32 Não há medicamento que não cause efeito, seja positivo ou negativo. Mesmo que não seja exigida prescrição médica, todos as drogas têm seus efeitos colaterais. A propaganda de remédios de uso corriqueiro, como um analgésico, estimula a automedicação, favorecendo o aparecimento de reações indesejáveis e, muitas vezes, mascarando sintomas que seriam essenciais para a confecção de um diagnóstico preciso diante de um determinado quadro clínico. Exemplificando, situações que exigem rápida avaliação médica, como uma meningite, são postergadas, pois se fica a esperar que o antitérmico faça efeito. E uma vez que a febre tenha cedido, um dos pilares da diagnose daquela doença torna-se velado, dificultando a ação tempestiva da equipe de saúde.

6. Internet e Medicina: Volatilidade, Impessoalidade e Permissividade do Correio Eletrônico e das Páginas Pessoais

Ainda que este tema venha sofrendo um aprofundamento bastante dedicado em teses específicas, tentaremos nestas parcas linhas abordar o tema, pois é imprescindível que se analise a propagação eletrônica da informação também sob o aspecto ético.

A era globalizada, cuja eclosão coincidiu com a disseminação da rede mundial de computadores, trouxe uma série de benefícios à Medicina. O acesso fácil à informação fez com que a possibilidade de atualização do médico seja uma realidade, podendo-se dizer que só não está em dia quem não quer, pois a pesquisa de artigos científicos pode ser realizada instantaneamente, muito diferente do que era há pouco mais de uma década. Contudo, a facilidade com que se criam e se apagam sites faz com que a informação seja absolutamente volátil e, além disso, permite que seja irresponsável. Isso causa dificuldade àquele que vasculha os dados, visto que não se tem certeza sobre a qualidade da fonte, tampouco da sua autenticidade. Quem tem mais a perder é o leigo, que muitas vezes se fundamenta naqueles relatos, nem sempre confiáveis, para tratar uma ferida, uma tosse ou uma queda de cabelo.

A privacidade na Internet é um item que progressivamente vem ganhando corpo nas discussões sobre a atual era da comunicação. É sabido que quem navega na rede está expondo seus dados e seus hábitos, tanto aos provedores de acesso quanto aos que hospedam, propriamente, os sites. Isso acontece de duas formas: pelo registro do número do computador que está conectado (denominado *Internet Protocol*, ou IP) ou pelos *cookies*. Aquele serve como se fosse uma impressão digital da máquina, enquanto estes armazenam dados que registram quais as preferências do internauta, ainda que essa não seja sua função principal. A problemática está exibida: o portador de uma doença infecto-contagiosa, exemplificando, que gostaria de se manter no anonimato, fica facilmente exposto ao servidor, o qual através dos *cookies*³³ poderá monitorar quais foram as páginas e com que frequência foram visitadas, bem como se houve aquisição de algum produto. Cabe-nos imaginar as diversas possibilidades de uso com fins escusos dessas informações, principalmente se aquela pessoa visitar reiteradamente determinados sites cujos conteúdos versem sobre doenças infecto-contagiosas.

Outro problema que se verifica é a publicidade obrigatória em servidores gratuitos. Talvez aí esteja um grave obstáculo à divulgação de assuntos médicos na Internet. Como exemplo, relevantemente hipotético: o médico cria um site com informações sobre gripe, e um dos patrocinadores do servidor é justamente um antigripal, que aparece num *banner*, alternadamente com propagandas de outras empresas. Isso soaria absolutamente antiético, pois dá a entender que se está querendo vender aquele remédio,

33 "A função básica de um cookie é a seguinte: permitir a um servidor armazenar e mais adiante recuperar uma pequena quantidade de informação da máquina do cliente. Esses dados estão sempre associados a um site da web e a um navegador em particular, significando que um cookie criado por um servidor só será acessível se o visitante regressa ao site usando o mesmo computador e o mesmo navegador. A informação é guardada em um arquivo de texto e pode incluir até algumas informações pessoais, assim como códigos de usuário e contra-senhas. Também é comum o armazenamento de dados da última visita que permitem 'lembrar' o que o usuário fez ou comprou naquela oportunidade. (...) O emprego de cookies permite às empresas que operam na web analisar o perfil e os hábitos de consumo de seus clientes, que podem ser cedidos ou até vendidos a terceiros." Nojiri, S. O Direito à Privacidade na Era da Informática. Algumas Considerações. In Revista Jurídica Unijus, Uberaba, V. 8, no. 8, maio 2005, p. 105.

num ambiente voltado à informação. Por maior cuidado que se tenha, é impossível monitorar quais anunciantes estão fomentando a página. Também, é inútil ressaltar que aquela página pessoal não está recebendo nenhuma forma de ganho direto ou indireto com os reclamos exibidos, pois o anúncio tem o condão intrínseco da venda. Para evitar isso, duas alternativas seriam cabíveis, a nosso ver. Uma delas, a de proibir páginas com conteúdo sobre saúde, escritas por médicos, em lugares com publicidade imposta pelo servidor. A outra, obrigar o médico a colocar seu site somente onde o provedor se comprometa a não fazer anúncio de medicamentos ou materiais médicos.

Por último, a questão da consulta por correio eletrônico. Se no Direito o desenvolvimento da Internet esbarra na ausência de territorialidade (necessária ao princípio da soberania³⁴), uma vez que a rede mundial pertence a um espaço cibernético, na Medicina o problema está na carência de pessoalidade. Aqui, salvo melhor julgamento, o imbróglio é menor, haja vista que esse modo de comunicação deveria seguir o mesmo regramento do que aquele que se aplica a uma consulta via telefone. Ou seja, não há falar-se em fornecimento de informações específicas sobre um determinado quadro clínico, frente a um conjunto de sintomas e sinais fornecidos por um consultante. Deve o médico explicar somente situações genéricas, e não sobre casos concretos apresentados pelo paciente. E enfatizar que somente uma consulta médica, em sentido estrito, poderia estabelecer um diagnóstico e propor um tratamento para aquele problema específico.

Essas matérias são relativamente novas, e os questionamentos, por isso, tendem a não encontrar uma resposta satisfatória. O decurso do tempo, as correntes legislativas, doutrinárias e o posicionamento do Conselho Federal de Medicina deverão clarificar as interações e preencher as lacunas sobre “Informação Médica na Internet”.

7. Conclusão

Não obstante seja dever do médico informar os avanços que obtém quando faz novas descobertas, essa divulgação tem que respeitar os limites legais, morais e éticos vigentes. A não-observância desses requisitos pode ensejar uma falta irreparável, seja por parte do esculápio, seja por culpa do profissional da mídia, responsável pelo ato.

A questão da publicidade que o médico faz de si também deve seguir aqueles regramentos, pois a linha divisória entre o que é considerado como tendo conteúdo educativo e aquilo que é provido de sensacionalismo, ou autopromoção, nem sempre é tão nítida.

A necessidade de difusão das campanhas de saúde, como as de vacinação, faz com que a Imprensa seja um pilar fundamental no seu sucesso. Porém, as situações onde um tipo de publicidade contra a saúde é realizada, como aquelas onde são veiculados produtos nocivos, levarão a um controle progressivamente rígido por parte da comunidade e do Estado .

Tornou-se redundante salientar os benefícios da Internet, sobretudo no meio médico. Mas a mutabilidade daquilo que ela contém, a facilidade de se propalar toda espécie de produtos e a falta de pessoalidade daquele que informa acarretam na obrigatoriedade de um juízo extenuantemente crítico de quem a acessa. Também,

34 Nojiri, S. *op. cit.*, p. 102.

a privacidade, que pode ser violada por um computador à distância e resgatar informações de foro pessoal, constitui mais um dos elementos que sugerem cautela e indicam que todo um balizamento deva ser respeitado na propagação dos conteúdos médicos nos mais diversos meios de comunicação.

REFERÊNCIAS

Del Nero, P. Noções gerais sobre as novas normas que disciplinam a propriedade intelectual no Brasil. Revista dos Tribunais. 2004; Volume: 827, p. 55.

Desafios Éticos Brasília. Conselho Federal de Medicina, 1993; p. 273.

Temas: ética médica – Belo Horizonte. Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 1982; p. 63.

Barros Filho, C. Ética na Comunicação: da informação ao receptor. São Paulo. Moderna. 1995; p 28.

França, GV. Direito Médico; 7ª edição. São Paulo. Editora Byk, 2001.

Código de Ética Médica – Conselho Federal de Medicina (Brasil) Resolução CFM nº. 1246/88. Brasília: CFM, 4ª edição, 1996.

Menezes, A. Sugestões para um itinerário Ético. Revista do IML, ano I, Vol. I, 1969, In França, G. V. op. cit., p. 193.

Bertrand, C. A deontologia das mídias. Bauru. EDUSC. 1999.

Coutinho, LM. Código de Ética Médica Comentado. São Paulo. Saraiva. 1989.

Casa Rui Barbosa: Frases e Pensamentos de Rui Barbosa. Disponível em <http://ww2.casaruibarbosa.gov.br/scripts/rui/mostrafrasesrui.idc?CodFrase=1010> Acessado em 18 de julho de 2005.

Fernandes, BO. Médico e seus Direitos. São Paulo. Editora Nobel. 2000.

Pinheiro, AG. Publicidade e Ética, In Bioética. 2003; volume 11, n. 2.

Karam, FJ. Jornalismo, ética e liberdade. São Paulo. Editora Summus. 1997.

Moraes, IN.. Erro Médico e a Justiça; 5ª ed., São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 2003.

Meyer, P. A ética no jornalismo; um guia para estudantes, profissionais e leitores. Rio de Janeiro. Ed. Forense Universitária. 1989.

Instituto Gutenberg. Boletim nº. 26, Série Eletrônica Maio-Junho de 1999. Disponível em <http://www.igutenberg.org/ij26diciona.html>. Acessado em 15 de julho de 2005.

Bucci, E. Sobre ética e imprensa. São Paulo. Editora Companhia das Letras. 2000.

Di Franco, CA. Jornalismo, ética e qualidade. Petrópolis. Editora Vozes. 1995.

Casa Rui Barbosa: Frases e Pensamentos de Rui Barbosa. Disponível em <http://ww2.casaruibarbosa.gov.br/scripts/rui/mostrafrasesrui.idc?CodFrase=17>. Acessado em 17 de julho de 2005.

Ogilvy, D. A Publicidade segundo Ogilvy. São Paulo. Editora Prêmio, 1985.

Nojiri, S. O Direito à privacidade na era da informática. Algumas considerações. Revista Jurídica Unijus, Uberaba, maio 2005; volume: 8, nº. 8,

* Endereço: Rua Lamenha Lins, 530, ap. 41 bloco B - 80250-020

AÇÃO FISCALIZADORA DO CRM

CFM*

EMENTA - Determina aos Conselhos Regionais a criação de Departamento de Fiscalização da profissão de médico e o perfeito exercício de ação fiscalizadora.

Palavras-chave: fiscalização médica, profissão médica, Conselho Regional de Medicina

SUPERVISING ACTION OF THE CRM (REGIONAL COUNCIL OF MEDICINE)

Key words: medical supervision, medical profession, Regional Council of Medicine

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

CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar em qualquer ponto do território nacional sem ter um diretor técnico habilitado para o exercício da Medicina nos termos do regulamento sanitário federal;

CONSIDERANDO que de acordo com o artigo 15, letra "c" da Lei nº 3.268/57, os Conselhos Regionais de Medicina são incumbidos da fiscalização do exercício da profissão médica;

CONSIDERANDO que o artigo 12 do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, deixa claro que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício das profissões;

CONSIDERANDO que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), atribui aos órgãos de fiscalização do exercício profissional, juntamente com a União, estados, Distrito Federal e municípios, a competência de definir e controlar os padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

CONSIDERANDO que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade;

CONSIDERANDO que há necessidade de regulamentar a fiscalização do exercício da medicina e dos organismos de prestação de serviços médicos;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que todos os serviços para assistência médica devem ser fiscalizados pelos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 7 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que criem Departamentos de Fiscalização da profissão de médico e de serviços médico-assistenciais.

Art. 2º - Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina, investidos da prerrogativa de fiscalização do exercício profissional médico, que realizem um trabalho permanente, efetivo e direto junto às instituições de serviços médicos, públicas ou privadas.

Art. 3º - Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina, para o perfeito exercício da ação fiscalizadora, que tomem medidas, quando necessárias, em conjunto com as autoridades sanitárias locais, Ministério Público, Judiciário, Conselhos de Saúde e conselhos de profissão regulamentada.

Art. 4º - Aprovar as normas e o manual de fiscalização e seus roteiros de vistoria, anexos a esta resolução.

Art. 5º - Revogam-se as resoluções nºs. 565/73, 687/75 e 1.089/82.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de fevereiro de 2.001.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM Nº 1.613/2001
Publicado em D.O.U. de 09/03/2001

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM nº 1.613/2001
NORMAS PARA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE
MÉDICO E DOS SERVIÇOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS

Art. 1º - Os Conselhos Regionais de Medicina organizarão e manterão, nas áreas de suas respectivas jurisdições, atividades de fiscalização do desempenho técnico e ético da Medicina, através do Departamento de Fiscalização, integrado por médicos fiscais e conselheiros ou delegados, com um diretor escolhido pela Diretoria.

Parágrafo único – O impedimento da realização da vistoria por parte do médico responsável pelo estabelecimento, ou médico presente durante a vistoria, caracterizará infração ética.

Art. 2º - Compete ao Departamento de Fiscalização:

a. Fiscalizar o exercício da profissão de médico;

b. Fiscalizar as instituições e estabelecimentos que prestam serviços médico-assistenciais;

c. Fiscalizar a publicidade e anúncios de médicos e de serviços de assistência médica, quaisquer que sejam os meios de divulgação;

d. Manter os registros dos médicos, estabelecimentos médico-assistenciais e dos planos e seguros-saúde devidamente atualizados;

e. Notificar ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho Regional de Medicina, e as autoridades, competentes o exercício ilegal da Medicina;

f. Encaminhar ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho Regional as irregularidades encontradas nas vistorias e não corrigidas dentro dos prazos, para as devidas providências.

Art. 3º - O médico fiscal deverá ser contratado mediante seleção pública.

Art. 4º - O cargo de médico fiscal não poderá ser exercido por conselheiro de Conselhos Regionais ou Federal de Medicina.

Parágrafo 1º - O médico fiscal receberá carteira de identidade funcional.

Parágrafo 2º - Por ocasião da fiscalização, o médico fiscal deverá apresentar a sua carteira de identidade funcional e o ofício de apresentação emitido pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º - No exercício de suas atividades, os médicos fiscais adotarão as seguintes providências:

Parágrafo 1º - Verificar se os médicos e instituições prestadoras de assistência médica estão devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo 2º - Lavrar o Termo de Fiscalização.

Parágrafo 3º - Lavrar o Relatório da Vistoria, especificando as irregularidades encontradas. Neste relatório constará o Termo de Compromisso, no qual o responsável pelo serviço fiscalizado deverá se comprometer em corrigir as irregularidades, conforme especificado no item "VI", letra "e", do manual de fiscalização.

Art. 6º - O Termo de Fiscalização será lavrado em duas (2) vias, datadas e assinadas pelo médico fiscal, pelo responsável médico do estabelecimento ou pelo médico presente na vistoria, sendo a primeira via encaminhada ao diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização; e a segunda, ao responsável presente durante a vistoria. Se houver recusa do responsável em assinar o Termo de Fiscalização, o mesmo será assinado por duas testemunhas e o fato constará do Relatório de Vistoria.

Art. 6º - O Relatório de Vistoria será lavrado pelo médico fiscal e enviado ao conselheiro diretor do Departamento e/ou presidente do Conselho Regional de Medicinal, para as devidas providências.

Art. 7º - O médico fiscal deverá participar de reunião de Diretoria ou Plenária, quando convocado.

Art. 8º - O diretor do Departamento de Fiscalização, ao encaminhar denúncia ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho, deverá juntar cópia do respectivos processos de fiscalização e, sempre que possível, instruí-lo com os antecedentes do profissional, do estabelecimento ou da organização denunciados, constantes no arquivo do órgão.

Art. 9º - A regularização da situação do interessado determinará o arquivamento do processo de fiscalização, por despacho do presidente e/ou diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização.

Art. 10 - A não-regularização da situação do interessado determinará a continuidade do processo de fiscalização, por despacho do presidente e/ou diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização.

Art. 11 – Os documentos do processo de fiscalização serão registrados e arquivados no Departamento de Fiscalização.

Resolução CFM Nº. 1613/2001
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 07/02/2001
Publicada em D.O.U. de 09/03/2001

ABORTO PODE SER TEMA DE PLEBISCITO

Brasília (ABR) – A COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL e Família vai analisar, nas próximas reuniões, a proposta de realização de um plebiscito sobre a legalização do aborto. O assunto foi debatido na última quarta-feira em reunião da comissão que discutiu o projeto de lei que autoriza a interrupção da gravidez (PL 1135/91), com a leitura do relatório da deputada Jandira Feghali (PCdoB-RJ). A votação da medida, porém, ainda não começou porque vários deputados pediram, vista do texto.

O PL 1135/91, do ex-deputado Eduardo Jorge, discriminaliza o aborto provocado pela própria gestante ou com o seu consentimento. No substitutivo proposto pela relatora para o projeto e outras 14 propostas que tramitam em conjunto, a gravidez poderá ser interrompida por qualquer motivo com até 12 semanas de gestação. Se a gravidez for resultante de estupro, ainda segundo o substitutivo, o aborto poderá ser feito até a 20ª. semana.

Por fim, nos casos de diagnóstico de grave risco a saúde da gestante e de malformação do feto incompatível com a vida, a interrupção poderá ser feita a qualquer tempo. O substitutivo estabelece ainda que, além do Sistema Único de Saúde (SUS), os planos privados de saúde também deverão cobrir o procedimento de interrupção da gravidez.

A proposta de um plebiscito sobre a legalização do aborto foi feita pelo deputado Salvador Zimbaldi (PSB-SP) e recebeu apoio de vários deputados. “Um tema tão polêmico deve ser julgado por um instrumento mais democrático”, concorda o deputado Nazareno Fonteles (PT-PI). Ele defende a realização da consulta no fim de 2007.

