ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 23	n. 90	p. 57-120	Abr/Jun.	2006

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho — Ehrenfried O. Wittig — Eloi Zanetti
Hernani Vieira — João M. C. Martins — Luiz Sallin Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

CRM

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

CFM

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

DIGITAÇÃO

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: serzegraf@serzegraf.com.br

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.
Índice geral anual editado no mes de dezembro.Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissívo 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 númeração 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 ingles, encima do texto.

Palavras-chave descritos (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 seqüêncial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Médicus. 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. 23, n.90, 2006
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

ARTIGO

No Ar: Repensando a Ética Entre Fatos e Imagens da Medicina
Maristela Tomás dos Santos 57

RESOLUÇÕES

Auditor e Auditoria Médica
CFM 82

A Propaganda e Divulgação na Medicina
CFM 85

PARECERES

Auditoria Médica
Nei Moreira da Silva, Luiz Carlos Sobania, Lino Antônio Cavalcanti Holanda e Paulo Eduardo Behrens 91

Autorização de Antibióticos Pela C.C.I.H.
Lúcio Mário da Cruz Bulhões 99

Atestado Médico e o Exercício da Medicina do Trabalho
Lúcio Mário da Cruz Bulhões 102

Responsabilidade de Contato, Solicitação e Concessão de Vaga em Hospital do SUS, Para Paciente de Plano de Saúde, Quando Findar a Cobertura do Plano
Lúcio Mário da Cruz Bulhões 107

Prontuário Médico e Auditoria
Carlos Ehlke Braga Filho 110

Estipulação de Número Mínimo de Atendimentos Médicos Por Jornada de Trabalho Diária na Rede Municipal de Saúde
Luís Gabriel Fernandez Turkowski 113

Veiculação de Propaganda Através de Folder Sobre Procedimento Dermatológico e Uso de Aparelhos
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 116

Como Radiografar na Falta de Radiologistas na Cidade
Manoel de Oliveira Saraiva Neto 117

NOTAS DA IMPRENSA

Cientista Admite Fraude em Estudo do Câncer
Gazeta do Povo - 24/01/06 84

Universidade Suspende Autor de Fraude
Gazeta do Povo - Março de 06 89

Universidade de Sul-coreano Pune Pesquisador
Gazeta do Povo - Março de 06 98

Cientista da USP é Acusada no Caso das Cobaias
Gazeta do Povo - 03/03/05 101

Hospital Confirma Eutanásia
Gazeta do Povo - 26/03/06 106

Oração não Ajuda Paciente Operado, diz Estudo nos EUA
Gazeta do Povo - Março de 06 112

HISTÓRIA DA MEDICINA

Porta-Receituário Médico
Ehrenfried Othmar Wittig 120

NO AR: REPENSANDO A ÉTICA ENTRE FATOS E IMAGENS DA MEDICINA

Maristela Tomás dos Santos*

Resumo: O presente trabalho consiste em apresentar uma visão objetiva acerca das relações entre a ética, os Meios de Comunicação e a Medicina. Não distante disso, é proposta uma discussão no que se refere às principais características componentes da ética, como esta surge na sociedade e se desenvolve dentro de um viés da comunicação e medicina. Isso será feito a partir de um levantamento teórico de conceitos, exemplos práticos na mídia de como a ética se manifesta desenvolve-se uma análise da relação da imagem da medicina e os processos de comunicação inseridos nesta discussão. Propõem-se uma aproximação não de simples contato entre a medicina e os profissionais de comunicação, mas abertura de um elo de mídia e entrelaçamento de propósitos éticos que visem uma maior responsabilidade para com a sociedade nesse trabalho, reforça-se a observação da constante falta de critérios eficazes de avaliação das informações que venham a compor um noticiário da TV ou mesmo da grande imprensa brasileira.

Palavras-chave: concurso, ética, prêmio, relação ética e comunicação, medicina e mídia

ON THE AIR: RETHINKING ETHICS BETWEEN THE FACTS AND THE IMAGE OF MEDICINE

Key words: competition, ethics, prize, ethical relationship and communication, medicine and media

1 – A ÉTICA EM ESSÊNCIA

Falar sobre temas que suscitem discussões sobre os diversos campos presenciais da Ética, como é o caso do estabelecimento e desenvolvimento da relação entre a Medicina e os Meios de Comunicação, requerem primeiramente resgatar a *essência* do que venha a ser a Ética, assim como apontar algumas de suas caracterizações junto a *seu berço*, a sociedade.