Transcrito da Gazeta do Povo de 23/Out/2005

NORMAS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA

CFM*

EMENTA – Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe.

Palavras-chave: obesidade mórbida, tratamento cirúrgico, normas

NORMS FOR SURGICAL TREATMENT OF MORBID OBESITY

Key words: morbid obesity, surgical treatment, norms

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3;268/57, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045 de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (Art. 2º do CEM);

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor de progresso científico em benefício do paciente (Art. 5º do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida (Art. 46 do CEM);

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina é órgão supervisor da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerça legalmente (Art. 2º da Lei nº 3.268/57);

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO a necessidade de normatização do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

CONSIDERANDO o parecer na sessão plenária de 13/05/05,

RESOLVE:

Art. 1º - Normatizar, nos termos dos itens do anexo desta resolução, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Art. 2º - Novos procedimentos serão analisados pela Câmara Técnica sobre Cirurgia Bariátrica para Tratamento de Obesidade Mórbida.

Art. 3º - O paciente e seus familiares devem ser esclarecidos sobre os riscos da Cirurgia e a conduta a ser tomada no pós-operatório.

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

Brasília-DF, 13 de maio de 2005.

Edson de Oliveira Andrade
Cons. Presidente

Lívia Barros Garção
Cons. Secretário-Geral

Resolução CFM Nº. 1766/2005
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 13/05/2005
Publicada em D.O.U. de 11/07/2005

ANEXO

1 – INDICAÇÕES GERAIS:

Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m².

Pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e co-morbididades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.

Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado.

Obesidade estável há pelo menos cinco anos.

Pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz.

Ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo.

Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

Compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente.

2 – RISCO CIRÚRGICO: deve ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto e ausência de doenças endócrinas de tratamento clínico.

3 – EQUIPE: precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e trans-operatório, e fazer o seguimento do mesmo.

COMPOSIÇÃO: cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anesthesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes.

4 – HOSPITAL: precisa apresentar condições adequadas para atender obesos mórbidos, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.

5 – PROCEDIMENTOS ACEITOS:

A) Restritivos:

A – BALÃO INTRAGÁSTRICO: colocação de um balão intragástrico com cerca de 500 ml de líquido, com 10% de Azul de Metileno, objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual para os alimentos. Método provisório: o balão deve ser retirado no prazo máximo de seis meses.

INDICAÇÃO: adjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m²), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida.

CONTRA-INDICAÇÕES: esofagite de refluxo; hérnia hiatal; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas como varizes e ângiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção; doença inflamatória intestinal; uso de anti-inflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas e transtornos psíquicos.

COMPLICAÇÕES: aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis; úlceras e erosões gástricas;

esvaziamento espontâneo do balão; obstrução intestinal por migração do balão; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do Balão.

VIA DE ACESSO: endoscópica.

2 – GASTROPLASTIA VERTICAL BANDADA OU CIRURGIA DE MASON: Nestes procedimentos é criado um pequeno reservatório gástrico na região da cárdia, com capacidade em torno de 20 ml, regulando-se a saída por um anel de polipropileno. Estas cirurgias provocam cerca de 20% de perda de peso.

INDICAÇÃO: paciente não compulsivos, que não tenham o hábito de ingestão de doces em abundância e não se desviem da orientação nutricional, ingerindo líquidos ricos em calorias; caso contrário, os resultados são desanimadores.

VANTAGENS: causa mínimas alterações metabólicas, com baixa morbimortalidade e baixo custo. Procedimento reversível, preserva a absorção e a digestão. O estômago e o duodeno permanecem acessíveis à investigação endoscópica e radiológica.

DESvantagens: perda de peso insatisfatória (menos de 50% do excesso de peso) por fístula gastrogástrica ou por intolerância progressiva maior à ingestão de líquidos ou pastosos hipercalóricos; maior ocorrência de vômitos; possibilidade de deiscência das linhas grampeadas, seguida de complicações intra-abdominais; procedimento inadequado tanto para pacientes que ingerem muito doce como para portadores de esofagite de refluxo.

VIA DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

3 – BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL: é uma prótese de silicone que, colocada em torno do estômago proximal, faz com que este passe a ter a forma de uma ampulheta ou uma câmara acima da banda. O diâmetro interno da banda pode ser regulado no pós-operatório por injeção de líquido no reservatório situado no subcutâneo, de fácil acesso.

VANTAGENS: método reversível, pouco agressivo, permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Com sua retirada é possível realizar de outros procedimentos bariátricos, mínimas repercussões nutricionais. Não há secção e sutura do estômago. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais.

DESvantagens: custo elevado; perda do peso frequentemente insuficiente a longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; inadequada para pacientes que ingerem muito doce e/ou apresentam esofagite de refluxo e hérnia hiatal; possibilidade de ocorrência

de complicações a longo prazo, como migração intragástrica da banda, deslizamento da banda e complicações com o reservatório.

VIA DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

B) CIRURGIAS DISABSORTIVAS:

Essas cirurgias (PAYNE OU BYPASS JEJUNO-JEJUNAL) estão proscritas em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo. O princípio fundamental das mesmas é a perda, pelas fezes, das calorias ingeridas. As complicações ocorrem pela grande quantidade de intestino desfuncionalizado, que leva a um supercrescimento bacteriano no extenso segmento intestinal excluído, provocando alta incidência de complicações digestivas, tais como diarreia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites. Pelo exposto, não mais devem ser realizadas.

C) CIRURGIAS MISTAS:

As cirurgias mistas para tratamento de obesidade mórbida associam restrição e disabsorção em maior ou menor grau do intestino, dependendo da técnica empregada e da extensão do intestino delgado excluído do trânsito alimentar.

1 – Cirurgia mista com maior componente restritivo: esse grupo de cirurgias compreende as diversas modalidades de bypass gástrico com reconstituição do trânsito intestinal em “Y de Roux”.

CIRURGIAS MAIS EMPREGADAS:

CIRURGIA DE FOBI, CIRURGIA DE CAPELLA E CIRURGIA DE WITGROVE E CLARK. Estas cirurgias, além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica de 30 a 50 ml, restringem a alimentação por meio de um mecanismo funcional do tipo Dumping (mal-estar provocado pela ingestão de alimentos líquidos ou pastosos hipercalóricos) e, ainda, pela exclusão da maior parte do estômago do trânsito alimentar. Com isso, o hormônio ghrelina, que aumenta o apetite e é produzido no estômago sob estímulo da chegada do alimento, tem sua produção minimizada.

Pode-se acrescentar um anel estreitando a passagem pelo reservatório antes da saída da bolsa para a alça jejunal – o que retarda o esvaziamento para sólidos, aumentando, ainda mais, a eficácia dos procedimentos.

VANTAGENS: perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Tratam a doença do refluxo. São eficientes em comedores de doces e têm baixo índice de complicações a longo prazo. Fácil controle metabólico e nutricional do paciente. São reversíveis, embora com dificuldade técnica. Apresentam ótimos resultados em termos de melhora da qualidade de vida e das doenças associativas. São as mais usadas no Brasil e nos Estados Unidos, com maior tempo de acompanhamento.

DESVANTAGENS: tecnicamente mais complexas; acesso limitado ao estômago e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passíveis de complicações como deiscência de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

VIA DE ACESSO: convencional (laparotômica) ou videocirurgia.

2 – Cirurgia mista com maior componente disabsortivo:

São procedimentos que envolvem menor restrição da capacidade gástrica, o que permite maior ingestão alimentar, com predomínio do componente disabsortivo.

CIRURGIAS MAIS USADAS:

- CIRURGIA DE SCOPINARO (derivação bílio-pancreática com gastrectomia distal).
- CIRURGIA DE DUODENAL-SWITCH (derivação bílio-pancreática com gastrectomia vertical da grande curvatura e preservação do piloro). Nestas cirurgias o intestino delgado é seccionado a cerca de 250 cm da válvula ileocecal. O segmento distal é anastomosado ao estômago. O segmento proximal é anastomosado ao íleo a 50, 100 ou 150 cm da válvula ileocecal, dependendo da técnica escolhida.

VANTAGENS: não há restrição de alimentos ingeridos; muito eficazes em relação à perda de peso e manutenção a longo prazo; reservatório gástrico completamente acessível aos métodos de investigação radiológica e endoscópicos.

DESVANTAGENS: mais sujeitos a complicações nutricionais e metabólicas de difícil controle; maior chance de haver deficiência de vitamina B12, cálcio, e ferro; maior chance de haver desmineralização óssea; alta incidência de úlcera de boca anastomótica; aumento do número de evacuações diárias, com fezes e flatos muito fétidos.

OBSERVATÓRIO

PÓS-COMA - ITALIANO DIZ QUE VIU TUDO

Roma (Reuters) – Um italiano que passou quase dois anos em coma profundo despertou dizendo ter ouvido e entendido tudo o que se passa ao seu redor. Salvatore Crisafulli, pai de quatro filhos, descreve seu caso como um “milagre” que prova que não existem causas perdidas. “Os médicos diziam que eu não estava consciente, mas eu entendia tudo e gritava desesperado.”

Sua recuperação parece ter fortalecido a posição dos italianos contrários à eutanásia. Seu irmão chegou a compará-lo à norte-americana Terri Schiavo, uma mulher da Flórida, vítima de lesões cerebrais, que morreu em março, depois que a Justiça autorizou a retirada do seu tubo de alimentação.

Transcrito da Gazeta do Povo de Outubro/2005

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA. O SIGILO MÉDICO EM EXAMES LABORATORIAIS

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque*

Palavras-chave: sigilo médico, exames complementares, exigência de empresa a laudo

MEDICAL DOCUMENTATION. MEDICAL SECRECY IN LABORATORY EXAMS

Key words: medical secrecy, complementary exams, requirement of report by company

O Dr. F. J. B., encaminha consulta a este Conselho Regional de Medicina, relatando o seguinte:

“... ”

Recebi determinação do Hospitalar Serviço de Saúde que a partir de agosto deverei mandar junto com a fatura dos exames realizados em meu consultório (Audiometria, Videolaringoscopia, etc), o laudo dos exames, ou seja, o resultado de todos os exames e isto de rotina. No meu entender o resultado do exame é do paciente e a sua divulgação deve ser autorizada pelo mesmo, e provavelmente deve ferir o Código de Ética Médica. Em contato com o responsável pelo convênio, Sra. Sônia, foi informado isto ser ordem da auditoria médica através do Dr. M. S. M. e Dr. P. C.A. Gostaria de receber orientação, e no caso desta determinação não ser legal, oferecer denúncia contra os médicos auditores. Aguardo uma breve resposta ou contato para que eu possa me direcionar adequadamente.

“... ”

Em atenção à consulta encaminhada temos a aduzir que a Resolução n.º 1642/2002, na sua alínea G, do Artigo 1º, dispõe, no que concerne ao relacionamento de médicos com os usuários dos planos de saúde:

Art. 1º, alínea G: “respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional”.

Em anexo, cópia da Resolução n.º 1642/2002. (Arq 20(79): 124-128,2003

* Consultor Jurídico CRM/PR.

É o parecer,

Curitiba, 15 de dezembro de 2004.

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Consultor Jurídico Relator

Processo-Consulta CRMPR N.º. 10478/2004
Parecer CRMPR N.º. 1633/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/01/2005

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.642/2002

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que o entendimento de livre escolha é o direito do paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos;

CONSIDERANDO que as infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência médica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM nº 1.627/2001, que conceitua e regulamenta o Ato Médico, e da Resolução CFM nº 1.616/2001, que regulamenta o descredenciamento por empresas operadoras de planos de saúde, bem como as resoluções dos Conselhos de Medicina dos estados de Alagoas, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, enfim, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de agosto de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

a. respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;

b. admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;

c. praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição;

d. efetuar o pagamento de honorários diretamente ao médico, sem retenção de nenhuma espécie;

e. negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;

f. vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;

g. respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 2º - Nos contratos de credenciamento ou similares de médicos para prestação de serviço às empresas citadas no art. 1º, deverá ser expressamente estabelecida a forma de reajuste dos honorários médicos.

Art. 3º - É vedada a participação de médicos ou empresas prestadoras de assistência médica nas modalidades de licitação de tipo menor preço, quando este contrariar a prática local, nos termos dos artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica.

Art. 4º – As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Art. 5º – O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.

Art. 6º- Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumpram o estipulado nesta resolução.

Art. 7º – Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as Resoluções CFM n.ºs. 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82 e 1.340/90 e todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de agosto de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Cons. Presidente

Rubens dos Santos Silva
Cons. Secretário-Geral

EUA

PADRES GAYS ACUSAM IGREJA DE PERSEGUIÇÃO

Do “New York Times”

A informação de que o Vaticano está para promulgar, em breve, um conjunto de regras que impedirá que homossexuais seja ordenados sacerdotes provocou a ira de vários padres e seminaristas gays nos EUA. Eles se julgam perseguidos e dizem ser bodes expiatórios de pedófilos.

As medidas não prevêm a expulsão de homossexuais que já tenham sido ordenados e fazem parte de um conjunto de ações da Santa Sé em resposta aos casos de pedofilia e de abusos sexuais que vieram à tona nos EUA em 2002.

Outra atitude do Vaticano a respeito foi o envio de delegados para avaliar os 229 seminários americanos à procura de “evidências de homossexualismo”.

Um padre de 40 anos que não quis revelar sua identidade, por temer represálias de superiores, afirmou que não havia decidido ainda se contaria que é gay. “Essa é a igreja pela qual eu dei minha vida e na qual eu acredito”, disse.

O reverendo John Trigilio Jr, presidente da conservadora Confraria dos Padres Católicos, disse que barrar os gays dos seminários é para o “próprio bem deles”, assim como a igreja certa vez barro os epiléticos.

Transcrita da Folha de São Paulo em 23/09/05

LAUDO PERICIAL DE PACIENTE FALECIDA EM PARTO

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: laudo pericial, parto normal a fórceps, autorização para necrópsia, diagnóstico de morte

EXPERT REPORT OF PATIENT DEAD DURING DELIVERY

Key words: expert report, normal delivery with forceps, authorization for necropsy, diagnosis of death

Trata o presente sobre a Consulta n^o, encaminhada pela Dra. Leila Aparecida Bertolini, Delegada de Polícia da Divisão de Investigações Criminais do Departamento de Polícia Civil do Estado do Paraná, solicitando parecer a respeito da morte de Rosenilda Agner, após parto normal com extração a fórceps, apresenta quatro quesitos que serão ao final respondidos.

ANÁLISE:

A Sra. R. deu entrada no H.S.J.T no dia 15/11/03, sendo responsável pelo atendimento o Dr. M.A.M.

Não faz parte da documentação à disposição deste Conselho o prontuário de admissão, com histórico, evolução e prescrição. Temos apenas a descrição cirúrgica onde consta o nome do médico Dr. M.A.M. Temos também a ficha de evolução clínica da UTI assinada pelo Dr. A.V.

Na descrição cirúrgica datada de 15/11/03, não consta o horário e resumidamente, podemos, pelo conteúdo do documento, aduzir que houve parto normal com extração a fórceps após dilatação completa com retirada sem dificuldades, com recém nato impregnado de mecônio (++), bradicardia e apnéia, sendo reanimado pelo pediatra (não consta seu nome).

Houve laceração da parede vaginal posterior paralela à episiotomia, com pequena laceração de colo, feita sutura com sangramento durante o procedimento, calculado em 1000 ml. Houve hipotensão que respondeu a infusão de cristalóides.

Foi encaminhada estabilizada ao quarto. Na ficha da UTI conta a admissão às 7:20 com história de parto à fórceps por volta de uma hora da madrugada, história de sangramento de 1000 ml, hipotensão, recebendo alta do centro cirúrgico com PA 120/80 com sangramento vaginal discreto. Apresentou hipotensão na enfermaria e às 6 horas estava bradicárdica com palidez cutânea e foi encaminhada à UTI, onde foi entubada com ventilação em máscara. Pulso carotídeo de 20 bpm, pulsos periféricos não palpáveis, PA inaférvel, pele fria. Colocada monitorização cardíaca confirmando fibrilação ventricular, desfibrilada com 3 choques e após passou a apresentar atividade elétrica sem pulso, infundida adrenalina, atropina e lidocaína, feito também 1000 e 2000 ml de solo fisiológico e por volta das 7:10 evoluiu para

* Conelheiro Relator CRM/PR.

assistolia e óbito às 7:20. Consta como possível causa de morte: choque hipovolêmico, tromboembolismo pulmonar, choque séptico e propõe ao médico responsável a solicitação de necropsia.

A certidão de óbito assinada pelo Dr. Mário Augusto Muggiati dá como causa de morte: choque séptico.

Foi solicitado por este CRM cópia completa do prontuário da paciente e convocados os médicos Dr. Mário e Dr. André para esclarecimentos.

Em relação aos quesitos, os transcrevemos e de imediato apresento suas respostas:

1. diante da indefinição sobre a causa da morte da Sra. Rosenilda, não seria necessário a realização de necropsia?

Resposta: A matéria é definida pela Resolução CFM 1601/2000 e pela Resolução CRMPR 106/2002.

Na Resolução CFM 1601, no item II do artigo 2º, morte com assistência médica consta no sub-item b: a declaração de óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente.

Na Resolução do CRMPR, em seu artigo 3º dispõe: "caso hajam dúvidas para firmar a causa provável de morte, ele deve indicar a realização de necropsia ou diretor clínico. Portanto, nesse caso específico, não há obrigatoriedade da solicitação de necropsia por existir uma provável causa da morte, segundo o médico assistente.

2. Em caso de morte "não definida" é obrigatória a autorização dos familiares para tal exame?

Resposta: Conforme o entendimento anterior, se o médico responsável tiver dúvidas quanto a causa da morte ele deverá solicitar ao diretor clínico a realização da necropsia (artigo 3º). Caso não existam dúvidas e tendo uma causa provável de morte compete ao médico assistente firmar o atestado de óbito.

3. Se o consentimento da família for irrelevante, qual dos médicos estava obrigado a autorizar a realização do exame?

Resposta: A competência em atestar o óbito é do médico assistente, e na sua falta, por médico pertencente à Instituição (Resolução 1601/2000 CFM, art. 2º, II, b). Portanto, nesse caso caberia ao médico assistente a solicitação de necropsia e não ao intensivista da UTI.

4. A Resolução do CFM 1081/82, em seu artigo 3º não obriga os hospitais a solicitarem autorização para necropsia quando do internamento do paciente?

Resposta: A resolução não se encontra em vigor, pois está em vigência a Resolução CFM 1601/2000, e nesta não há referência à vinculação do internamento e conseqüente autorização de necropsia, mesmo porque seria uma espécie de constrangimento ilegal, e quem definirá a conveniência na realização de necropsia é o médico assistente, caso ele não possua condições para firmar o diagnóstico de causa provável da morte.

É o parecer,

Curitiba, 01 de julho de 2004.

Carlos Ehlke Braga Filho

Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 026/2005

Parecer CRMPR Nº. 1671/2005

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 13/06/2005

RESSARCIMENTO FINANCEIRO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. QUANTO TEMPO E QUAL É O PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO?

Zacarias Alves de Souza Filho*

Palavras-chave: honorário, ressarcimento financeiro, período pós-operatório

FINANCIAL COMPENSATION OF SURGICAL PROCEDURES. HOW LONG AND WHAT IS THE EXTENDED POST SURGICAL PERIOD

Key words: fees, financial compensation, extended post surgical period

A consulta original feita por planos de saúde ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões, fundamentada em legalidade ou não de ressarcimentos financeiros em alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos, reveste-se de caráter administrativo, não cabendo a este CRM a responsabilidade de sua resposta.

A documentação anexa nos parece suficiente para evidenciar o fato de que não há, atualmente, meios para estabelecer definição cronológica do período de pós-operatório tardio.

Em resposta e em respeito à Corregedoria, temos a acrescentar:

O período pós-operatório tardio tem duração indefinida, dependendo evidentemente de muitas variáveis, como diagnóstico clínico da doença pela qual o paciente foi operado, de sua condição imune, da extensão do procedimento cirúrgico e sua interferência com mecanismos fisiológicos, doenças associadas, malignidade, drogas em uso ou tratamentos complementares, complicações pós-operatórias de qualquer origem.

Este período cursa paralelamente à fase final de convalescença ao trauma cirúrgico, caracterizado pelo final da fase de anabolismo protéico e lipídico, de recomposição fisiológica orgânica e de consolidação do processo de cicatrização.

O período de pós-operatório tardio segue as fases imediata, mediata e de fluxo de pós-operatório. Pode-se considerar como terminado, ao final da fase de anabolismo e consolidação do processo de cicatrização e de reconstituição fisiológica e metabólica do paciente.

* Conselheiro Relator CRM/PR.

Devem ser levadas em conta as distorções que se verificam em pacientes imunossuprimidos, desidratados, sépticos, com malignidade e ainda a extensão e a conseqüência da agressão cirúrgica sofrida.

Impossível, à luz dos conhecimentos atuais, de forma cronológica precisar matematicamente sua duração, mesmo porque Medicina não é ciência exata.

É o parecer s.m.j.

Curitiba, 1º de setembro de 2004.

Zacarias Alves de Souza Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 043/2004
Parecer CRMPR Nº. 1660/2005
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 26/04/2005

SOCIEDADE ARLINGTON, EUA

GRÁVIDA É MANTIDA VIVA PARA QUE SEU BEBÊ SOBREVIVA

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 ela aprovaria essa medida.

Jason Torres disse que os médicos acreditam que o feto tenha chances de sobreviver se Susan Torres viver mais outro mês e se o câncer de que é vítima permaneça longe de seu útero. Ele explicou ter decidido manter sua mulher viva quando os médicos do Hospital Central de Virgínia lhe perguntaram se deveriam desconectá-la dos aparelhos depois que concluírem que ela não se recuperaria.

“Odeio vê-la nestas máquinas malditas e odeio usá-la assim, porque ela vale muito mais que isso”, disse Torres ao jornal USA Today. “Mas Susan realmente queria este bebê. E ela é uma mulher muito determinada. É provavelmente por isso que ela chegou tão longe.” A direção do hospital informou que não está discutindo o caso.

Susan Torres, de 26 anos, que era pesquisadora no Instituto Nacional de Saúde, perdeu a consciência após um derrame em 7 de maio, depois que um melanoma se espalhou por seu cérebro. Torres contou que os médicos lhe disseram que as funções cerebrais dela havia parado. Segundo ele, o feto aparentemente está bem, mas os médicos lhe explicaram que não conhecem nenhum caso em que uma mãe com morte cerebral e melanoma tenha dado à luz um bebê.

Se sua mulher e o feto sobreviverem até meados de julho, chegando a aproximadamente 25 semanas de gestação, o bebê poderia sobreviver ao parto, apesar de um alto risco de danos cerebrais ou outros problemas graves. Uma gestação completa tem cerca de 40 semanas. “Não tenho nenhuma dúvida de que é isso o que ela gostaria”, disse Torres. O casal já tem um filho de 2 anos. · AP.

Transcrito da Gazeta do Povo de 17/06/05

MEDICINA DO TRABALHO E UM NOVO MÉDICO DO TRABALHO – PRONTUÁRIO MÉDICO

Mário Stival*

Palavras-chave: medicina do trabalho, norma regulamentadora, prontário médico

OCCUPATIONAL MEDICINE, AND THE NEW OCCUPATIONAL PHYSICIAN - MEDICAL RECORDS

Key words: occupational medicine, regulating norm, medical records

CONSULTA

O médico interessado, em missiva encaminhada a este Conselho solicita parecer sobre o seguinte:

O item 7.4.5.2 da Norma Regulamentadora n.º 7 da Portaria n.º 24/94 que modifica a Portaria 3248/78 estabelece que havendo substituição do médico coordenador do PCMSO (médico do trabalho nomeado pela empresa), toda a documentação que contem as informações de saúde, contidas em prontuários e arquivos médicos pertencentes ao trabalhador, deverão ser transferidas ao novo médico que assume a responsabilidade.

Pergunta o interessado se esta transferência deve ser dos arquivos originais ou suas cópias.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A norma em questão não faz qualquer referência a respeito. Mesmo porque trata de um serviço/função (SESMT – Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho da empresa) que estava sediado dentro da empresa, mas que necessitava à época, ser atualizado, modernizado, conforme as necessidades que se impunham pelo novo perfil da legislação trabalhista. Entretanto, a nova legislação não desvincula o serviço da empresa.

Abre a perspectiva de descentralização do mesmo, uma vez que admite de forma clara a terceirização das atividades médicas.

Mas também deixa patente o tipo de vínculo do Médico do Trabalho responsável pelo PCMSO que deve ser contratado pela empresa conforme o número de funcionários e risco.

* Conselheiro Relator CRM/PR.

Assim, tornou-se praxe para as empresas de pequeno e médio riscos, e dependendo do número de funcionários, designar médicos do trabalho responsáveis pelo PCMSO na condição de “pessoa física” ou como “pessoa jurídica”.

Desta forma, o médico do trabalho Coordenador do PCMSO contratado como “pessoa física” ou como “médico do trabalho designado pela empresa de serviços médicos terceirizada” que o contratou, ficam responsáveis por toda documentação médica do trabalhador gerada a partir de qualquer ato médico realizado dentro ou fora da empresa.

Portanto, em qualquer dos casos, a responsabilidade sobre a documentação médica do trabalhador somente poderá ser imputada a um médico, jamais a uma empresa.

Nos dois casos, o médico do trabalho, deverá, no evento de sua substituição, entregar toda documentação sob sua responsabilidade ao seu sucessor e recomendamos que isto se faça através de ato formal com a descrição de todos os documentos gerados que se encontram em seu poder até aquele momento.

A maneira como este acervo deverá ser transferido fica a critério dos médicos, tanto do que sai como do que assume a função, de acordo com as suas conveniências.

Nestas condições, o médico do trabalho que sai da função, fica livre de responder eticamente ou em juízo a partir daquela data, tendo em vista ter em mãos documento que o isenta de qualquer responsabilidade por documentação que possa ter sido extraviada. Porém, não fica livre de responder em juízo ou no tribunal ético pela informação que gerou como médico do trabalho responsável direto pelo exame, ou que autorizou na condição de Médico do Trabalho Coordenador, contida nos documentos que entregou ao seu sucessor.

Obs.: este assunto foi examinado pelo Departamento Jurídico do Conselho Regional de Medicina do Paraná

É o parecer, s. m. j.

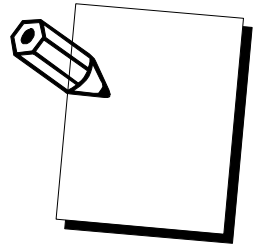
Curitiba, 01 de agosto de 2005.

Mário Stival
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 054/2005
Parecer CRMPR Nº. 1703/2005
Parecer Aprovado
Sessão Plenária da II Câmara de 17/10/2005



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 [.....] E-mail

Observações.....

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

Assinatura:.....

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

ATENDIMENTO MÉDICO E A CONSULTA EXTRA NA LISTAGEM DE AGENDAMENTO (ENCAIXE)

Roseni T. Florencio*

Palavras-chave: atendimento extra, listagem na agenda, "encaixe", respeito

MEDICAL ATTENDANCE AND EXTRA APPOINTMENTS IN THE APPOINTMENT BOOK. (IN-BETWEEN SCHEDULING)

Key words: extra appointments, listing on the appointment book, "in-between scheduling", respect

CONSULTA

O médico ortopedista, Dr. A. E. V., encaminha consulta a esse Conselho, relatando que é sócio majoritário da Clínica de Fraturas Torres; faz plantões no pronto-atendimento, para pacientes particulares e de convênios, às 2^a, 4^a e 6^a feiras. Na 3^a feira, atende consultas agendadas no consultório, de 20/20 minutos. Devido ao grande número de pacientes que atende, comumente ocorre a necessidade de encaixar pacientes encaminhados em seu nome ou por procura direta ao referido médico ou, ainda, pacientes em pós-operatório, que necessitam ser reavaliados. O médico pergunta se:

1- Estou errado na conduta de fazer encaixe, desde que o paciente esteja sujeito a aguardar o tempo necessário? Sendo da vontade própria do paciente e podendo até ser uma consulta emergencial?

2- Pode o médico plantonista do pronto-atendimento que está atendendo no mesmo horário obrigar a recepcionista a não autorizar este encaixe, sem falar com o médico do consultório e contrariar a vontade do paciente, só para forçar um número maior de consultas no seu plantão?

Quanto ao primeiro questionamento, o médico pode atender em seu consultório o paciente não previamente agendado para a consulta, após o término dos pacientes agendados, salvo em situação de real emergência, devendo comunicar aos demais pacientes a necessidade de atender a situação de emergência, por primeiro se for possível outro profissional, que esteja disponível naquele serviço, possa atender às situações emergenciais, com a devida orientação do paciente, tornará o atendimento médico às consultas agendadas mais tranqüilo e sereno, além de manter a segurança

* Conselheira Relatora CRM/PR.

dos pacientes que ali aguardam pelo atendimento, evitando tumultos e confusões rotineiras. Deve ser explicado ao paciente, no caso do encaixe não emergencial, em que momento aproximadamente poderá o médico atendê-lo; com isso, o paciente e seus familiares podem ou não concordar com a espera pelo atendimento. Isso deve ser de comum acordo entre o médico e o paciente, respeitando-se os aspectos administrativos da Instituição, mas que fogem ao domínio desse Conselho.

Quanto ao segundo questionamento, trata-se de questão de aspecto administrativo e de relacionamento entre profissionais médicos. Cabe ressaltar que o médico deve ter para com o seu colega respeito, consideração e solidariedade, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente. O paciente deve ter a liberdade de escolha do médico da sua confiança.

É o parecer

Curitiba, 15 de junho de 2005

Roseni T. Florencio
Cons^a. Relatora

Processo-Consulta CRMPR N^o. 039/2005
Parecer CRMPR N^o. 1676/2005
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 27/06/2005

ESTADOS UNIDOS 2

BEBÊ MORRE APÓS 4 MESES DE ESFORÇOS MÃE EM MORTE CEREBRAL

Um bebê que nasceu de uma mulher EM morte cerebral acabou morrendo depois de uma cirurgia para reparação de um intestino perfurado, informou a família, em LcLean, nos Estados Unidos. Susan Anne Catherine Torres, que nasceu prematura em 2 de agosto, quando a mãe sobrevivia ligada a aparelhos há três meses, faleceu de falha cardíaca. A mãe tinha sofrido um derrame quando teve morte cerebral.

O FORNECIMENTO DE DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO PARA ÓRGÃO CONTRATANTE DE SERVIÇO (AUDITORIA) ESTÁ SOB SIGILO MÉDICO

Ricardo Fróes Camarão*

EMENTA - É vedado aos médicos e diretores médicos responsáveis por clínicas o fornecimento de prontuário médico em desacordo com o que dispõe a Resolução CFM nº 1.605/00.

Palavras-chave: sigilo médico, prontuário médico, perícia, informação médica

PROVIDING DATA FROM MEDICAL RECORDS TO THE CONTRACTING ENTITY (AUDIT) IS UNDER MEDICAL SECRECY

Key words: medical secrecy, medical records, expertise, medical information

CONSULTA

“SCE - Médicos S/C Ltda. – Climept, sociedade civil especializada em Medicina de Tráfego, inscrita no CNPJ sob o n.º 01.728.006/0001-42, devidamente registrada neste Conselho, com sede na Av. 1º de Dezembro, n.º 575-B, em Belém, Capital do Estado do Pará, através de sua representante legal vem respeitosamente solicitar de V. Sª.

I O FATO

1- Na qualidade de contratada do

Departamento de Trânsito do Estado do Pará, prestamos para o mesmo serviços de exames médicos e psicológicos em candidatos à concessão ou renovação de licenças para condutores de veículos automotores.

2- É nossa função básica a execução dos serviços acima mencionados e a conseqüente expedição de laudo médico atestando a aptidão ou inaptidão do candidato interessado. Óbvio que cada examinado possui ficha médica com detalhes do exame a que foi submetido, que fica resguardado sob a custódia de nossa Clínica.

3- Ocorre que o contratante DETRAN, sob pretexto de municiar seus serviços informatizados de controle, tem insistido reiteradamente para que lhe

* Conselheiro Relator Federal

forneçamos, além dos laudos, as respectivas fichas médicas com dados detalhados dos pacientes, ao que temos resistido, por considerarmos tal conduta ofensiva ao segredo profissional, conforme previsto no Código de Ética, a partir do art. 102.

4- Na defesa de sua pretensão alega o DETRAN:

a- A prestadora de serviço é contratada pelo DETRAN e portanto, por força da vinculação, tem que obedecer aos comandos que lhe são transmitidos.

b- O DETRAN garante que manterá o necessário sigilo sobre o conteúdo das fichas médicas, o que preservaria a garantia constitucional.

Embora não desmereça as alegações apresentadas, as consideramos insuficientes para justificar o fornecimento de tais argumentos, sem a expressa anuência do interessado, que é o próprio paciente (usuário).

Milita em favor da tese esposada por nós os seguintes dispositivos contidos no Código de Ética Médica:

a- Art. 102 – “REVELAR FATO DE QUE TENHA CONHECIMENTO EM VIRTUDE DO EXERCÍCIO DE SUA PROFISSÃO, SALVO POR JUSTA CAUSA, DEVER LEGAL OU AUTORIZAÇÃO EXPRESSA DO PACIENTE”.

b- Art. 108 – “FACILITAR MANUSEIO E CONHECIMENTO DOS PRONTUÁRIOS, PAPELETAS E DEMAIS FOLHAS DE OBSERVAÇÕES MÉDICAS SUJEITAS AO SEGREDO PROFISSIONAL, POR PESSOAS NÃO OBRIGADAS AO MESMO COMPROMISSO”.

c- Art. 117 – “ELABORAR OU DIVULGAR BOLETIM MÉDICO QUE REVELE O DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO OU TERAPÊUTICA, SEM A EXPRESSA AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL LEGAL”;

d- Art. 8º - “O MÉDICO NÃO PODE, EM QUALQUER CIRCUNSTÂNCIA OU SOB QUALQUER PRETEXTO, RENUNCIAR À SUA LIBERDADE PROFISSIONAL, DEVENDO EVITAR QUE QUAISQUER RESTRIÇÕES OU IMPOSIÇÕES POSSAM PREJUDICAR A EFICÁCIA E CORREÇÃO DE SEU TRABALHO”.

e- Art. 11. – “O MÉDICO DEVE MANTER SIGILO QUANTO ÀS INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS DE QUE TIVER CONHECIMENTO NO DESEMPENHO DE SUAS FUNÇÕES. O MESMO SE APLICA AO TRABALHO EM EMPRESAS, EXCETO NOS CASOS EM QUE SEU SILÊNCIO PREJUDIQUE OU PONHA EM RISCO A SAÚDE DO TRABALHADOR OU DA COMUNIDADE”.

5- Por tudo quanto aqui foi exposto, cada vez mais nos convencemos de que se satisfizemos a pretensão do DETRAN, em fornecer-lhe as fichas médicas individuais de candidatos examinados e não apenas os laudos conclusivos, estaremos ofendendo o Código de Ética, laborando contra o sagrado dever de conservar o necessário segredo profissional, mostrando-se irrelevante o processo usado ou o destinatário do encaminhamento de tal informação.

6- Em vista disso, requeremos os bons ofícios de V.Sª. no sentido de responder-nos a presente consulta, para embasar-nos seu procedimento sobre a questão. ”

PARECER

O exercício da Medicina remonta aos primórdios da civilização e apesar de sua evolução como ciência e mesmo diante da nova ordem social estabelecida no mundo, alguns princípios ainda permanecem alicerçando a profissão médica. Esses princípios são a relação médico-paciente e o sigilo profissional, estabelecidos a partir de consciência e confiança.

Ensina Veloso de França que o silêncio exigido aos médicos tem a finalidade de impedir a publicidade sobre certos fatos conhecidos no exercício ou em face do exercício profissional, cuja desnecessária revelação traria prejuízos aos interesses morais e econômicos dos pacientes. A privacidade de um indivíduo é, pois, um ganho que consagra a defesa da liberdade e a segurança das relações íntimas, por princípio constitucional e por privilégio garantido na conquista da cidadania.