Antes porém, de serem dadas definições etimológica, ressalta-se que o propósito inicial da expressividade da Ética se origina em meio a convergência de

* Monografia premiada em segundo lugar no 16º Concurso "Monografia Sobre Ética Médica" - 2005, promovido pelo CRMPR. Relações Públicas e Estudante de Direito residente em Aracajú - Sergipe

posicionamentos dos indivíduos de uma determinada sociedade que recebe influência e influencia o próprio sentido que se dê a Ética. Em linhas gerais, o que a Ética enaltece, vai muito além de seu aspecto etimológica.

Conforme afirma Sanson (*2005, on line*).

> *A ética procura princípios que dirijam a consciência na escolha do bem e concentra sua atenção na vontade humana (como a lógica na inteligência), porque o objeto da ética é o ato humano, e o ato humano é produzido pela vontade.*

Diante de tal afirmação é possível entender que as relações manifestas entre os indivíduos e suas instituições partem de uma *essência ética*, ou seja, de uma vontade comum de criar condições para a realização do *bem comum*[1] , de algo que seja importante para a coletividade e que contemple uma forma de guiar os demais atos humanos a preservar por atitudes que repercutam positivamente para a sociedade.

Logicamente, a busca contínua por essa *essência ética*, bem como seu alcance será, provavelmente, o resultado do grau de consciência que os indivíduos venham a alcançar sobre sua responsabilidade na condução de seus atos, ações essas que os levem a um comportamento ético, no qual não interessa apenas a expressão de um único indivíduo e sim, a expressão de uma vontade coletiva.

Partindo desse pensamento, pode-se compreender, por exemplo, que uma das relações manifestas em sociedade, a que diz respeito aos Meios de Comunicação e a Medicina, (tomando por referência a forma como as informações concernentes a Medicina vêem sendo transmitidas para a sociedade), manifesta um posicionamento ético todas as vezes em que se resguardam o direito a informação com responsabilidade e assegurar, também ao indivíduo, o direito de refletir sobre o conteúdo dessas informações, sem que lhe sejam impostos *pré-conceitos* sobre determinadas situações.

Para a Ética o *objeto material* é, portanto, o *ato humano*, ou seja, como as ações dos indivíduos venham a interferir na realidade social. Em outras palavras, ainda com base no exemplo de relação ética entre os Meios de Comunicação e a Medicina, isso significa que ambos representam a manifestação de expressão dos *atos humanos*. Logo, ainda que cada uma das partes envolvidas interprete a ética sob um ponto de vista relacionado ao propósito de sua atividade fim, ainda assim, partirão de uma mesma vertente, a Ética em si mesma.

1.1 – Origens e evoluções da Ética

A pesquisa sobre o termo Ética e suas especificidades, provavelmente data de uns 25 séculos atrás, época em que se aflorava o pensamento grego e a construção da filosofia, por meio de seus memoráveis pensadores Platão, Sócrates, Aristóteles e muitos outros.

1 Segundo FONSECA (2005, *online*) o bem comum está no centro das relações entre os indivíduos e a sociedade, entendida como um grupo de dois ou mais indivíduos. Num conceito de bem comum estão, portanto, implicadas em interrogações filosóficas fundamentais sobre a parte e o todo.

É junto a Grécia que se encontra o sentido e a essência etmológica do termo Ética:

> *Éthos que significa costume.Refere-se a usos e costumes de um grupo. Nos grupos humanos primitivos os costumes são decisivos para a conduta dos indivíduos. Nesse estágio, a moral e o direito são costumes. A Ética do grupo é também a Ética dos indivíduos, o modo de ser do grupo é o modo de ser de cada indivíduo.* (LAUAND, 2005 *on line)*

Refletindo sobre essa definição se chega a uma das primeiras características da Ética, ou seja, uma forma de manifestação da cultura, das diversas sociedades, isso porque através dessa é que se pode atingir a potencialização dos sentidos daquilo que venha a se tornar em conhecimento que servirá ao homem a se relacionar melhor em sociedade, ao tempo que permitirá uma melhor compreensão de suas perspectivas junto a sociedade.

Contudo, a Ética é por assim dizer um *produto cultural*, haja vista que ela faz parte de um processo evolutivo da cultura, pois se expõe ao trânsito da diversidade de culturas, das várias sociedades existentes, por conta de sua necessidade de adaptação a novas realidades assim como, a necessidade de equilíbrio social.