O médico perito examinador, credenciado pelo órgão executivo estadual do trânsito, ao registrar em prontuário informações médicas colhidas do candidato periciado na relação médico-paciente, tem o dever ético de ser o fiel depositário dessas informações e deve manter a guarda do prontuário conforme previsão legal existente. O mesmo se aplica às clínicas credenciadas como pessoa jurídica e nesse caso a responsabilidade da guarda caberá ao diretor médico, prevista em conformidade com a lei.

Grande número de pareceres do Conselho Federal de Medicina e de seus regionais já estabeleceram ao longo desses anos, doutrinariamente, esse entendimento, além de o mesmo estar previsto em outros diplomas legais, inclusive na Carta Magna do país.

As constantes solicitações, por instituições e autoridades, de prontuários ou informações guardadas pelo sigilo profissional, quase sempre utilizando o instituto da chamada justa causa, levaram o CFM a aprovar, em agosto de 2000, o parecer n.º 22, que serviu de fundamentação para a emissão da Resolução CFM n.º 1605/2000, de 15/9/2000.

Transcrevo in verbis a Ementa do referido parecer:

EMENTA: É dever ético e legal do médico manter sigilo quanto ao prontuário do paciente, só o podendo revelar com autorização expressa deste ou seu representante legal. Disposições instituídas no resguardo do direito do paciente. Constituição Federal. Código de Ética Médica. A requisição, mesmo judicial, que implique retirada do prontuário do hospital, constitui coação ilegal. Precedentes jurisprudenciais, inclusive do STF. Em se tratando de investigação de crime de ação pública incondicionada, é cabível, no resguardo do interesse social e desde que não implique procedimento criminal contra o paciente, pôr-se o prontuário à disposição, para exame por perito legista, restrito aos fatos sob investigação e não sobre o conteúdo do prontuário, e sob sigilo pericial. Revogação da Resolução CFM n.º 999/80."

O dever legal autoriza a quebra do sigilo em situações que encontram disciplina específica na legislação.

A justa causa, por sua vez, não vem estabelecida em nenhum diploma legal. Ela se baseia na existência e estado de necessidade, quando dois interesses se confrontam, devendo um ser sacrificado em benefício do outro. No entanto, os limites são amplos e algumas vezes imprecisos.

Outra situação prevista no artigo 102 do Código de Ética e também na resolução, é a autorização pelo paciente.

No caso em tela, não há dever legal no fornecimento do prontuário. A Resolução CONTRAN nº 80/98 não faz nenhuma referência ao fornecimento irrestrito dos prontuários médicos aos setores administrativos dos Departamentos Estaduais de Trânsito.

Portanto, o médico examinador ou diretor médico responsável por clínicas de exames de aptidão física e mental para candidatos condutores de veículos poderão disponibilizar apenas o resultado do exame, informando a aptidão ou não do candidato. Outras informações relacionadas às anotações do ato pericial, lançadas no prontuário, somente poderão ser divulgadas com a anuência do periciado ou por justa causa estabelecida através do devido processo e requisitada somente pela direção médica dos Detrans, devidamente fundamentada.

Qualquer outra situação, além de antiética é ilegal e, em algumas circunstâncias, até mesmo inconstitucional.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 29 de agosto de 2002.

Ricardo Fróes Camarão
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 3299/2002
Parecer CFM Nº. 06/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/01/2003

Correção:

Pedimos desculpas ao colega Dr. Keithe de Jesus Fontes pelo erro de correção nos "Arquivos v.22- nº 86 - Abr/Jun-2005 pág. 90/91 onde se lê Delegada Relatora CRMPR deve ser lido "Delegado Relator CRMPR".

PRONTUÁRIO MÉDICO

**UMA SEGURANÇA PARA
OS MÉDICOS CULTOS E
CONSCIENCIOSOS.**

**UMA AMEAÇA CONSTANTE
PARA OS AUDAZES SEM
ESCRÚPULOS, OS
IGNORANTES INCORRIGÍVEIS.**

**UMA BARREIRA
INTRANSPONÍVEL CONTRA
AS RECLAMAÇÕES E OS
CAPRICHOS DOS CLIENTES
DESCONTENTES.**

LACASSAGNE

PROJETO DE PESQUISA - DIAGNÓSTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL DE ANEUPLODIAS CROMOSSÔMICAS

Pedro Pablo Magalhães Chacel*

EMENTA: Não fere o CEM projeto de pesquisa que não desobedece o contido na Resolução CFM nº 1.358/92.

Palavras-chave: diagnóstico pré-implantacional, aneuploidias cromossômicas, projeto de pesquisa, CONEP, embriões, consentimento informado

RESEARCH PROJECT- PREIMPLANTATIONAL DIAGNOSIS OF CHROMOSOME ANEUPLOIDIES

Key words: preimplantational diagnosis, chromosomes aneuploidies, research project, CONEP, embryos, informed consent

HISTÓRICO

Em 20 de setembro de 2002, recebe o Conselho Federal de Medicina a carta nº 739/CONEP/CNS/MS, firmada pelo dr. W.S.H., com o seguinte texto:

“Tendo em vista o recebimento, para apreciação do projeto de pesquisa “Diagnóstico pré-implantacional de aneuploidias cromossômicas”, Registro CONEP Nº 4.490 (em anexo), e considerando a excepcionalidade do mesmo, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP deliberou por solicitar a manifestação desse douto Conselho à luz da Resolução CFM nº 1.358/92.

Segue também o parecer inicial da CONEP (Parecer nº 1.418/2002) ao referido projeto.”

O Parecer nº 1.418/2002, analisando o protocolo de pesquisa, faz as seguintes considerações:

1) Do ponto de vista técnico, o projeto de pesquisa parece bem elaborado, incorporando aperfeiçoamentos sugeridos pelo CEP. Uma falha grave, porém, é que no corpo do projeto não há nenhuma discussão das questões éticas que os procedimentos propostos levantam. A Resolução CNS nº 196/96 refere no item VI.2.d a análise de riscos e benefícios como parte do protocolo e a Declaração de Helsinque cita que: “O protocolo de pesquisa deve sempre incluir uma apresentação

* Conselheiro Relator CFM.

das considerações éticas envolvidas e demonstrar que a pesquisa proposta está em conformidade com os princípios enunciados nesta declaração". A título de exemplo: o estatuto do embrião, a eticidade de experimentação em embriões humanos à luz da legislação brasileira atual e orientações do Conselho Federal de Medicina; o destino dos embriões considerados deficientes e que não serão implantados; a discriminação do sexo do embrião a ser implantado; o direito ou não de negar vida a um embrião por ser potencialmente portador de uma enfermidade que poderia afetar sua qualidade de vida;

2) A bibliografia técnica parece ser adequada, mas há uma ausência total de qualquer bibliografia referente às questões éticas levantadas pela pesquisa;

3) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está totalmente inadequado. Ao invés de apresentar, em linguagem clara e acessível, o que se pretende fazer, com os riscos e benefícios para o embrião e para os pais (pai e mãe), apresenta-se um roteiro e pede-se ao sujeito da pesquisa uma declaração de que foram esclarecidas certas condições, sem no entanto explicitá-las. Não basta um roteiro; é preciso apresentar conteúdos. Portanto, é necessário que a pesquisadora redija, em linguagem simples e acessível, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Res. CNS nº 196/96, item IV, incluindo em documento único as informações pertinentes de forma clara e precisa, garantia de confidencialidade sobre a origem dos dados, contatos dos pesquisadores, formas de ressarcimento e, principalmente, formas de retorno – aconselhamento – para os sujeitos envolvidos;

4) Da forma como está colocada, esta é uma pesquisa realizada apenas para se obter conhecimento e realizar um curso de mestrado? Não se prevê nenhum tipo de retorno para os "pais", como inserção no procedimento de rotina do Centro de Reprodução Humana da Maternidade Sinhá Junqueira, nem benefícios para as mulheres/casais envolvidos, como aconselhamento, por exemplo?;

5) Não há nenhuma forma de esclarecimento, no protocolo, sobre as mulheres/casais que poderiam fazer parte da pesquisa. É importante a definição de critérios de inclusão e exclusão, como delimitação das pessoas envolvidas, como por exemplo: idade das mulheres, história de abortamentos recorrentes, mulheres a partir do 3º ciclo de fertilização, etc., que estivessem dispostas a realizar o Diagnóstico Pré-Implantacional – DGPI

DISCUSSÃO

O parecer da CONEP chama a atenção para o fato de não existir uma discussão das questões éticas que os procedimentos propostos levantam. A Resolução CNS nº 196/96 entende como fundamentais na pesquisa a autonomia, isto é, o consentimento livre e esclarecido; a análise de riscos e benefícios, ou seja, o princípio da beneficência/não-maleficência; e o princípio de justiça e equidade, onde fique caracterizada sua relevância social, com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização dos ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

O parecer da CONEP ressalta a inexistência de bibliografia referente às questões éticas levantadas para a pesquisa. Explica-se: na maioria dos países desenvolvidos, onde a pesquisa médica e biológica está mais avançada, o aborto é permitido. Não há, portanto, por parte dessas sociedades, uma preocupação ética sobre a escolha e seleção dos embriões a serem implantados, nem sobre o descarte de embriões excedentes. A prática de preservação de embriões congelados fixa-se na possibilidade de sua implantação caso uma implantação prévia não tenha surtido efeito ou novo processo gestacional seja desejável. Não é uma preocupação com possíveis direitos do embrião congelado em etapa de blastocisto. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pode ser melhor detalhado, garantindo que as pessoas envolvidas estejam plenamente conhecedoras dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, garantia de confidencialidade sobre a origem dos dados, contatos dos pesquisadores, formas de ressarcimento e formas de retorno-aconselhamento para os sujeitos envolvidos. Também deve ser explicitado um detalhamento do processo de inclusão/exclusão dos casais envolvidos na pesquisa. Será a pesquisa realizada apenas para se obter conhecimento e realizar apenas um curso de mestrado? Parece-me que, inicialmente, é uma pesquisa para a obtenção de conhecimento. Só o futuro dirá se estes conhecimentos obtidos terão aplicação prática em processos de fertilização "in vitro".

Não há no Brasil, até hoje, lei específica sobre este tema. Existe a Resolução CFM nº 1.358/92, que determina as normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida.

Textualiza:

Em seus Princípios Gerais:

3 – O consentimento informado será obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado deverá ser redigido em formulário especial e só estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil.

4 – As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

Em VI – Diagnóstico e Tratamento de Pré-Embriões

As técnicas de RA também podem ser utilizadas na preservação de embriões e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, quando perfeitamente indicadas e com suficientes garantias de diagnóstico e terapêutica.

1 – Toda intervenção sobre pré-embriões "in vitro" não poderá ter outra finalidade que não a avaliação de sua viabilidade ou detecção de doenças hereditárias, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

Como se vê em 4, está permitida uma forma de seleção do pré-embrião quando se tratar de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que vai nascer. Em VI, trata de doenças genéticas e hereditárias, não se referindo ao sexo.

Esta seleção do pré-embrião existe na prática, de maneira empírica, já que normalmente os pré-embriões disponíveis para implantação são rejeitados quando não chegam a blastocisto ou quando apresentam alto índice de fragmentação ou assimetria dos blastômeros.

Não se caracteriza o descarte de pré-embriões, apenas uma não-utilização dos mesmos, como aliás de tantos outros, que muito provavelmente jamais serão utilizados para implantação.

Acredito que uma seleção científica dos pré-embriões em substituição à seleção puramente empírica hoje praticada poderá, no futuro, melhorar os resultados obtidos com as técnicas de reprodução assistida, alcançando-se, quem sabe, maiores índices de êxito com a implantação de um número menor de pré-embriões, bem como permitirá melhor embasamento científico na informação e aconselhamento de casais.

Entendo que o projeto de pesquisa apresentado não desobedece à Resolução CFM nº 1.358/92, não ferindo, portanto, o Código de Ética Médica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 17 de outubro de 2002.

Pedro Pablo Magalhães Chacel
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 5078/2002
Parecer CFM Nº. 55/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/11/2002

BIOÉTICA

EUTANÁSIA É APROVADA POR 78% DOS ALEMÃES

Berlim - Os meios de comunicação da Alemanha discutiram ontem uma pesquisa da revista "Stern" que apontou que 78% da população aprovam a eutanásia ativa. A proporção é alta, segundo o teólogo e médico Manfred Lütz, porque os alemães têm medo de depender de aparelhos para viver. A Sociedade Alemã em Prol da Morte com Dignidade defende que o direito à vida não impõe a obrigação a viver. Essa mensagem parece ganhar cada vez mais apoio popular no país.

Para Lütz, a situação não é interpretada como deveria. Ele rejeita a eutanásia, alegando que o medo da morte é importante por estar ligado à dignidade humana. O especialista alerta que o menosprezo aos valores sociais lembra o nazismo.

Transcrito da Gazeta do Povo de 09/11/05

DEPOIS NÃO DIGA QUE NÃO SABIA

Leia e Arquive

**“Arquivos do
Conselho Regional
de Medicina
do Paraná”**

NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO POR PLANO DE SAÚDE EM CIRURGIA REFRACTIVA

Rafael Dias Marques Nogueira*

EMENTA: O tratamento cirúrgico com Excimer Laser para correção de miopias abaixo de -7,00 dioptrias apresenta riscos e não acrescenta melhor acuidade visual ao paciente que o tratamento com óculos. Por ser considerado para fins estéticos, não é coberto por planos de saúde.

Palavras-chave: cobertura por plano de saúde, tratamento cirúrgico, exames para fins estéticos, oftalmologia

THE REFUSAL OF COVERAGE OF MEDICAL PROCEDURE BY MEDICAL HEALTH PLANS IN THE CASE OF REFRACTIVE SURGERY

Key words: health plan coverage, surgical treatment, exams with aesthetic purposes, ophthalmology

DA CONSULTA

O requerente informa que seu plano de saúde negou autorização a seu pedido para cirurgia refrativa com Excimer Laser. Ao ser questionado, informou-o que em função de critérios técnicos o rol de procedimentos do Ministério da Saúde define como grau para cobertura deste procedimento o valor maior ou igual a -7 dioptrias; como o segurado era portador de -5,50 dioptrias não estaria incluído neste critério.

Assim, solicita deste Conselho parecer sobre a definição destes "critérios técnicos", já que o CFM participou da Câmara de Saúde Suplementar da ANS. Pergunta também se este critério é válido apenas para planos de saúde, pois em caráter particular esta cirurgia é realizada em graus abaixo de -7,00 dioptrias.

PARTE EXPOSITIVA

No tratamento óptico das miopias são utilizados os seguintes recursos:

- lentes de cristais ou resinas, para óculos;
- lentes de contato rígidas ou gelatinosas;
- cirurgia refrativa com Excimer Laser;
- lentes intra-oculares (vários modelos).

O tratamento pelo uso de óculos é sem dúvida o de menor risco. Para graus menores que -7,00 dioptrias é também o que proporciona acuidade visual igual ou melhor que o tratamento cirúrgico.

* Conselheiro Relator Federal.

À proporção que a miopia ultrapassa -5,00 dioptrias, o tratamento com óculos sofre a influência de dois fenômenos ópticos: 1) distância vértice (distância entre a lente e o olho) e 2) minimização das imagens projetadas na retina decorrente de lente divergente.

O paciente míope tem seu plano focal localizado antes da retina, motivo pelo qual as lentes utilizadas para colocar este plano na retina serão divergentes. As lentes divergentes formam uma imagem virtual e menor que o objeto. Quanto maior o valor dióptrico da lente divergente, menor será o tamanho da imagem vista pelo paciente (minimização da imagem) e menor o campo visual do usuário. Por outro lado, quando uma lente divergente se afasta do olho, caso dos óculos, a distância vértice aumenta e seu poder dióptrico diminui, potencializando o efeito da minimização das imagens. Nos míopes, estes dois fenômenos diminuem a acuidade e no campo visual por tornarem as imagens cada vez menores. Ressalte-se que as alterações decorrentes destes fenômenos só começam a influir notadamente na visão a partir de -7,00 dioptrias, progredindo à proporção que o valor dióptrico da lente aumenta. Os tratamentos com lentes de contato, lentes intra-oculares e cirúrgico diminuem estes efeitos. Por isto, para graus acima de -7,00 dioptrias, estes tratamentos podem proporcionar uma acuidade e campo visual melhores do que os óculos.

O tratamento cirúrgico para míopes até -7,00 dioptrias, além de apresentar riscos, não oferece melhora visual em relação aos óculos.

Portanto, o tratamento cirúrgico em míopes até -7,00 dioptrias pode ser considerado como puramente estético, e é este o único fator que impulsiona o paciente por sua preferência.

CONCLUSÃO

Os critérios utilizados para estabelecer o parâmetro de -7,00 dioptrias como limite mínimo para cobertura pelos planos de saúde em cirurgia de miopia com Laser têm como base o seguinte:

1) para valores menores de -7,00 dioptrias o tratamento cirúrgico não tem indicação médica formal por trazer riscos para o paciente, sem acrescentar melhora visual em relação ao tratamento com óculos;

2) A cirurgia para valores abaixo de -7,00 dioptrias é puramente estética, podendo ser realizada em caráter particular. O art. 10, inciso II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (que regula planos de saúde), exclui os tratamentos para fins estéticos da cobertura pelos planos de saúde.

3) Para valores maiores que -7,00 dioptrias, o tratamento cirúrgico poderá proporcionar melhor acuidade visual do que os óculos, o que justificaria os riscos da cirurgia.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 18 de setembro de 2004.

Rafael Dias Marques Nogueira

Cons. Relator

Processo-Consulta CFM N.º. 515/2000

Parecer CFM N.º. 30/2004

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 06/10/2004

PRESENTES !!!



COLEGA:

*NÃO
PRESENTEIE
COM
ÁLCOOL
OU TABACO.*

SEJA CRIATIVO.

*VOCÊ
TAMBÉM É
RESPONSÁVEL.*

RECEITAS MÉDICAS TEM SUA FORMATAÇÃO DESCRITA EM LEI

Lei nº 13.556 - 14 de Maio de 2002

Publicado no Diário Oficial Nº 6230 de 15/05/2002

O Governador do Estado do Paraná:

Dispõe sobre obrigatoriedade de expedição de receitas médicas e odontológicas digitadas em computador, datilografadas ou escritas manualmente em letra de imprensa.

Art. 1º. Fica obrigatória a expedição de receitas médicas e odontológicas digitadas em computador, datilografadas ou escritas manualmente em letra de imprensa, forma ou caixa alta nos postos de saúde da rede pública e nos consultórios médicos e odontológicos particulares.

Parágrafo único. Fica obrigatório na expedição de receitas médicas e odontológicas, de acordo com o disposto no caput deste artigo, a indicação do nome do medicamento genérico ao receitado.

Art. 2º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973

Publicado em Diário Oficial da União

O Presidente da República:

Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá Outras Providências.

Capítulo VI – Do Receituário

Artigo 35 – Somente será aviada a receita:

a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;

b) que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;

c) que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional.

Parágrafo Único: O receituário de medicamentos entorpecentes ou a estes equiparados e os demais sob regime de controle, de acordo com a sua classificação, obedecerá às disposições da legislação federal específica.

Publicada no D.O.U.

RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM ESPECIALIDADE

Hélcio Bertolozzi Soares*

Palavras-chave: procedimentos e especialidades, título de especialidade, qualificação

RELATIONSHIP BETWEEN PROCEDURES AND SPECIALTIES

Key words: procedures and specialties, title of specialty, qualification

O Dr. F.M.D.C. formula consulta a este CRM nos seguintes termos:

"...

De alguns anos para cá, vem ocorrendo o seguinte:

- *Com o avanço da tecnologia surgiram alguns procedimentos que não existiam anteriormente, mas que não constituem uma especialidade Médica, pelo menos até onde sei. Alguns exemplos seriam: Vídeo Laparoscopia, Vídeo Histeroscopia Fetal. Temos também alguns procedimentos que já existiam anteriormente como: Colposcopia, Monitorização Fetal, Ultra Som, todos dentro da especialidade em questão.*

- *Acontece que muitos convênios passaram a exigir títulos de qualificação para que o médico possa realizar os exames acima mencionados.*

As minhas perguntas são:

- *Estes exames estão ou não incluídos dentro da atividade médica?*
- *Estes exames podem ou não ser considerados como especialidade?*
- *Não ficaria por conta do profissional médico saber se está ou não capacitado a realizar determinado exame ou procedimento?*

..."

Quanto a consulta temos a aduzir:

Em resposta as suas perguntas e ponderações, entendemos que exames como a colposcopia, a tococardiografia fetal anteparto, a ecografia ginecobiétrica certamente se configuram como elementos do exame clínico do paciente. Todavia, ao se solicitar um destes exames, os mesmos deverão ser realizados por profissionais que além do título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia, serão habilitados em provas dentro destas áreas. Não se pode impedir de qualquer profissional realizar

* Conselheiro Relator CRM/PR.

estes exames, porém, por força contratual dos convênios estes apenas credenciarão os profissionais capacitados dentro destas áreas

As cirurgias endoscópicas, deverão ganhar o mesmo comportamento por parte destas entidades médico-seguradoras, ganham campo em comparação com as cirurgias convencionais pela sua diminuição de morbidade, menor tempo de internação hospitalar, menor tempo de afastamento do trabalho, requerendo para seu exercício aprendizado específico.

Os eventuais questionamentos jurídicos e/ou ético-profissionais considerados como factíveis de penalidades, na ausência desta titulação, poderão servir de agravo durante a avaliação.

Acredito na ética e no bom senso de nossos colegas, porém, não se pode generalizar, pois certamente, haverá incorreções neste posicionamento.

É o parecer.

Curitiba, 17 de janeiro de 2002.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Relator

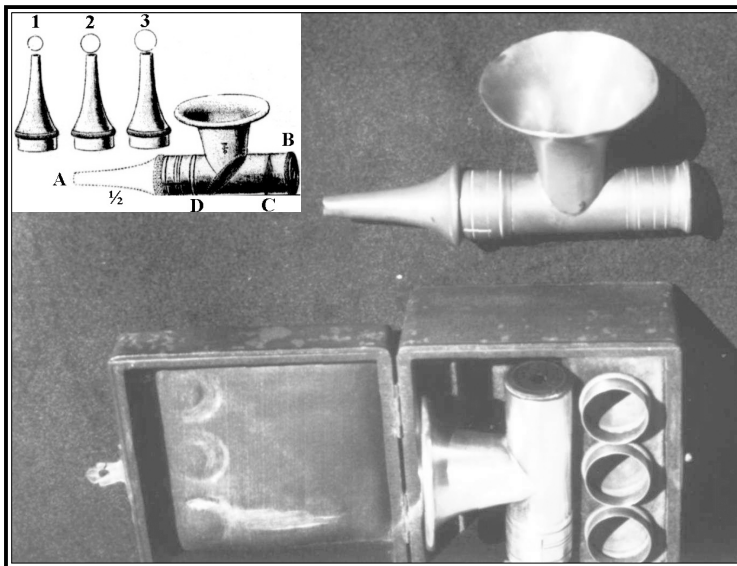
Processo-Consulta CRMPR Nº. 189/1999
Parecer CFM Nº. 1396/2002
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/01/2002

JUSTIÇA

MÉDICO NEGA SEDUÇÃO

Washington (EFE) – Uma mulher processou um médico de Oregon pedindo indenização de US\$ 4 milhões, porque o especialista a teria convencido de que fazer sexo com ele curaria sua dor nas costas. O médico Randall Smith admite ter tido relações sexuais com a mulher, cujo nome não foi divulgado, mas alega que ela deu seu consentimento. O fato em questão aconteceu em 2003, quando Smith tinha 50 anos e a mulher, 47. Supostamente, o osteopata convenceu a paciente de que a massagem de seus “pontos ativos” na região pélvica serviria para diminuir a dor nas costas. A paciente repetiu o tratamento e acabou mantendo relações sexuais com o médico. Smith teve sua licença para exercer a medicina suspensa por usar notas fiscais falsas.

Transcrito da Gazeta do Povo de Outubro/2005



ESPÉCULO AUDITIVO (1920/1930) AURISCÓPIO DE BRUNTON

Peça de metal prateada com 3 espéculos produzida pela empresa alemã "Aesculapives".

Este interessante e engenhoso instrumento se destinava a exame pelo espelho, das condições do canal auditivo e tímpano (A) através do orifício visor na extremidade oposta (B). Após o visor uma lente (C) da aumento à imagem da outra ponta (A).

Com pouca iluminação dentro do canal, foi adaptado na parte superior e medial outro semi-espéculo, com comunicação e iluminação ao canal do tubo.

A iluminação incidia sobre um espelho inclinado, direcionando a luz refletida para a extremidade timpânica (A).

Um orifício no centro o espelho, em linha reta entre as duas extremidades, permitia no visor (B) uma imagem satisfatória para diagnóstico do local em estudo.

Posteriormente surgiram instrumentos com luz própria.

Doação: família do Dr. José Lacerda Guimarães – formado no Rio de Janeiro em 1924.

Palavras-chave -especulo auditivo, otologia, história da medicina, auriscópio de Brunton
Key-words - hearing speculum, otology, history of medicine, Brunton's auriscope

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

ÍNDICE REMISSIVO 2005

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES. NÚMEROS 85 À 88/2005

OBSERVAÇÕES

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

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Aborto				
Argentina	86	83	2005	22
Boletim de ocorrência	86	90	2005	22
Boletim de ocorrência	86	110	2005	22
Código penal	86	110	2005	22
Consentimento paterno	86	85	2005	22
Discriminalização	86	83	2005	22
Dispensa de registro	86	110	2005	22
Exigência do CFM	86	90	2005	22
Justiça nega aval no USA	86	85	2005	22
Legalização	88	194	2005	22
Lei autoriza	86	93	2005	22
Limite legal	86	93	2005	22
Ministro defende	86	83	2005	22
Negativa médica	86	90	2005	22
Parlamento Iraniano	86	93	2005	22
Pedido de menina de 13 anos	86	85	2005	22
Plebiscito	88	194	2005	22
Projeto de lei	88	194	2005	22
Prisão perpétua	87	171	2005	22
Terrorista	87	171	2005	22
Acupuntura				
Ato médico	87	162	2005	22
Dúvidas sobre indicação	87	162	2005	22
Exame médico	87	162	2005	22
Indicação médica	87	162	2005	22
Por outro profissional	87	162	2005	22
Admissão hospitalar				
Condições sociais	87	143	2005	22
Conselho Regional de medicina	87	143	2005	22
Critérios em regimento interno	87	143	2005	22
Limite de profissionais	87	143	2005	22
No corpo clínico	87	143	2005	22
Recusa de admissão	87	143	2005	22
Veto do corpo clínico	87	143	2005	22
Agendamento de consulta				
Emergência	88	212	2005	22
Extra / encaixe	88	212	2005	22
Ética	88	212	2005	22
Não agendada	88	212	2005	22
Relação médico-paciente	88	212	2005	22
Respeito	88	212	2005	22
Agendar				
Direitos e deveres	85	23	2005	22
Discriminar	85	23	2005	22

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Paciente previdenciário/convênio/ Cooperativa/SUS	85	23	2005	22	Atendimento médico	88	212	2005	22
Priorizar	85	23	2005	22	Agendamento	88	205	2005	22
Privilegiar	85	23	2005	22	Atestado de Óbito	85	08	2005	22
Vaga	85	23	2005	22	Autorização	85	08	2005	22
Albuquerque, Antonio Celso Cavalcanti					Fornecimento	85	08	2005	22
Artigo	86	113	2005	22	Morte	85	08	2005	22
Artigo	87	135	2005	22	Necrópsia	85	08	2005	22
Artigo	87	137	2005	22	Necrópsia	88	205	2005	2
Artigo	87	145	2005	22	Resol. CFM Nº 1601/2000	85	08	2005	22
Artigo	87	148	2005	22	Resolução CFM nº 1081/1982 (Revogada)	88	205	2005	22
Artigo	87	168	2005	22	Resolução CFM nº 1601/2000	88	205	2005	22
Artigo	88	201	2005	22	Ver Declaração de Óbito	00	00	00	00
Alexandre Gustavo Bley					Ver Serviço de Verificação de óbito	00	00	00	00
Artigo	85	40	2005	22	Atestado médico				
Artigo	86	106	2005	22	Aceite	86	88	2005	22
A.M.B					Atestado de nascimento/academia	87	152	2005	22
Ver áreas de atuação	87	117	2005	22	Boa fé	86	88	2005	22
Andrade, Edson de Oliveira					Código de Saúde do Paraná	87	152	2005	22
Artigo	85	23	2005	22	Médico do trabalho	86	88	2005	22
Anestesiologista					Padronização	86	88	2005	22
Contraste	85	55	2005	22	Recusa	86	88	2005	22
Em exame de ressonância	85	55	2005	22	Responsabilidade médica	87	152	2005	22
Em exame de tomografia	85	55	2005	22	Tempo de validade	87	152	2005	22
Presença obrigatória	85	55	2005	22	Várias necessidades	87	152	2005	22
Aneuploidias cromossômicas					Atravessadores na medicina				
Diagnóstico pré-implantacional	88	219	2005	22	Escolha de médico credenciado	86	108	2005	22
Pesquisa	88	219	2005	22	Atribuições				
Resolução CFM nº 1358/1992 (CONEP)	88	219	2005	22	Plantonista	87	133	2005	22
Anti abortista					Pronto socorro	87	133	2005	22
Prisão perpétua	87	171	2005	22	Resolução CFM 1451/1995	87	133	2005	22
Terrorista	87	171	2005	22	Audiometria				
Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque					Médico não especialista	85	41	2005	22
Artigo	86	113	2005	22	Otologista	85	41	2005	22
Artigo	87	135	2005	22	Perícia	85	41	2005	22
Artigo	87	137	2005	22	Auditoria				
Artigo	87	145	2005	22	Do próprio paciente	86	108	2005	22
Artigo	87	148	2005	22	Enfermidade pré-existente	86	108	2005	22
Artigo	87	168	2005	22	Fraude	86	108	2005	22
Artigo	87	168	2005	22	Omissão de informação	86	108	2005	22
Artigo	88	201	2005	22	Sigilo	86	108	2005	22
Antonio Cesar Marson					Tempo de enfermidade	86	108	2005	22
Artigo	87	160	2005	22	Auditoria médica				
Antonio Góes					Autorização	85	19	2005	22
Artigo	86	111	2005	22	Convênios	85	19	2005	22
Antonio Gonçalves Pinheiro					Diretor médico	85	19	2005	22
Artigo	85	48	2005	22	Exigências	85	19	2005	22
Áreas de atuação					Licença de pedido	85	19	2005	22
Convênio CFM/AMB/CNRM	87	117	2005	22	Objetivos	85	19	2005	22
Especialidades	87	117	2005	22	Procedimento	85	19	2005	22
Normas reguladoras	87	117	2005	22	Retirada de prontuário	85	19	2005	22
Resolução CFM nº 1634/2000	87	117	2005	22	Sigilo médico	85	19	2005	22
Resolução CFM nº 1763/2005	87	117	2005	22	Autonomia				
Arquivo					Cesariana	85	44	2005	22
Destruição	87	137	2005	22	Relação médico/paciente	85	44	2005	22
Entrega de prontuário	87	137	2005	22	Autorização				
Médico falecido	87	137	2005	22	Auditoria médica	85	19	2005	22
Troca de titularidade	87	137	2005	22	Diretor médico	85	19	2005	22
Artigo irregular					Prévia	85	19	2005	22
Anvisa	86	81	2005	22	Prontuário	85	19	2005	22
Normas técnicas	86	81	2005	22	Sigilo médico	85	19	2005	22
Publicação	86	81	2005	22	Auxiliar em cirurgia				
Atendimento					Estudante	87	148	2005	22
Direitos e deveres	85	03	2005	22	Honorários	87	148	2005	22
Falta de recursos	86	98	2005	22	Instrumentador cirúrgico	87	148	2005	22
Médico	85	03	2005	22	Bertol, Romeu				
Paciente psiquiátrico	85	03	2005	22	Artigo	87	158	2005	22
Prontuário	86	98	2005	22	Bioética				
Recusa de assistência	86	98	2005	22	Aprovação em 78% na Alemanha	88	222	2005	22
Recusa de terapêutica	86	98	2005	22	Célula tronco	86	76	2005	22
Resolução CFM Nº 1598/2000	85	03	2005	22	Cesariana	85	44	2005	22
Responsabilidade	85	03	2005	22	Ética	86	76	2005	22
Atendimento duplo					Eutanásia ativa	88	222	2005	22
Acomodação em quarto	86	104	2005	22	Feto em mãe com morte encefálica	86	96	2005	22
Em U.T.I.	86	104	2005	22	Genética	86	76	2005	22

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Gestante com morte encefálica	86	96	2005	22	Cesariana				
Laqueadura	85	44	2005	22	A pedido	85	44	2005	22
Morte encefálica	86	96	2005	22	Autonomia médica	85	44	2005	22
Morte com dignidade	88	222	2005	22	Bioética	85	44	2005	22
Sociedade alemã em prol da	88	222	2005	22	Decisão	85	44	2005	22
Bley, Alexandre Gustavo					Indicação	85	44	2005	22
Artigo	85	40	2005	22	Laqueadura	85	44	2005	22
Artigo	86	106	2005	22	Motivo	85	44	2005	22
Boletim de ocorrência					Remuneração	85	44	2005	22
Aborto	86	91	2005	22	Chacel, Pedro Pablo Magalhães				
Dispensa	86	110	2005	22	Artigo	88	219	2005	22
Exigência	86	110	2005	22	Cirurgia				
Exigência do CFM	86	91	2005	22	Hidronefrose pelo SUS	86	94	2005	22
Negativa médica	86	91	2005	22	Indicação	86	94	2005	22
Para aborto	86	110	2005	22	Procedimento	86	94	2005	22
Braga Filho, Carlos Ehlke					Responsabilidade	86	94	2005	22
Artigo	86	76	2005	22	Tabela SUS	86	94	2005	22
Artigo	86	84	2005	22	Técnica ultrapassada	86	94	2005	22
Artigo	86	88	2005	22	Terapêutica	86	94	2005	22
Artigo	86	108	2005	22	Classificação				
Artigo	87	143	2005	22	Adoção	85	11	2005	22
Artigo	87	154	2005	22	Hierarquizada	85	11	2005	22
Artigo	87	164	2005	22	Implantação	85	11	2005	22
Artigo	87	168	2005	22	Normalização	85	11	2005	22
Artigo	88	205	2005	22	Procedimento médico	85	11	2005	22
Burkiewicz, Raquela Rotta					Resolução CFM Nº 129/2004	85	11	2005	22
Artigo	87	152	2005	22	Classificação de UTI				
Artigo	87	166	2005	22	Normas regulamentadoras	87	160	2005	22
Artigo	87	168	2005	22	Portaria GM/MS nº 3432/98	87	160	2005	22
Cadastramento					Portaria SESA nº 272/2001	87	160	2005	22
Discriminação	85	01	2005	22	Claudia Colluci				
Internação	85	01	2005	22	Artigo	86	111	2005	22
Leito	85	01	2005	22	Clínica de fisioterapia				
Prioridade	85	01	2005	22	Atividades básicas	87	145	2005	22
Resolução CRMPR Nº 128/2004	85	01	2005	22	Resolução	87	145	2005	22
UTI	85	01	2005	22	Fisioterapia	87	145	2005	22
Camarão, Ricardo Fróes					Medicina	87	145	2005	22
Artigo	88	214	2005	22	Parecer PC nº 47/89	87	145	2005	22
Campos, Marcos Menezes de Freitas					Responsabilidade médica	87	145	2005	22
Artigo	85	21	2005	22	C.N.R.M.				
Campos, Marília Cristina Milano					Áreas de atuação	87	117	2005	22
Artigo	87	156	2005	22	Especialidades	87	117	2005	22
Carimbo					Resolução CFM nº 1634/2002	87	117	2005	22
Paciente internado	85	37	2005	22	Resolução CFM nº 1763/2005	87	117	2005	22
Prescrição de medicamento	85	37	2005	22	Cobertura por plano de saúde				
Prontuário hospitalar	85	37	2005	22	Alegação difuir estéticos	88	224	2005	22
Cardiologia					Cirurgia refrativa	88	224	2005	22
Eletrocardiograma	85	40	2005	22	Tratamento cirúrgico negativo	88	224	2005	22
Não especialista	85	40	2005	22	Código de ética				
Carlos Ehlke Braga Filho					Artigo	86	76	2005	22
Artigo	86	76	2005	22	Conselho Regional de Medicina	86	76	2005	22
Artigo	86	84	2005	22	Ensino da ética	86	76	2005	22
Artigo	86	88	2005	22	Escola médica	86	76	2005	22
Artigo	86	108	2005	22	Filosofia	86	76	2005	22
Artigo	87	143	2005	22	Responsabilidade moral	86	76	2005	22
Artigo	87	154	2005	22	Código de Ética Médica				
Artigo	87	164	2005	22	Atestado de óbito	85	08	2005	22
Artigo	87	168	2005	22	Declaração de óbito	85	08	2005	22
Artigo	88	205	2005	22	Morte fetal	85	08	2005	22
Carlos Roberto Goytacaz Rocha					Morte natural c/assist. médica	85	08	2005	22
Artigo	85	19	2005	22	Morte natural s/assist. médica	85	08	2005	22
Artigo	86	102	2005	22	Necropsia	85	08	2005	22
Cavalcanti, Silo Tadeu S. de Holanda					Colluci, Claudia				
Artigo	85	37	2005	22	Artigo	86	111	2005	22
Célula Tronco					Coma				
Alfa e Ômega	86	57	2005	22	Consciente	88	200	2005	22
Artigo	86	57	2005	22	Durante 2 anos	88	200	2005	22
Benefício	86	57	2005	22	Profundo	88	200	2005	22
Conflito	86	57	2005	22	Comércio				
Embrião	86	57	2005	22	Escolha de aparelho, instrumento	86	96	2005	22
Ética	86	57	2005	22	Ética da escolha de marca	86	96	2005	22
Genética	86	57	2005	22	Licitação	86	96	2005	22
Monografia	86	57	2005	22	Material cirúrgico	86	96	2005	22
Reduccionismo	86	57	2005	22	Vantagem ou ganho pessoal	86	96	2005	22