A idéia em questão é de que não só o homem adquire capacidade ou hábitos em uma sociedade, mas, ao contrário, ele os faz e cria a sociedade, como imagem e semelhança, assim como dá sentido e vida a Ética.

Aprofundando a pesquisa sobre a terminologia Ética, encontra-se HEIDEGGER (*apud* LAUAND, 2005, *on line*), o qual sugestiona que o sentido ético está ligado a *"moradia", "lugar onde se habita",* parte pois, do célebre fragmento de Heráclito que diz que *"o lugar de habitação do homem é a proximidade dos deuses"*.

Para se entender o que isso significa, o professor LAUAND (2005, *on line*) ao recorrer a Heidegger apresenta o trecho relatado por Aristóteles:

> *[...] chegaram uns estrangeiros que queriam conhecer Heráclito e – para sua profunda decepção – encontraram o famoso sábio prosaicamente aquecendo-se junto ao fogão. Ante ao olhar de frustração dos visitantes Heráclito dá os ombros e responde: Mas, se também aqui estão os deuses...E conclui, como diz o próprio Heráclito. A morada (familiar) (Geheure Aufenthalt) é para o homem o aberto para a presentificação (Anwesung) de Deus (o in-familiar).*

Sinteticamente, essa reflexão leva a crer que a morada do homem é o *ser* e, com isso, dá lugar a interpretação de que a ética habita o próprio homem. Isso porque é ele quem decide e expressa sua atitude frente aos demais; é a quem cabe agir com responsabilidade vez que suas ações repercutem em coletividade.

Quando o homem esquece de *ser* esquece também o propósito ético, a realização do *bem-comum*, trata de viver em crise constante vez que não consegue se perceber como um agente de transformação de sua realidade. Por conseqüência, se dá vasão a falta de objetividade e por vezes atitudes essenciais para o desenvolvimento da ética.

Diante disso, constata-se que não é por acaso que a ética possua em suas características a presença da *moral* (tratando-se essa como uma parte e não um todo).

A moral origina-se do latim *mores*, que tem origem em *moralis* – moral, a qual foi traduzida por Cícero, um dos grandes representantes da política na Grécia, por meio da palavra grega *éthicos*, a qual a ética é moral, ou seja, preserva essa.

A ética carrega, pois, um conjunto de valores do que é visto pela sociedade como o *que é certo; o que é errado; o bem; o mal; os direitos e os deveres;* sempre na constante dualidade. Enfim, comporta a *carga moral* oriunda das interpretações dos indivíduos, na sociedade.

Convém, porém, refutar a idéia de que a Ética se resuma aos propósitos da moral; longe disso, ela deve ser interpretada como agente promotor de transformações da moral, principalmente ligada a assuntos que num determinado momento se mostrem como intransponíveis e em outro, graças aos impulsos éticos, estimularam a "[...] *quebra do congelamento da moral em códigos impessoais, que vão perdendo sua razão de ser, dado o caráter dinâmico das próprias relações."*

Confirmando essa reflexão, PEREIRA 1991, p. 24, salienta:

> *O velho se contrapondo ao novo é o que podemos esperar como conflito saudável para o avanço da moral.*

No entanto, esse *conflito saudável* pressupõe uma postura pró-ativa para o entendimento dos benefícios que possam ser obtidos em relação ao que se mostra como *novo*, como é o caso das inovações tecnológicas/científicas presentes na Medicina. Só a título de exemplo, existem várias discussões polêmicas quanto ao o uso ou não de embriões, sem mais finalidade e, que estão sendo mantidos em tubos em clínicas e laboratórios de reprodução assistida; esse como outros exemplos se apresentam como paradigmas a serem discutidos sob diversos aspectos.

É claro que não se pode, de uma hora para outra, sem as devidas ponderações, meramente, acatar mudanças que significativamente ligam-se aos propósitos morais dos homens ao longo de séculos. No entanto, é preciso que discussões como essas saiam do arcabouço *ética-cristã*, na qual desde o século IV "Deus exige a sua obediência e a sujeição a seus mandamentos, que neste mundo têm o caráter de imperativos supremos". (SUIGENERIS, 2005, *on line*)

Na verdade, o *repensar o conceito ético* é entender a ética como plural, dotada de vários sentidos mas, que convergem para um único fim, o bem-comum.