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Comissão permanente de avaliação de documentos					Cuidado				
Decreto 1799/96	86	106	2005	22	Atendimento	85	03	2005	22
Lei nº 5433/68	86	106	2005	22	Direitos/Deveres	85	03	2005	22
Prontuário	86	106	2005	22	Médico	85	03	2005	22
Resolução CFM nº 1639/02	86	106	2005	22	Paciente	85	03	2005	22
Composição					Psiquiátrico	85	03	2005	22
Câmara	85	13	2005	22	Resolução CFM Nº 1598/2000	85	03	2005	22
Ética	85	13	2005	22	Responsabilidade	85	16	2005	22
Julgamento	85	13	2005	22	Responsabilidade médica	85	03	2005	22
Tribunal	85	13	2005	22	Riscos	85	16	2005	22
Comunicação					Transferência paciente	85	16	2005	22
Autopromoção	88	177	2005	22	Vaga hospitalar	85	16	2005	22
Concorrência desleal	88	177	2005	22	Cumprimento de função				
Dever de informar	88	177	2005	22	Chefia	87	158	2005	22
Divulgação/Difusão	88	177	2005	22	Responsabilidade médica	87	158	2005	22
Ética	88	177	2005	22	Curso de optometria				
Imprensa	88	177	2005	22	Proibido de consultar, prescrever e cobrar	87	149	2005	22
Internet	88	177	2005	22	Publicar aviso na imprensa	87	149	2005	22
Jornalismo	88	177	2005	22	Declaração de Óbito				
Limites	88	177	2005	22	Código de Ética Médica	85	08	2005	22
Médica e Mídia	88	177	2005	22	Fornecimento	85	08	2005	22
Mercosul	88	177	2005	22	Instituto Médico Legal	85	08	2005	22
Publicidade	88	177	2005	22	Morte	85	08	2005	22
Sensacionalismo	88	177	2005	22	Morte natural c/assist. médica	85	08	2005	22
Conceito					Morte natural s/assist. médica	85	08	2005	22
Área de atuação	87	117	2005	22	Morte fetal	85	08	2005	22
Período pós operatório tardio	88	207	2005	22	Morte violenta ou não natural	85	08	2005	22
Conflito					Necropsia	85	08	2005	22
Enfermagem-médico	87	150	2005	22	Paciente ambulatorial/internado	85	08	2005	22
Enfermagem-obstetrícia	87	150	2005	22	Resol. CFM Nº 1601/2000	85	08	2005	22
Interprofissional	87	150	2005	22	Responsabilidade	85	08	2005	22
Conselho Regional de Medicina					Ver Atestado de Óbito	00	00	00	00
Artigo	86	76	2005	22	Ver Serviço de Verificação de óbito	00	00	00	00
Código de ética	86	76	2005	22	Denúncia				
Ensino da ética	86	76	2005	22	Tráfego de órgãos	87	138	2005	22
Escola médica	86	76	2005	22	Departamento de fiscalização				
Filosofia	86	76	2005	22	Ação fiscalizadora do CRM	88	191	2005	22
Responsabilidade moral	86	76	2005	22	Normas de fiscalização	88	191	2005	22
Consentimento					Resolução CFM nº 1613/2001	88	191	2005	22
Coação	85	28	2005	22	Despesa hospitalar				
Constrangimento	85	28	2005	22	Artigo 16 C.E.M.	86	102	2005	22
Documento	85	28	2005	22	Diretor técnico/clínico	86	102	2005	22
Justa causa/dever legal	85	28	2005	22	Interferência diretor técnico	86	102	2005	22
Médico	85	28	2005	22	Interferência na conduta médica	86	102	2005	22
Paciente	85	28	2005	22	Destruição				
Prontuário	85	28	2005	22	Falecido	87	137	2005	22
Sigilo/segredo	85	28	2005	22	Prontuário médico	87	137	2005	22
Consulta médica					Detran				
Agendamento	88	212	2005	22	Solicitação de prontuário médico	88	214	2005	22
Consulta extra (encaixe)	88	212	2005	22	Deus				
Emergencial	88	212	2005	22	Só a metade dos alemães creem	87	134	2005	22
Ética	88	212	2005	22	Dever				
Não agendada	88	212	2005	22	Agendar	85	23	2005	22
Respeito	88	212	2005	22	Consulta	85	23	2005	22
Convênio					Privilégio	85	23	2005	22
Angioplastia	86	90	2005	22	Digitização				
Áreas de atuação	87	117	2005	22	Armazenamento	86	106	2005	22
Auditoria médica	85	19	2005	22	Comissão permanente de avaliação de documentos	86	106	2005	22
Auditor	86	84	2005	22	Preservação	86	106	2005	22
CFM/AMB/CNRM	87	117	2005	22	Prontuário	86	106	2005	22
Credenciado do SUS	86	90	2005	22	Direito				
Emergência	86	90	2005	22	Agendar	85	23	2005	22
Especialidades	87	117	2005	22	Consulta	85	23	2005	22
Morte	86	90	2005	22	Dever	85	23	2005	22
Preenchimento de prontuário e outros documentos	86	84	2005	22	Diagnóstico	85	03	2005	22
Prontuário	85	19	2005	22	Internação	85	03	2005	22
Resolução CFM nº 1666/2005	87	117	2005	22	Paciente psiquiátrico	85	03	2005	22
Resolução CFM nº 1763/2005	87	117	2005	22	Privilegiar	85	23	2005	22
Sessão de hemodinâmica	86	90	2005	22	Tratamento	85	03	2005	22
Sigilo	85	19	2005	22	Vaga	85	23	2005	22
Corpo clínico					Direito de internar				
Ver regimento do corpo clínico	00	00	00	0	Corpo clínico	87	135	2005	22
					Médico	87	135	2005	22
					Paciente	87	135	2005	22

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Diretor clínico (técnico)					Emed, Luiz Sallim				
Cumprimento em escalas	86	86	2005	22	Artigo	85	50	2005	22
Dificuldades administrativas	86	86	2005	22	Artigo	86	94	2005	22
Dificuldades econômica hospitalar	86	86	2005	22	Artigo	86	96	2005	22
Passagem de plantão	86	86	2005	22	Artigo	87	139	2005	22
Responsabilidades em plantão	86	86	2005	22	Emergência hospitalar				
Diretor técnico (clínico)					Angiopatia	86	90	2005	22
Atendimento	86	102	2005	22	Credenciado do SUS	86	90	2005	22
Conduta	86	102	2005	22	Honorários	86	90	2005	22
Despesas hospitalares	86	102	2005	22	Morte	86	90	2005	22
Interferência em conduta médica	86	102	2005	22	Não conveniado	86	90	2005	22
Relação conflituosa	86	102	2005	22	Empresa privada				
Responsabilidade de chefia	86	102	2005	22	Brasindice	86	92	2005	22
Troca de médico	86	102	2005	22	Custo operacional	86	92	2005	22
Discriminação					Dentro do hospital	86	92	2005	22
Leito	85	01	2005	22	Discordância de valor	86	92	2005	22
Cadastramento	85	01	2005	22	Quimioterapia	86	92	2005	22
UTI	85	01	2005	22	Endereço				
Resolução CRM/PR Nº 128/2004	85	01	2005	22	Comunicação de mudança	86	110	2005	22
Doação de órgãos					Mudança e notificação	88	211	2005	22
Condição fetal	85	53	2005	22	Obrigaçao	88	211	2005	22
Decreto nº 2268, de 30/06/97, Art.9º	85	53	2005	22	Enfermagem				
Lei 9434, de 4/02/97	85	53	2005	22	Autonomia limitada	87	168	2005	22
Morte encefálica	85	53	2005	22	Causas de erro	87	161	2005	22
Órgão ideal	85	53	2005	22	Conflito legal	87	168	2005	22
Órgão não ideal/marginal	85	53	2005	22	Diagnóstico e exames	87	168	2005	22
Paciente gestante	85	53	2005	22	Medo de errar	87	161	2005	22
Documento					Não notificar erros	87	161	2005	22
Auditor	86	84	2005	22	Solução	87	161	2005	22
Carimbo	86	84	2005	22	Tribunal Regional Federal - DF	87	168	2005	22
Específico de convênio	86	84	2005	22	Enfermeira				
Fornecimento	85	28	2005	22	Autonomia de prescrever (limitada)	87	155	2005	22
Jurisprudência	85	28	2005	22	Autonomia limitada	87	168	2005	22
Nome legível	86	84	2005	22	Conflito legal	87	168	2005	22
Obrigatoriedade	86	84	2005	22	Constituição Federal, artigo 5º, inciso XIII	87	155	2005	22
Preenchimento	86	84	2005	22	Decreto nº 50387/61	87	168	2005	22
Prontuário	85	28	2005	22	Diagnóstico e exames	87	168	2005	22
Prontuário	86	84	2005	22	Lei nº 7498/86	87	168	2005	22
Resumo de alta	86	84	2005	22	Lei nº 3999/61	87	168	2005	22
Sigilo	85	28	2005	22	Prescrição	87	168	2005	22
Documentos					Resolução CONEM nº 271/2002 (Sustar efeito parcial)	87	155	2005	22
Agenda	87	135	2005	22	Resolução CRM nº 271/02	87	168	2005	22
Destruição	87	135	2005	22	Tribunal Regional Federal - DF	87	155	2005	22
Entrega	87	135	2005	22	Tribunal Regional Federal - DF	87	168	2005	22
Ficha	87	135	2005	22	Enfermeira obstétrica				
Médico falecido	87	135	2005	22	Conflitos de atendimento	87	150	2005	22
Prontuário	87	135	2005	22	Conflitos médico-enfermagem	87	150	2005	22
Donizetti Dimer Giamberardino Filho					Responsabilidade de enfermeira	87	150	2005	22
Artigo	87	172	2005	22	Responsabilidade médica	87	150	2005	22
Edson de Oliveira Andrade					Enfermeiro				
Artigo	85	23	2005	22	Proibido prescrever medicamento S.T.J.	86	110	2005	22
Eduardo Murilo Novak					Enfermidade pré-existente	86	110	2005	22
Artigo	88	177	2005	22	Auditoria	86	108	2005	22
Ehrenfried Othmar Wittig					Fraude	86	108	2005	22
Artigo	85	56	2005	22	Informar o tempo	86	108	2005	22
Artigo	86	116	2005	22	Sigilo	86	108	2005	22
Artigo	87	176	2005	22	Ensino médico				
Artigo	88	231	2005	22	Artigo	86	76	2005	22
Eletrocardiógrafo 1950					Ensino da ética	86	76	2005	22
História da medicina	87	176	2005	22	Escola médica	86	76	2005	22
Eletrocardiograma					Filosofia	86	76	2005	22
Assinatura	85	40	2005	22	Responsabilidade moral	86	76	2005	22
Cardiologista	85	40	2005	22	Errata				
Especialidade	85	40	2005	22	Na pág. 236-237, nº 84 ano 2004, vol. 21	85	48	2005	22
Laudos	85	40	2005	22	Corrigida na pág. 50-51, nº 85 ano 2005, vol. 22	85	48	2005	22
Não especialista	85	40	2005	22	Na pág. 90-91, nº 86 ano 2005, vol. 22	85	48	2005	22
U.T.I.	85	40	2005	22	Corrigida na pág. 217, nº 88 ano 2005, vol. 22	85	48	2005	22
Eleusés Vieira de Paiva									
Artigo	86	110	2005	22					
Embrão									
Artigo	86	76	2005	22					
Bioética	86	76	2005	22					
Célula tronco	86	76	2005	22					
Ética	86	76	2005	22					
Genética	86	76	2005	22					
Monografia	86	76	2005	22					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Escalas de plantão					Exame complementar				
Cumprimento de normas	86	86	2005	22	Laudos	88	201	2005	22
Dificuldades administrativas	86	86	2005	22	Resolução CFM nº 1642/2002	88	201	2005	22
Passagem de plantão	86	86	2005	22	Revelação de resultado	88	201	2005	22
Responsabilidade do Diretor Médico ou clínico	86	86	2005	22	Sigilo médico	88	201	2005	22
Escola médica					Tabelas de remuneração	88	201	2005	22
Ensino da ética	86	76	2005	22	Exame laboratorial				
Ensino médico	86	76	2005	22	Laudos	88	201	2005	22
Filosofia	86	76	2005	22	Resolução CFM nº 1642/2002	88	201	2005	22
Responsabilidade moral	86	76	2005	22	Revelação de resultados	88	201	2005	22
Escolha					Sigilo médico	88	201	2005	22
Marca comercial	86	96	2005	22	Tabelas de remuneração	88	201	2005	22
Especialidade					Extra				
Áreas de atuação	87	117	2005	22	Consulta emergencial	88	212	2005	22
Convênio CFM/AMB/CNRM	87	117	2005	22	Consulta não agendada	88	212	2005	22
Diferente especialidade	87	142	2005	22	Respeito e ética	88	212	2005	22
Novas	87	117	2005	22	Fabio Biscegi Jatene				
Plantão	87	142	2005	22	Artigo	86	110	2005	22
Procedimento e especialidade	88	229	2005	22	Feto				
Qualificação	88	229	2005	22	Mãe com morte encefálica	86	96	2005	22
Reconhecida	87	117	2005	22	Fiscalização				
Recusa de atendimento	87	142	2005	22	Ação do CRM	88	191	2005	22
Relação de procedimento	88	229	2005	22	Departamento de fiscalização da profissão	88	191	2005	22
Resolução CFM nº 1634/2000	87	117	2005	22	Fiscalização médica	88	191	2005	22
Resolução CFM nº 1763/2005	87	117	2005	22	Normas de fiscalização	88	191	2005	22
"SIMERS"	87	142	2005	22	Perfeito exercício	88	191	2005	22
Título de especialidade	88	229	2005	22	Resolução CFM nº 1613/2001	88	191	2005	22
Especialista					Fisioterapia				
Atuação	85	21	2005	22	Clínica de fisioterapia	87	145	2005	22
Exigência de título	85	48	2005	22	Ética	87	145	2005	22
Limite de ação	85	21	2005	22	Parecer PC nº 47/89	87	145	2005	22
Não especialista	85	21	2005	22	Responsabilidade médica	87	145	2005	22
Publicidade	85	21	2005	22	Sócio de fisioterapeuta	87	145	2005	22
Registro	85	21	2005	22	Fisioterapia				
Revalidação de título	86	110	2005	22	Clínica	87	145	2005	22
Espéculo auditivo					Ética	87	145	2005	22
História da Medicina	88	231	2005	22	Fisioterapia	87	145	2005	22
Estudante de medicina					Medicina	87	145	2005	22
Auxiliar em cirurgia	87	148	2005	22	Parecer PC nº 47/89	87	145	2005	22
Charlatanismo	86	88	2005	22	Responsabilidade	87	145	2005	22
Crime	86	88	2005	22	Sociedade com Fisioterapeuta	87	145	2005	22
Honorários de auxiliar	87	148	2005	22	Flavia Daniela Pussi				
Illegalidade	86	88	2005	22	Artigo	86	57	2005	22
Instrumentador cirúrgico	87	148	2005	22	Florêncio, Roseni T.				
Não pode exercer medicina	86	88	2005	22	Artigo	88	212	2005	22
Optometria	87	149	2005	22	Fontes, Keith de Jesus				
Paciente Unimed/SUS	87	148	2005	22	Artigo	86	90	2005	22
Prescrever óculos	87	149	2005	22	Errata	51	85	2005	22
Substituir profissional de saúde	86	88	2005	22	Errata	217	88	2005	22
Ética					Fraude				
Composição	85	13	2005	22	Auditoria	86	108	2005	22
Julgamento	85	13	2005	22	Enfermidade pré-existente	86	108	2005	22
Tribunal	85	13	2005	22	Operadoras de saúde	86	108	2005	22
Quorum	85	13	2005	22	Seguradoras	86	108	2005	22
Ética de escolha comercial					Tempo de enfermidade	86	108	2005	22
Aparelho	86	96	2005	22	Função de chefe				
Exigências de marca comercial	86	96	2005	22	Artigo 17/19/22 C.E.M.	87	158	2005	22
Ganho pessoal	86	96	2005	22	Cumprimento de obrigação	87	158	2005	22
Instrumento	86	96	2005	22	Relação médico-médico	87	158	2005	22
Material cirúrgico	86	96	2005	22	Responsabilidade médica	87	158	2005	22
Segurança	86	96	2005	22	Generalista				
Eutanásia					Emergência	86	100	2005	22
Aprovação pelos alemães (78%)	88	222	2005	22	Não especialista	86	100	2005	22
Bioética	88	222	2005	22	Pediatria	86	100	2005	22
Eutanásia ativa	88	222	2005	22	Plantão	86	100	2005	22
Deixar morrer	86	80	2005	22	Resolução CFM nº 145/95	86	100	2005	22
Direito	86	80	2005	22	Ver especialista	00	00	00	00
Morte com dignidade	88	222	2005	22	Ver não especialista	00	00	00	00
Parlamento Francês	86	80	2005	22	Gestante				
Sociedade alemã em prol da	88	222	2005	22	Em morte encefálica	85	53	2005	22
Exame					Feto vivo	85	53	2005	22
Exigência de convênio	86	84	2005	22	Giamberardino Filho, Donizetti Dimer				
Internação	86	84	2005	22	Artigo	87	172	2005	22
Preenchimento de requisição	86	84	2005	22					
Recusa	86	84	2005	22					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Góes, Antonio					Internar				
Artigo	86	111	2005	22	Corpo clínico	87	135	2005	22
Hanna Sobrinho, Miguel Ibraim					Direito do médico	87	135	2005	22
Abboud					Direito do paciente	87	135	2005	22
Artigo	86	98	2005	22	Perfencer ao hospital	87	135	2005	22
Hélcio Bertolozzi Soares					Relação médico/leitos	87	135	2005	22
Artigo	85	44	2005	22	Respeitar normas hospitalares	87	135	2005	22
Artigo	86	104	2005	22	Jatene, Fabio Biscegi				
Artigo	87	150	2005	22	Artigo	86	110	2005	22
Artigo	88	229	2005	22	Julgamento				
Hierarquizada					Câmara do CRMPR	85	13	2005	22
Adoção	85	11	2005	22	Composição	85	13	2005	22
Câmara do CRMPR	85	11	2005	22	Ética	85	13	2005	22
Classificação	85	11	2005	22	Tribunal	85	13	2005	22
Julgamento	85	11	2005	22	Quorum	85	13	2005	22
Procedimento médico	85	11	2005	22	Justa Causa				
Resolução CFM N° 129/2004	85	11	2005	22	Art. 102 C.E.M.	85	28	2005	22
História da medicina					Dever legal	85	28	2005	22
Auriscópio de Brunton	88	231	2005	22	Documento	85	28	2005	22
Eletrocardiógrafo 1950	87	176	2005	22	Jurisprudência	85	28	2005	22
Espéculo auditivo de 1920/1930	88	231	2005	22	Prontuário	85	28	2005	22
Maleta de médico parteiro	85	56	2005	22	Sigilo	85	28	2005	22
Turma da Medicina UFPR 1947	86	116	2005	22	Supremo Tribunal Federal	85	28	2005	22
Homicídio múltiplos					Kastrup, Monica de Biasi Wright				
Auditoria sobre morfina	87	165	2005	22	Artigo	86	81	2005	22
Excesso de morte médica	87	165	2005	22	Keithe de Jesus Fontes				
Médica alemã	87	165	2005	22	Artigo	86	90	2005	22
Honorário					Ver errata	00	00	00	00
Caráter administrativo	88	207	2005	22	Lacassagne				
Período pós cirúrgico tardio	88	207	2005	22	Sobre o prontuário	88	218	2005	22
Período pós operatório tardio	88	207	2005	22	Lauda				
Por procedimento pós cirúrgico	88	207	2005	22	Diagnóstico de morte	88	205	2005	22
Honorário médico					Eletrocardiograma	85	40	2005	22
Acomodação em quarto	86	104	2005	22	Exame complementar	88	205	2005	22
AIH	87	172	2005	22	Lauda inadequado	88	205	2005	22
Anestesia/ofthalmologista	87	172	2005	22	Morte em parto	88	205	2005	22
ANS	86	104	2005	22	Pericial	85	46	2005	22
C.B.H.P.M.	86	104	2005	22	Pericial	88	205	2005	22
Conflito administrativo	87	172	2005	22	Resolução CFM n° 1642/2002	88	201	2005	22
Cooperativa de saúde	86	104	2005	22	Resolução CFM n° 1601/2000				
Duplo atendimento	86	104	2005	22	(Declaração de óbito)	88	205	2005	22
Entendimento entre partes	87	172	2005	22	Revelação de resultado	88	201	2005	22
Ética	87	172	2005	22	Sigilo médico	88	201	2005	22
Facetomia	87	172	2005	22	Lauda pericial				
Normalização em regimento	87	172	2005	22	Art. 59 C.F.M.	85	46	2005	22
Pagamento diferenciado	86	104	2005	22	Especialista	85	46	2005	22
Pagamento vinculado	86	104	2005	22	Limites	85	46	2005	22
Tabela SUS	87	172	2005	22	Não especialista	85	46	2005	22
Hospital					Ver perícia	00	00	00	00
Auditoria do SUS	87	139	2005	22	Ver perito	00	00	00	00
Capacidade de endividamento	87	139	2005	22	Leito				
Dificuldades econômicas	87	139	2005	22	Cadastramento	85	01	2005	22
Dificuldades de qualidade	87	139	2005	22	UTI	85	01	2005	22
Exigências de lei	87	139	2005	22	Prioridade	85	01	2005	22
Qualidade de assistência	87	139	2005	22	Relação médico/paciente	87	135	2005	22
Tabela de procedimento	87	139	2005	22	Resolução CFM 18/1986	87	135	2005	22
Ineficácia					Resolução CFM 123/1986	87	135	2005	22
Ozonioterapia	85	27	2005	22	Resolução CRMPR N° 128/2004	85	01	2005	22
Informações					Discriminação	85	01	2005	22
Anúncio	85	48	2005	22	Letra				
Associado especialista	85	48	2005	22	Em receita médica	88	226	2005	22
Especialista	85	48	2005	22	Limite				
Informação telefônica	85	48	2005	22	Admissão	87	143	2005	22
Sociedade Brasileira de Cirurgia					Condições sociais	87	143	2005	22
Plástica	85	48	2005	22	Conselho regional de medicina	87	143	2005	22
Interferência					De médicos em hospital	87	143	2005	22
Artigo 16 C.E.M.	86	102	2005	22	Regimento do corpo clínico	87	143	2005	22
Atendimento	86	102	2005	22	Veto do corpo clínico	87	143	2005	22
Despesas hospitalares	86	102	2005	22	Luiz Augusto Pereira				
Diretor técnico/clínico	86	102	2005	22	Artigo	85	28	2005	22
Responsabilidade de chefia	86	102	2005	22	Luiz Ernesto Pujol				
Troca de médico	86	102	2005	22	Artigo	86	86	2005	22
Integridade corporal					Artigo	86	92	2005	22
Conceito	87	166	2005	22	Artigo	86	94	2005	22
					Artigo	86	96	2005	22
					Artigo	87	162	2005	22

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Luiz Gabriel Fernandes Turkowski					Recusa de atendimento	87	142	2005	22
Artigo	85	21	2005	22	Resolução CFM 1451/1995	87	133	2005	22
Artigo	86	100	2005	22	Serviço hospitalar	87	133	2005	22
Artigo	87	133	2005	22	"SIMERS"	87	142	2005	22
Artigo	87	145	2005	22	Médico falecido				
Luiz Sallim Emed					Agenda de pacientes	87	137	2005	22
Artigo	85	50	2005	22	Documentos médicos	87	137	2005	22
Artigo	87	139	2005	22	Entrega de documentos	87	137	2005	22
Mandamentos médicos fundamentais					Sigilo do prontuário	87	137	2005	22
Prática médica	85	07	2005	22	Transferência de titularidade	87	137	2005	22
Marca comercial					Médico residente				
Artigo 20 do C.E.M.	86	96	2005	22	Estresse médico	87	164	2005	22
Escolha de aparelho	86	96	2005	22	Medo de errar				
Escolha de instrumento	86	96	2005	22	Auxiliar de enfermagem	87	161	2005	22
Escolha de material cirúrgico	86	96	2005	22	Causas de erros	87	161	2005	22
Ética	86	96	2005	22	Medo de perder emprego	87	161	2005	22
Licitação	86	96	2005	22	Não notificar erros	87	161	2005	22
Segurança	86	96	2005	22	Pesquisa	87	161	2005	22
Vantagem ou ganho pessoal	86	96	2005	22	Registro falho em prontuário	87	161	2005	22
Marcos Menezes Freitas de Campos					Solução	87	161	2005	22
Artigo	85	21	2005	22	Microfilmagem				
Mariângela Batista Galvão Simão					Armazenamento	86	106	2005	22
Artigo	85	16	2005	22	Decreto 1799/96	86	106	2005	22
Marília Cristina Milano Campos					Digitização	86	106	2005	22
Artigo	87	156	2005	22	Documento	86	106	2005	22
Mario José Abdalla Saad					Lei nº 5433/68	86	106	2005	22
Artigo	85	27	2005	22	Prontuário	86	106	2005	22
Mário Sival					Mídia				
Artigo	88	209	2005	22	Autopromoção	88	177	2005	22
Marson, Antonio Cesar					Comunicação	88	177	2005	22
Artigo	87	160	2005	22	Concorrência desleal	88	177	2005	22
Medicamento					Dever de informar	88	177	2005	22
Artigo 61 do C.E.M.	86	98	2005	22	Divulgação/Difusão	88	177	2005	22
Emergência	86	98	2005	22	Ética	88	177	2005	22
Falta de recursos	86	98	2005	22	Imprensa	88	177	2005	22
Prescrição	86	110	2005	22	Internet	88	177	2005	22
Proibido ao enfermeiro	86	110	2005	22	Jornalismo	88	177	2005	22
Prontuário	86	98	2005	22	Limites	88	177	2005	22
Recusa de atendimento	86	98	2005	22	Mercosul	88	177	2005	22
Recusa de aquisição	86	98	2005	22	Publicidade	88	177	2005	22
Responsabilidade médica	86	98	2005	22	Sensacionalismo	88	177	2005	22
Responsabilidade do paciente	86	98	2005	22	Miguel Ibrahim Abboud Hanna				
S.T.J.	86	110	2005	22	Sobrinho				
Medicina do trabalho					Artigo	86	98	2005	22
Norma regulamentadora nº 7	88	209	2005	22	Monica de Biasi Wright Kastруп				
Prontuário médico	88	209	2005	22	Artigo	86	81	2005	22
Responsabilidade do médico	88	209	2005	22	Monografia premiada				
Substituição de médico	88	209	2005	22	Bioética	86	57	2005	22
Transferência de documentos ao novo médico	88	209	2005	22	Célula tronco	86	57	2005	22
Médico					Embrião	86	57	2005	22
Admissão ao corpo clínico	87	143	2005	22	Melhor monografia	86	57	2005	22
Atendimento	85	03	2005	22	Mórbida				
Condições sociais	87	143	2005	22	Obesidade	88	195	2005	22
Cuidado	85	03	2005	22	Morrer				
Direito de internar	87	135	2005	22	Direito	86	80	2005	22
Direitos/Deveres	85	03	2005	22	Eutanásia	86	80	2005	22
Paciente	85	03	2005	22	Parlamento Francês	86	80	2005	22
Pertencer ao corpo clínico	87	135	2005	22	Morte				
Psiquiátrico	85	03	2005	22	Atestado de óbito	85	08	2005	22
Recusa de admissão pela diretoria	87	143	2005	22	Declaração de óbito	85	08	2005	22
Resolução CFM Nº 1598/2000	85	03	2005	22	Código de Ética Médica	85	08	2005	22
Responsabilidade médica	85	03	2005	22	Destruição dos arquivos	87	138	2005	22
Veto do corpo clínico	87	143	2005	22	Entrega de documentos	87	138	2005	22
Médico conveniado					Falecimento de médico	87	138	2005	22
Convênio	86	108	2005	22	Fetal	85	08	2005	22
Escolha ilegítima	86	108	2005	22	Natural c/assist. médica	85	08	2005	22
Prerrogativa irregular	86	108	2005	22	Natural s/assist. médica	85	08	2005	22
Seguradora	86	108	2005	22	Violenta ou não natural	85	08	2005	22
Médico de plantão					Necropsia	85	08	2005	22
Alegação de outra especialidade	87	142	2005	22	Paciente internado/ambulatorial	85	08	2005	22
Atribuições	87	133	2005	22	Resol. CFM Nº 1601/2000	85	08	2005	22
Plantão	87	133	2005	22	Morte encefálica				
Pronto socorro	87	133	2005	22	Bebê sobrevive 3 meses intrauterino				
					falece de perfuração intestinal	88	213	2005	22

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Bioética	86	96	2005	22	Pagamento				
Em mãe com feto vivo	86	96	2005	22	Ver cooperativa médica	00	00	00	00
Feto sobrevive	88	208	2005	22	Ver despesa hospitalar	00	00	00	00
Gestante morta com feto vivo	85	53	2005	22	Ver diretor técnico	00	00	00	00
Feto vivo	85	53	2005	22	Ver honorários médicos	00	00	00	00
Limites de doação	85	53	2005	22	Ver pagamento diferenciado (duplo)	00	00	00	00
Mãe sobrevida com sustentação artificial	88	213	2005	22	Paiva, Eleusés Vieira				
Mãe grávida nos USA com AVC e Melanomia	88	208	2005	22	Artigo	86	110	2005	22
Resolução CFM nº 1480/97	85	53	2005	22	Pediatria				
Sustentação artificial de vida	88	208	2005	22	Emergência	86	98	2005	22
Necrópsia					Não especialista	86	98	2005	22
Atestado de óbito	85	08	2005	22	Plantão	86	98	2005	22
Atestado de óbito	88	205	2005	22	Resolução CFM nº 1415/95	86	98	2005	22
Autorização prévia a internação	88	205	2005	22	Sobreaviso	86	98	2005	22
Código de Ética Médica	85	08	2005	22	Pedofilia				
Declaração de óbito	85	08	2005	22	Acusam Vaticano	88	204	2005	22
Instituto Médico Legal	85	08	2005	22	Frequência	88	204	2005	22
Morte	85	08	2005	22	Padres gays	88	204	2005	22
Justificativa	85	08	2005	22	Seminaristas	88	204	2005	22
Resol. CFM Nº 1601/2000	85	08	2005	22	Pedro Pablo Magalhães Chacel				
Resolução CFM nº 1601/2000	88	205	2005	22	Artigo	88	219	2005	22
Serviço de verificação de óbito	85	08	2005	22	Pereira, Luiz Augusto				
Serviço de verificação de óbito	88	205	2005	22	Artigo	85	28	2005	22
Solicitação	85	08	2005	22	Perícia				
Nogueira, Rafael Dias Marques					Atividade pericial	85	41	2005	22
Artigo	88	224	2005	22	Audiometria	85	41	2005	22
Norma regulamentadora					Especialidade	85	41	2005	22
Nº 7 Medicina do Trabalho	88	209	2005	22	Habilitação	85	41	2005	22
Portaria nº 24/94 e 3248/78	88	209	2005	22	Perícia médica				
Novak, Eduardo Murilo					Atestado do perito	87	154	2005	22
Artigo	88	177	2005	22	Atestado médico	87	154	2005	22
Obesidade mórbida					Limitação de trabalho	87	154	2005	22
Câmara técnica	88	195	2005	22	Médico do trabalho	87	154	2005	22
Conceito de mórbido	88	195	2005	22	Paciente psiquiátrico	87	154	2005	22
Equipe	88	195	2005	22	Período pós operatório tardio				
Normas, indicações, riscos	88	195	2005	22	Conceito	88	207	2005	22
Técnicas	88	195	2005	22	Perito				
Tratamento cirúrgico	88	195	2005	22	Especialista	85	41	2005	22
Omissão de informações					Nomeado	85	41	2005	22
Enfermidade pré existente	86	108	2005	22	Oficial	85	41	2005	22
Tempo de enfermidade	86	108	2005	22	Resolução CFM 40/95	85	41	2005	22
Optometria					Perseguição				
Curso de optometria	87	149	2005	22	Padres gays	88	204	2005	22
Função de médico oftalmológico	87	149	2005	22	Seminaristas	88	204	2005	22
Prescrever, cobrar	87	149	2005	22	Pinheiro, Antonio Gonçalves				
Prescrição por estudante	87	149	2005	22	Artigo	85	48	2005	22
Proibido de consultar	87	149	2005	22	Plantão				
Publicar aviso na imprensa	87	149	2005	22	À distância	86	98	2005	22
Órgãos					Atribuições	87	133	2005	22
Denúncia	87	138	2005	22	Código do consumidor	86	98	2005	22
Tráfico	87	138	2005	22	Cumprimento de normas	86	86	2005	22
Ozonioterapia					Dificuldades econômicas	86	86	2005	22
Falta de comprovação	85	27	2005	22	Dificuldades administrativas	86	86	2005	22
Ineficiência	85	27	2005	22	Emergência	86	98	2005	22
Não autorizada	85	27	2005	22	Escalas	86	86	2005	22
Paciente					Especialidade anunciada	86	98	2005	22
Atendimento	85	03	2005	22	Hospitalar	87	133	2005	22
Cuidado	85	03	2005	22	Médico plantonista	86	86	2005	22
Direito de internar	87	135	2005	22	Passagem de plantão	86	86	2005	22
Direitos/Deveres	85	03	2005	22	Por não especialista	86	98	2005	22
Psiquiátrico	85	03	2005	22	Pronto socorro	86	98	2005	22
Resolução CFM Nº 1598/2000	85	03	2005	22	Pronto socorro	87	133	2005	22
Responsabilidade médica	85	03	2005	22	Qualidade de atendimento	86	86	2005	22
Padres gays					Resolução CFM nº 1415/95	86	98	2005	22
Acusação de perseguição pela igreja	88	204	2005	22	Resolução CFM 1451/1995	87	133	2005	22
Conservadora confraria dos padres católicos (USA)	88	204	2005	22	Responsabilidade do Diretor Médico ou clínico	86	86	2005	22
Documento do Vaticano	88	204	2005	22	Plebiscito				
Frequência	88	204	2005	22	Aborto	88	194	2005	22
Pedofilia	88	204	2005	22	Projeto de lei	88	194	2005	22
Seminaristas	88	204	2005	22	Prática				
					Jaime Zlotnik	85	07	2005	22
					Mandamentos fundamentais	85	07	2005	22
					Médica	85	07	2005	22