1.2 – Panorama histórico

Através da história é possível destacar as várias nuanças de sentido que a Ética assumiu e a destacar sua pluralidade inerente. Portanto, observa-se que:

- mesmo **antes de Aristóteles** (384-322 a.C) já havia discussões sobre problemas morais;
- discussões também estão presentes **antes de Sócrates**, ditas, pré-socráticas, as quais abordam o *caráter ético* e as *razões do comportamento humano;*
- **com Sócrates (470-399 a.C)** – "Só age mal, quem desconhece o

bem, pois todo homem quando fica sabendo o que é bem, reconhece-o racionalmente como tal e necessariamente passa a praticá-lo."

- **em Platão (427-347 a.C)** – subordina a ética à metafísica. O relacionamento se faz aqui junto a filosofia política, na qual a "polis (cidade-estado) é o terreno próprio para a vida moral [...] Assim ele buscou um estado-ideal, um estado-modelo, utópico, que era constituído como o ser humano. Assim, como o corpo possui cabeça, peito e baixo-ventre, também o estado deveria possuir, respectivamente, governantes, sentinelas e trabalhadores";
- **Aristóteles (384-322 a.C)** – "ética como disciplina filosófica, levantou problemas em relação as normas e bens sob escopo moral – focou-se, pois, nas virtudes, as quais tendem ao Bem-Supremo – o capaz de escolher o que é mais adequado para si e para os outros.";
- **O estoicismo e o epicurismo** – fase de decadência do mundo grego-romano, propõe sob édge do prazer alcançado mediante a evolução espiritual; o bem-supremo se consegue mediante a razão e o auto-controle;
- **Cristianismo**- ética religiosa, teôma/ ética cristã, na qual Deus rege as ações – subordina a filosofia e controla o comportamento dos homens;
- **Santo Agostinho (354-430 A.D) e São Tomás de Aquino (1226-1274)** – resgatam a visão aristotélica e platônica, nas quais se suscita a metafísica e o Bem-Supremo, mas, perpassando religiosidade;
- **Renascimento Europeu – séc. XVI até séc. XIX:**
- **Maquiavel (1469-1527)** – rompe com a moral cristã, propõe a moral própria ao Estado, na qual o que importa são os resultados;
- **Descartes (1506-1650)** – o centro é o homem, de tudo e da moral;
- **Thomas Hobbes (1588-1679)**– busca pela conservação do homem como *fundamento da moral e do direito;*
- **Baruch de Espinosa (1632-1677)** – pensamento individualista de preservação reforçando os argumentos de Hobbes – para ele a *auto-preservação* fazia parte de uma substância divina.
- **John Locke (1632-1704)** – *felicidade pública* – necessidade coletiva do bem e de fazê-lo conscientemente;
- **David Hume (1711- 1776)** – fundamenta a moral em vista a sua utilidade, uma utilidade social de *felicidade e satisfação;*
- **Jean Jaques Rosseau (1712-1778)** – *o homem é bom por natureza;*
- **Immanuel Kant (1724- 1804) –** *regra da conduta na substância racional do homem deontologia – dever = moral;*
- **Friedrick Hegel (1770-1831) -** *a vida ética ou moral dos indivíduos é determinada pelas relações sociais que mediatizam as relações pessoais intersubjetivas;*
- **Karl Marx (1818- 1883)** - *moral como uma espécie de superestrutura ideológica cumprindo uma função social que, via de regra, servia para sacramentar as relações e condições de existência de acordo com os interesses da classe dominante.*
- **Nietzsche (1844-1900)** – *a vida é a vontade de poder* – questiona as origens da moral e as suas aplicações;
- **William James e Jonh Dewey (18421910)** – pragmatismo, no qual a verdade útil é o melhor viver em sociedade;

- **Henri Bérgson(1859-1941)** – distingue a moral fechada da aberta, respectivamente uma é supra-racional, impulsiva/construtora de novas aspirações sociais e, a outra, notifica os direitos e deveres;
- **Bertrand Russel (1872-1970)** – *a ética é uma expressão dos desejos de um grupo;*
- **Jurgem Habermas (1924)** – propõe a *teoria da ação comunicativa* segundo a qual o homem necessita resgatar o sentido do bem ante às *regras de dominação técnica do mundo natural.* Busca pela disponibilidade de igualdade no *agir comunicativo,* ou seja, o envolvimento argumentativo, crítico e interativo que promovam um concenso de opiniões por parte dos indivíduos, de forma a sublimar *fatores de poder que poderiam perturbar a argumentação.*
- **John Rawls (1971)** – formula a *Teoria da Justiça*, entendendo essa como possuidora de propósitos de equidade para cada pessoa na sociedade.

Partindo do exposto, constata-se que a cada época a ética varia conforme as perspectivas, políticas, culturais, econômicas variam na sociedade. Noutros termos, a ética evolui mediante o pensamento e as ações manifestas pela sociedade no sentido de resguardar a sua preservação com um todo.

Em alguns casos a ética se confunde com a moral, em outros propõe novas leituras a seu sentido, como é o caso do entendimento feito pela justiça e o do *agir comunicativo*. Contudo, isso não fica distante de uma de suas tendências a de que a ética parte de um mesmo ponto, a realização do *bem comum*, esse em forma de ações/atitudes que exprimam desejos de um grupo consciente de indivíduos que por meio de sua capacidade interativa/integrativa, constantemente renovem e inovem sua realidade social.

1.3 – A ética na prática

Parece um tanto redundante falar da ética e de como a mesma é praticada/aplicada. Contudo, se forem destacadas as várias mudanças que vêm se processando junto ao cenário mundial, desde suas primeiras conceituações, será possível detectar que, por alguns períodos a própria sociedade se distancia de sua aplicabilidade; ainda que a ética pressuponha, como se viu, *habitar* o próprio indivíduo.

É fato que para cada atividade que um indivíduo venha a realizar, junto a sociedade de que faça parte, é preciso além do desenvolvimento de habilidades e apreensão de técnicas específicas, desenvolver também seus conhecimentos em sentido de aflorar seus preceitos éticos. Assim, por exemplo. Aquele que se consagra médico, conforme se observa através do Código de Ética da Medicina em seu artigo 1º, deve possuir por base que:

> *A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.* (CODIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2005, *on line)*

Acompanhando esse raciocínio, no que tange as especificidades éticas de cada área, além da Medicina, também no âmbito da Comunicação Social pode-se

observar a existência de preceitos éticos a serem seguidos por profissionais dessa área, tal é o exemplo dos profissionais de Relações Públicas, os quais em seu Código de Ética, trás como Princípio Fundamental que: "O profissional de Relações Públicas baseia seu trabalho no respeito aos princípios da Declaração Universal dos Direitos do Homem".(ANDRADE, 1998, p.48).

Nos dois casos apresentados, ou seja, tanto em relação a Medicina como quanto a Comunicação, identifica-se a existência de um fato comum, *a manifestação dos atos humanos* que se mostram intimamente ligados a realização de um bem estar coletivo. De certa forma observa-se ainda que independente da profissão/atividade se parte de um propósito social maior, o qual se reconstrói em meio as mudanças propostas e vividas pela própria sociedade.

Na prática a ética se aplica como pólo catalisador de definições para o que venha a ser o *bem* e o *mal*; impulsiona atitudes que visem a fundamentar os princípios e as normas; enfim, acaba por *direcionar* o comportamento dos indivíduos para a reflexão sobre seus direitos e deveres na prática de suas atividades cotidianas.

Concordando com a afirmação de SANSON (*2005, on line*):

> *Ética não é a ciência mecânica, não é técnica que se aprende, põe-se a funcionar e funciona. Nem é ciência, como a lógica, voltada para a inteligência: aprende-se, põe-se em prática, é eficiente. A ética dirigi-se à vontade, ao âmago do ser humano, à consciência. Mais do que ciência, Ética é sabedoria.*

O pragmatismo da ética concerne em despertar no ser humano o seu *senso de ser* e de pertencer a uma estrutura mas, acima de tudo de compreender que suas ações refletem via lógica sistêmica, ou seja, ganham forma sobre toda uma coletividade de indivíduos.

Doravante, ações que carreguem possibilidades negativas, como por exemplo, levantar falso sobre alguém que se tenha ciência de sua inocência pode acarretar a desestruturação de parte do sistema a que pertence, sua família e mesmo junto a opinião social. Ao contrário disso, se a verdade, sobre os fatos que estejam sendo expostos, for enaltecida, essa atitude também implicará em uma repercussão junto ao sistema mas, de forma positiva, vez que terá caráter de fortalecê-lo. Sobre essa falta de pensamento sistêmico AMARAL (SANSON,*2005, on line*) salienta que [...] o fragmentismo é, talvez, a principal miopia da moral de nosso tempo...