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Prescrição					Médico danificado	86	106	2005	22
Assinatura	85	37	2005	22	Médico legista	85	28	2005	22
Caligrafia	85	37	2005	22	Microfilmagem/digitação	86	106	2005	22
Carimbo	85	37	2005	22	Nome legível	86	84	2005	22
Lei nº 5991/73	85	37	2005	22	Paciente internado	85	37	2005	22
Manuscrita	85	37	2005	22	Para auditoria de serviço de saúde	88	214	2005	22
Medicamentosa	85	37	2005	22	Perito	85	28	2005	22
Paciente internado	85	37	2005	22	Preenchimento obrigatório	86	84	2005	22
Prontuário	85	37	2005	22	Prescrição de medicamento	85	37	2005	22
Presença					Preservação	86	106	2005	22
Obrigatória de anestesista	85	55	2005	22	Recusa de atendimento	86	98	2005	22
Obrigatória de radiologista	85	55	2005	22	Recusa de terapêutica	86	98	2005	22
Tomografia, ressonância magnética	85	55	2005	22	Resolução CFM nº 1639/2002	86	106	2005	22
Resolução CFM nº 1363/93	85	55	2005	22	Resolução CFM nº 1605/2000				
Prioridade					(Prontuário e sigilo)	88	214	2005	22
Leito	85	01	2005	22	Responsabilidade	86	106	2005	22
Cadastramento	85	01	2005	22	Responsabilidade médica	86	98	2005	22
UTI	85	01	2005	22	Responsabilidade do paciente	86	98	2005	22
Resolução CRMPR Nº 128/2004	85	01	2005	22	Restauração	86	106	2005	22
Discriminação	85	01	2005	22	Resumo de alta	86	84	2005	22
Privilegiar					Saúde Municipal	87	164	2005	22
Atendimento	85	23	2005	22	Sigilo	87	164	2005	22
Art. 47 CFM	85	23	2005	22	Sigilo/segredo	85	28	2005	22
Direitos e deveres	85	23	2005	22	Sistema Municipal de Saúde	87	164	2005	22
Discriminar	85	23	2005	22	Solicitação judicial	85	28	2005	22
Paciente previdenciário/convênio/					Solicitado para órgão contratante	88	214	2005	22
Cooperativa/SUS	85	23	2005	22	Solicitado pelo DETRAN	88	214	2005	22
Vaga	85	23	2005	22	Supremo Tribunal Federal	85	28	2005	22
Procedimento médico					Psiquiatria				
Cobertura por plano de saúde	88	224	2005	22	Atendimento	85	03	2005	22
Tratamento cirúrgico negado	88	224	2005	22	Cuidado	85	03	2005	22
Projeto de pesquisa					Diagnóstico	85	03	2005	22
Bioética	88	219	2005	22	Direitos e deveres	85	03	2005	22
Diagnóstico pré-implantacional	88	219	2005	22	Paciente	85	03	2005	22
Resolução CFM nº 1358/1992					Pesquisa	85	03	2005	22
(CONEP)	88	219	2005	22	Resolução CFM Nº 1598/2000	85	03	2005	22
Sobre aneuploidias cromossômicas	88	219	2005	22	Responsabilidade médica	85	03	2005	22
Pronto socorro					Publicação				
Anúncio	86	98	2005	22	Artigo irregular	86	81	2005	22
Emergência	86	98	2005	22	Lisado orgânico	86	81	2005	22
Não especialista	86	98	2005	22	Normas técnicas	86	81	2005	22
Plantão de sobreaviso	86	98	2005	22	Pujol, Luiz Ernesto				
Resolução CFM nº 1415/95	86	98	2005	22	Artigo	86	86	2005	22
Prontuário					Artigo	86	92	2005	22
Armazenamento	86	106	2005	22	Artigo	87	162	2005	22
Art. 102 CFM	85	28	2005	22	Pussi, Flavia Daniela				
Assinatura	85	37	2005	22	Artigo	86	57	2005	22
Auditor	86	84	2005	22	Pussi, Willian Artur				
Autoridades	85	28	2005	22	Artigo	86	57	2005	22
Autorização do paciente	85	28	2005	22	Quarto de repouso				
Banco de dados	87	164	2005	22	Lei trabalhista	87	156	2005	22
Caligrafia	85	37	2005	22	Médico plantonista	87	156	2005	22
Carimbo	85	37	2005	22	Permissão para repouso	87	156	2005	22
Carimbo	86	84	2005	22	Repousar	87	156	2005	22
Coação	85	28	2005	22	Resolução CFM nº 1451/95	87	156	2005	22
Comissão permanente de					UTI ou generalista	87	156	2005	22
avaliação de documentos	86	106	2005	22	Quorum				
Constrangimento	85	28	2005	22	Câmara do CRMPR	85	13	2005	22
Cópia	86	106	2005	22	Composição	85	13	2005	22
Dever legal	85	28	2005	22	Ética	85	13	2005	22
Documento	85	28	2005	22	Julgamento	85	13	2005	22
Documento	86	106	2005	22	Tribunal	85	13	2005	22
Eliminação	86	106	2005	22	Radiologista				
Em papel	86	106	2005	22	Presença em ato anestésico	85	53	2005	22
Específico para convênio	86	84	2005	22	Ressonância	85	53	2005	22
Falta de recursos	86	98	2005	22	Tomografia	85	53	2005	22
Fornecimento de documentos	85	28	2005	22	Rafael Dias Marques Nogueira				
Frases de Lacassagne	88	218	2005	22	Artigo	88	224	2005	22
Identificação	86	84	2005	22	Raquele Rotta Burkiewicz				
Justa causa	85	28	2005	22	Artigo	87	152	2005	22
Lei nº 793/73	85	37	2005	22	Artigo	87	166	2005	22
Manuscrito	85	37	2005	22	Artigo	87	168	2005	22
Medicina do trabalho	88	209	2005	22					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Receitas médicas					Responsabilidade de enfermeira				
Formatação e dados necessários	88	228	2005	22	Conflitos interprofissional	87	150	2005	22
Lei nº 13556/2002 D.O.U. nº 6230/2002	88	228	2005	22	Enfermagem obstétrica	87	150	2005	22
Lei nº 5991/1973 D.O.U.	88	228	2005	22	Responsabilidade médica				
Normas para prescrição	88	228	2005	22	Fisiatria	87	117	2005	22
Recusa					Fisioterapeuta	87	117	2005	22
Atestado médico	86	88	2005	22	Resolução CFM 1634/2000	87	117	2005	22
Atendimento	87	142	2005	22	Resolução CFM 1666/2003	87	117	2005	22
Outra especialidade	87	142	2005	22	Resolução CFM 1763/2005	87	117	2005	22
Plantão	87	142	2005	22	Responsabilidade técnica				
Regimento interno					Ato anestésico por cirurgião	87	166	2005	22
Condições sociais	87	143	2005	22	Dúvidas diversas	87	166	2005	22
Conselho regional de medicina	87	143	2005	22	Exames pre-operatórios	87	166	2005	22
Crítérios de admissão	87	143	2005	22	Médico perito	87	166	2005	22
Limite de profissionais	87	143	2005	22	Ofensa a integridade corporal	87	166	2005	22
Recusa de admissão	87	143	2005	22	Uso de UTI	87	166	2005	22
Veto do corpo clínico	87	143	2005	22	Revalidação do título de especialista				
Relação					Objetivos	86	110	2005	22
Médicos/leitos	87	135	2005	22	Princípio	86	110	2005	22
Resolução CFM 18/1986	87	135	2005	22	Ricardo Frões Camarão				
Resolução CFM 123/1986	87	135	2005	22	Artigo	88	214	2005	22
Relacionamento médico-médico					Risco				
Artigo 17/19/22 C.E.M.	87	158	2005	22	Transferência	85	16	2005	22
Cumprimento de função de chefe	87	158	2005	22	Vaga	85	16	2005	22
Médico de plantão	87	158	2005	22	Rocha, Carlos Roberto Goytacaz				
Resolução CRM/PR N° 128/2004 (Cadastramento de leitos)					Artigo	85	19	2005	22
Leito	85	01	2005	22	Artigo	86	102	2005	22
Cadastramento	85	01	2005	22	Romeu Bertol				
UTI	85	01	2005	22	Artigo	87	158	2005	22
Discriminação	85	01	2005	22	Roseni T. Florêncio				
Resolução CFM N° 1598/2000 (Paciente psiquiátrico)					Artigo	88	212	2005	22
Atendimento psiquiátrico	85	03	2005	22	Rúpollo, Wadir				
Direitos e deveres	85	03	2005	22	Artigo	85	46	2005	22
Paciente psiquiátrico	85	03	2005	22	Saad, Mario José Abdalla				
Responsabilidade médica	85	03	2005	22	Artigo	85	27	2005	22
Resolução CFM n° 1763/2005 (Especialidades e Áreas de Atuação)	87	117	2005	22	Sedução				
Resolução CFM n° 1613/2001					Assédio sexual	88	230	2005	22
Ação fiscalizadora do CRM	88	191	2005	22	Médico nega (USA)	88	230	2005	22
Resolução CFM n° 1766/2005					Sigilo				
Cirurgia em obesidade mórbida	88	195	2005	22	Auditoria	86	108	2005	22
Resolução CFM n° 1642/2002					Auditoria médica	85	19	2005	22
Autonomia médica	88	201	2005	22	Convênio	85	19	2005	22
Empresa deve registrar-se no CRM	88	201	2005	22	Diretor médico	85	19	2005	22
Relação médico-usuários	88	201	2005	22	Enfermidade pré existente	86	108	2005	22
Remuneração digna	88	201	2005	22	Entrega de documentos	87	137	2005	22
Respeitar sigilo médico	88	201	2005	22	Médico falecido	87	137	2005	22
Resolução CFM n° 1605/2000 (Prontuário e sigilo)	88	214	2005	22	Prontuário	85	19	2005	22
Resolução CFM n° 1601/2000 (Declaração de óbito)	85	08	2005	22	Prontuário/arquivo	87	137	2005	22
Responsabilidade					Pedido de autoridade	85	19	2005	22
Atendimento	85	03	2005	22	Tempo de enfermidade	86	108	2005	22
Cuidados	85	16	2005	22	Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti				
Direitos e deveres	85	03	2005	22	Artigo	85	37	2005	22
Médico	85	03	2005	22	Silva, Solimar Pinheiro da				
Médica	86	98	2005	22	Artigo	85	41	2005	22
Paciente psiquiátrico	85	03	2005	22	Artigo	85	53	2005	22
Por falta de medicamento	86	98	2005	22	Artigo	85	55	2005	22
Por medicamento	86	98	2005	22	Simão, Mariângela Batista Galvão				
Recursos para medicamento	86	98	2005	22	Artigo	85	16	2005	22
Recusa de atendimento	86	98	2005	22	Sistema Municipal de Saúde				
Recusa de aquisição	86	98	2005	22	Banco de dados	87	164	2005	22
Resolução CFM N° 1598/2000	85	03	2005	22	Consulta hospitalar	87	164	2005	22
Riscos	85	16	2005	22	Prontuário	87	164	2005	22
Transferência de paciente	85	16	2005	22	Saúde Municipal	87	164	2005	22
Vaga hospitalar	85	16	2005	22	Sigilo	87	164	2005	22
					Soares, Hélcio Bertolozzi				
					Artigo	85	44	2005	22
					Artigo	86	104	2005	22
					Artigo	87	150	2005	22
					Artigo	88	229	2005	22
					Sobreaviso				
					A distância	86	98	2005	22
					Emergência	86	98	2005	22
					Não especialista	86	98	2005	22
					Plantão	86	98	2005	22
					Resolução CFM n° 1415/95	86	98	2005	22

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Sociedade					Tratamento cirúrgico				
Condições sociais	87	143	2005	22	Normas	88	195	2005	22
Fisioterapia e fisioterapeuta	87	145	2005	22	Obesidade mórbida	88	195	2005	22
Hospital	87	143	2005	22	Resolução CFM nº 1766/2005	88	195	2005	22
Regimento do corpo clínico	87	143	2005	22	Tribunal				
Veto à admissão	87	143	2005	22	Câmara CRM	85	13	2005	22
Sociedade Bras. de Cirurgia Plástica					Composição	85	13	2005	22
Especialista	85	48	2005	22	CRMPR	85	13	2005	22
Informações	85	48	2005	22	Ética	85	13	2005	22
Resolução CFM 1286/89	85	48	2005	22	Julgamento	85	13	2005	22
Solimar Pinheiro da Silva					Quorum	85	13	2005	22
Artigo	85	41	2005	22	Turkowski, Luiz Gabriel Fernandes				
Artigo	85	53	2005	22	Artigo	85	21	2005	22
Artigo	85	55	2005	22	Artigo	86	100	2005	22
Souza Filho, Zacarias Alves					Artigo	87	133	2005	22
Artigo	88	207	2005	22	Artigo	87	145	2005	22
Stival, Mário					Unidade de Terapia Intensiva				
Artigo	88	209	2005	22	Cadastramento	85	01	2005	22
Stress médico					Crítérios de classificação	87	160	2005	22
Causas	87	164	2005	22	Discriminação	85	01	2005	22
Entre médicos residentes	87	164	2005	22	Leito	85	01	2005	22
Supremo Tribunal Federal					Portaria GM/MS nº 3432/98	87	160	2005	22
Autoridades	85	28	2005	22	Portaria regulamentadora da				
Dever legal	85	28	2005	22	SESA nº 272/2001	87	160	2005	22
Justa causa	85	28	2005	22	Prioridade	85	01	2005	22
Obrigatoriedade	85	28	2005	22	Qualificação de recursos	87	160	2005	22
Perito	85	28	2005	22	Resolução CRMPR Nº 128/2004	85	01	2005	22
Prontuário	85	28	2005	22	Vaga				
Sigilo/segredo	85	28	2005	22	Art. 47 CFM	85	23	2005	22
SUS					Direitos e deveres	85	23	2005	22
Hidronefrose	86	94	2005	22	Discriminar	85	23	2005	22
Responsabilidade	86	94	2005	22	Em agenda	85	23	2005	22
Secretaria Municipal de Saúde	86	94	2005	22	Hospitalar	85	16	2005	22
Tabela de procedimento	86	94	2005	22	Paciente particular	85	23	2005	22
Técnica cirúrgica	86	94	2005	22	Paciente previdenciário/convênio/				
Tabela SUS					Cooperativa/SUS	85	23	2005	22
Honorários	87	172	2005	22	Privilegiar	85	23	2005	22
Técnica cirúrgica					Responsabilidade	85	16	2005	22
Indicação	86	94	2005	22	Riscos	85	16	2005	22
Responsabilidade	86	94	2005	22	Solicitação prévia	85	16	2005	22
Tabela SUS	86	94	2005	22	Transferência	85	16	2005	22
Ultrapassada	86	94	2005	22	Vantagem pessoal				
Tempo de enfermidade					Aparelho, instrumento	86	96	2005	22
Auditoria	86	108	2005	22	Escolha de marca	86	96	2005	22
Enfermidade pré-existente	86	108	2005	22	Licitação	86	96	2005	22
Fraude	86	108	2005	22	Material cirúrgico	86	96	2005	22
Informar	86	108	2005	22	Veto				
Segurança/cooperativa	86	108	2005	22	Admissão ao corpo clínico	87	143	2005	22
Sigilo	86	108	2005	22	Condições sociais	87	143	2005	22
Título de especialista					Conselho regional de medicina	87	143	2005	22
Revalidação	86	110	2005	22	Limite de profissionais	87	143	2005	22
Ver especialista	00	00	00	00	Recusa de direção	87	143	2005	22
Tráfego de órgãos					Regimento interno	87	143	2005	22
Denúncia	87	138	2005	22	Wadir Rúpollo				
Transferência					Artigo	85	46	2005	22
Cuidados	85	16	2005	22	Willian Artur Pussi				
Objetivos	85	16	2005	22	Artigo	86	57	2005	22
Pedido prévio	85	16	2005	22	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Responsabilidade	85	16	2005	22	Artigo	85	56	2005	22
Riscos	85	16	2005	22	Artigo	86	113	2005	22
Vaga hospitalar	85	16	2005	22	Artigo	87	176	2005	22
Transplante					Artigo	88	231	2005	22
Conceito de não ideal	85	50	2005	22	Zacarias Alves de Souza Filho				
Decreto nº 2268, de 30/06/77	85	50	2005	22	Artigo	88	207	2005	22
Doador ideal	85	50	2005	22	Zlotnik, Jaime				
Doador marginado	85	50	2005	22	Artigo	85	07	2005	22
Doadores não ideais	85	50	2005	22					
Legislação	85	50	2005	22					
Lei nº 9434 de 04/02/97	85	50	2005	22					
Órgãos e tecidos	85	50	2005	22					



RECEITA DE ANO NOVO

*Para você ganhar belíssimo Ano Novo
cor de arco-íris, ou da cor da sua paz,
Ano Novo sem comparação com todo o tempo já vivido
(mal vivido talvez ou sem sentido)
para você ganhar um ano
não apenas pintado de novo, remendado às carreiras,
mas novo nas sementinhas do vir-a-ser,
novo
até no coração das coisas menos percebidas
(a começar pelo seu interior)
novo, espontâneo, que de tão perfeito nem se nota,
mas com ele se come, se passeia,
se ama, se compreende, se trabalha,
você não precisa beber champanha ou qualquer outra birita,
não precisa expedir nem receber mensagens
(planta recebe mensagens?
passa telegramas?)
Não precisa
fazer lista de boas intenções
para arquivá-las na gaveta.*

*Não precisa chorar arrependido
pelas besteiras consumadas
nem parvamente acreditar
que por decreto da esperança
a partir de janeiro as coisas mudem
e seja tudo claridade, recompensa,
justiça entre os homens e as nações,
liberdade com cheiro e gosto de pão matinal,
direitos respeitados, começando
pelo direito augusto de viver
Para ganhar um ano-novo
que mereça este nome,
você, meu caro, tem de merecê-lo,
tem de fazê-lo novo, eu sei que não é fácil,
mas tente, experimente, consciente.
É dentro de você que o Ano Novo
cochila e espera desde sempre.*

(Carlos Drummond de Andrade)