Por conta disso, pode-se afirmar que a ética reside em praticar ações que não representem meramente interesses pessoais mas, sim que possam, de algum modo, gerar crescimento para a sociedade. Isso pois, de nada servirá a ética se a mesma estiver ligada a um apanhado de disputas egocêntricas, das quais o único resultado provável é a descaracterização do *ser pleno de virtudes*.

Concorda-se aqui, com o pensamento de ALMEIDA (*Apud* SANSON, 2005,*on line*), o qual afirma:

> *Certamente que, enquanto as regras e leis forem feitas* ***para os outros****, continuaremos falando em: ética na propaganda, ética na política, ética na*

medicina, etc., como se fosse um acessório a ser usado eventualmente para evitar punições. Enquanto a ética não fizer parte do nosso modelo de educação, integrada à nossa cultura seremos obrigados, de vez em quando, a ter de agir de forma ética. (destaques do autor).

Portanto, esse é então o certame das discussões acerca de temas ligados à ética, pois trata de refletir sobre as posturas adotadas no dia a dia, as quais ao invés de perceberem a ética como elemento necessário a formação dos indivíduos, bem como sua transformação em cidadãos conscientes de seu direitos e deveres, passa a interpretá-la como algo alheio a vontade e como um mecanismo de repressão.

Um exemplo disso é fazer a leitura de que o Direito Penal tem por finalidade ser um mecanismo exclusivamente punitivo aos desvios de conduta e, não como se essa área do direito preza-se por reconduzir a harmonia social ou mesmo reintegrar o indivíduo *desviado* à sociedade.

O que vem ocorrendo hoje, não só no Brasil, é que com a grande quantidade de informações que se tem acesso e mesmo a facilidade com que as mesmas chegam a sociedade, através dos Meios de Comunicação (televisão, jornais, revistas, etc.), a ética apesar de ter existência junto a sociedade parece colocar-se a parte dela, assumindo contornos de mero dispositivo de *manipulação*, a qual visa assegurar interesses específicos de alguns poucos grupos que se comportam como controladores/ indutores da opinião pública.

Diante disso surge a preocupação acerca do enfraquecimento de propósitos virtuosos, percebe-se uma mudança de comportamento em alguns indivíduos, os quais passam a ter *medo de fazer o que é correto*.

Para o professor Carneiro Leão, da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ):

Hoje em dia muito se fala em crise da ética. Os progressos da técnica, as descobertas da ciência, as ideologias políticas levaram de roldão os princípios de ordem e as forças de ordenamento que, por séculos, guiaram, com a majestade de fins e virtudes éticos, morais e religiosos, a dignidade das ações e reações de indivíduos e grupos, de poderes e instituições. Por toda a parte se instala cada vez mais a ordem da desordem. E ainda não é tudo. Nossa situação atual é bem mais grave. Não vivemos apenas uma crise de ética. Vivemos a radicalidade da crise. (LEÃO, 1984)

Persiste nessas considerações o problema de ter de ser repensada a ética e ainda o porque de se *ser ético* num cenário mundial que está em contínua transformação, a qual o mercado produtor de produtos e serviços delimita quase que em totalidade o agir dos indivíduos.

Na amplitude do problema se percebe que os indivíduos, raras exceções, têm optado em fazer o que é *quase certo* em detrimento do que se possa entender como sendo o *certo*. Isso ocorre, quase sempre, por aparente receio de se sujeitar a julgamentos ou exposições aos questionamentos de uma maioria que vive sem apreender o verdadeiro propósito ético. É em si, a manifestação de um ciclo, no qual

ao invés de se encarar a ética com a naturalidade que ela merece se passou a questionar em que momento essa deva ser realmente aplicada, perdendo o real sentido da proposta ética, ou seja, o qual se manifesta mediante ao somatório de ações/atitudes humanas que posam vir a repercutir positivamente para o bem estar social.

No Brasil, situações como essas de se fugir aos propósitos da ética se percebem a cada instante, como por exemplo, através de uma propaganda do Governo Federal, deste ano de 2005, a qual adota o tema *"Dar o bom exemplo"*, como se isso estivesse extinto; assim como, existem também reportagens em que se enaltece exemplos de honestidade, nos casos em que um determinado cidadão devolve uma mala, cheia de dinheiro, a seu proprietário.

O distanciamento da ética, nesses exemplos, se faz não por usar dessas situações como modelo do que é correto fazer, mas, por alardear situações que para a ética social deveriam ser corriqueiras e não inusitadas.

Vale dizer que, mesmo diante de crises ou situações de instabilidade se espera que a ética seja resguardada, haja vista ela ser um dos *pilares de sustentação da harmonia e desenvolvimento sociais* e, nisso grandes instituições como a família, a igreja, as empresas têm fundamental papel. Não se pode esquecer também que, os Meios de Comunicação, incluem-se, aqui, como poderosos aliados no que tange a sua capacidade difusora de informações e, por conseguinte, assumem também determinante papel no sentido de preservação da ética na sociedade, considerando que eles atuam como meios para instigar a reflexão sobre as diversas direções que a conduta dos indivíduos possa vir a se manifestar interagindo com os demais na constituição de uma sociedade.

2 – Os Meios de Comunicação e sua influência sobre a sociedade

Para tratar da influência que os Meios de Comunicação exercem sobre a sociedade, é preciso se compreender, pelo menos sinteticamente, seu agente motivador: a Comunicação.

Comunicação é um vocabulário derivado do latim *comunicare*, cujo significado relaciona-se ao *tornar comum*, *partilhar, repartir, associar, trocar opiniões, etc.*; por conta dessa origem, pode-se também afirmar que é, pois, uma necessidade natural do homem que, desde seus primórdios, busca o convívio social e, fazendo uso dela.

Para que a comunicação ocorra, além da existência de informações/mensagens é preciso também o envolvimento de outros elementos, como o do próprio ser humano em contato com outro; a linguagem; o estímulo e evocação de respostas; os meios para comunicar e, propriamente, o estabelecimento de um processo de comunicação, não de maneira linear, mas, com a continuidade de ações ligadas ao importante papel de dar sentido comum ao que os indivíduos possam expressar. É ainda compreender que a continuidade não implica na rigidez de pensamento na forma de condução desse processo, ao contrário é mudar em consonância com o tempo em que são realizadas as ações.

Assim, pensar a comunicação e de como essa transita por entre a sociedade é de primordial importância para se entender que os Meios de Comunicação fazem parte de um grande processo, o qual envolve, por excelência: a) fonte (de onde

provém o que será comunicado); b) codificador (que transformará as idéias da fonte em um código comum); c) mensagem (escrita, falada, gestos prontos para serem transmitidos); d) o canal (condutor da mensagem, podendo ser auditivo, visual ou tátil); e) decodificador (interpreta o que recebe); f) receptor (recebe); esses elementos, convém compreender, ao serem *misturados* constituirá o que na comunicação chama de discurso e, que se *misturados e utilizados,* de forma inadequada, não gerarão resultados satisfatórios, a quem quer que estejam destinados.

Segundo BACCEGA (2002), o discurso é o lugar em que a linguagem e a ideologia (pontos de vista, idéias, conteúdos, temáticas, etc.) se manifestam de modo articulado.

Isso subentende que as manifestações- expressões da sociedade acontecem por meio de sua linguagem e sua contextualização através dos mais variados tipos de discursos, o que culmina com a plenitude do processo comunicacional, ou seja , a interação entre os indivíduos.

> *O campo da comunicação constitui-se com base em uma multiplicidade de discursos que originam e configuram a unicidade do discurso da comunicação. O comunicador é o indivíduo/sujeito que o assume enunciador/enunciatário de todos os discursos em constante embate na sociedade, ele é o mediador a informação coletiva. (destaque nosso). (BACCEGA, 2002, p.21)*

O discurso reflete a evolução do pensamento da sociedade. Tanto é assim que a constituição dos indivíduos, no que trata de sua inserção como ser social, ocorre pela comunicação expressa pela *produção-circulação- consumo* de vários discursos, os quais têm início em seu processo de subjetividade, a qual [...] *nada mais é do que o resultado da polifonia que cada indivíduo carrega. Essa condição* de paciente/agente leva-nos a designá-lo indivíduo/sujeito. (BACCEGA, 2002)

Daí, dizer que os Meios de Comunicação reorientam e conduzem uma diversidade de discursos até a sociedade conforme a adequação ao veículo pelo qual se apresentem; seja por meio televisivo, pelo rádio, jornal, revista, livro, filme...

Sinteticamente, RABAÇA e BARBOSA (2001:479-480) definem os Meios de Comunicação da seguinte forma:

> *[...] ao contrário dos meios de transporte os meios de comunicação não são neutros. Eles moldam a mensagem à sua própria imagem. Cada um utiliza um tipo de linguagem ou código. A informação pela palavra escrita (um livro, p.ex.) não é a mesma informação transmitida pr um filme. Cada veículo exerce sua influência – suas próprias peculiaridades- sobre a mensagem e, neste sentido torna-se parte da própria mensagem. Veículo e mensagem são inseparáveis.*

É nisso que reside a preocupação com o preservar pelo que venha a ser ético no posicionamento dos Meios de Comunicação e em seu uso, ou seja, se eles estão a serviço de colaborar para uma evolução consciente da sociedade se compactuam por sustentar interesses específicos/vantagens particulares que possam

colocar a mesma em desvantagem, ao agir se ética sem nem se dar conta disso.

RABAÇA e BARBOSA (2001), recorrem a Bernard Berelson e afirmam que *certas mensagens, sobre certos assuntos, trazidos à atenção de certo tipo de gente, vivendo em certas condições, produzem certos tipos de efeitos.*

Ao refletir sobre essas afirmações chega-se ao ponto máximo de uma das discussões desse trabalho, ou seja, de que os Meios de Comunicação influenciam diretamente o comportamento da sociedade. Logo, as diversas informações que por eles circulam devem ser tratadas com responsabilidade e essa deve ser compartilhada entre o proprietário do meio e o *capturador de fontes e fatos*, seu tradutor, que junto a grande imprensa representa-se, com destaque, na figura do jornalista.

Mediante a definição, também de RABAÇA, o *jornalismo, consiste na atividade profissional que tem por objeto a apuração, o processamento e a transmissão periódica de informações da atualidade, para o grande público ou para determinados segmentos desse público.*

Noutras palavras, o que é difundido para a sociedade, pelos Meios de Comunicação, não se exime de trazer uma carga discursiva que componha o pensamento e a visão da realidade do jornalista; nem tão pouco do proprietário do meio.

Por esse pensamento junta-se também o fato de que a tão falada imparcialidade é meramente parte de um *grande discurso* mas, que no entanto, fica longe de ser alcançada, haja vista que o próprio relato dos fatos já apresenta claras demonstrações de envolvimento do emissor ao formular o discurso que por vezes será difundido. Essa visão tem a ver com o pensamento de um dos grandes teóricos da comunicação, Marshall McLuhan, o qual sustenta que *o meio é a mensagem e é sempre o prolongamento de um sentido ou de uma faculdade humana.* Portanto, pela própria característica humana, a necessidade de *envolver-se* ao que seja difundido é parte do processo evolutivo de comunicação e da sociedade.

2.1 – A Televisão: protagonista/aliada ou vilã?

São inúmeros os exemplos que podem ser dados tanto sobre o envolvimento dos jornalistas ao emitirem seus relatos quanto da extensividade dessas condutas que evidenciam a influência dos meios de comunicação junto a sociedade.

É o caso, por exemplo, das diversas crises econômicas e mesmo políticas, pelas quais o Brasil passe ou tenha passado. Enquanto uns jornalistas apenas informam, sem emitir opinião pessoal, outros esboçam ares de revolta e indignação pelos fatos que relatam. Em outros casos presencia-se um misto de *parcialidade-imparcial*, como se pode ver no Jornal Nacional apresentado pela Rede Globo de televisão, pois, assim que os apresentadores Fátima Bernardes e William Bonner finalizam uma matéria, por exemplo, sobre o *escândalo do mensalão*, o cronista Arnaldo Jabor profere sua crônica *onde está o dinheiro?*

Cabe esclarecer que não se vê tais modelos de se praticar o jornalismo como prejudiciais à sociedade, até porque essa não é uma *caixinha* na qual se depositam inúmeras informações com a finalidade de se realizar um arquivo. Ao contrário, a sociedade é uma das interlocutoras e criadoras de seu próprio discurso. Tanto é assim que seus membros externam sua criticidade ao se depararem com questões que ensejem levá-los ao engano advindo de informações geradas e transmitidas com o

cunho jornalístico, como foi o caso exposto sobre *PCC e suas investidas, na cidade de São Paulo,* apresentado pela equipe do animador de programa de auditório Augusto Liberato – Gugu. Nessa matéria há uma simulação de informações que colocam a sociedade paulista em pânico, o qual posteriormente é constatado como desnecessário, tendo em vista que o que fora informado tratava-se na verdade de uma fraude e, isso leva a opinião pública a manifestar o seu repúdio.

É certo, porém, que em algumas circunstâncias o *público* alinha-se a uma postura mais de *paciente* que de *agente*, fato que pode ser percebido junto a explanação de notícias referentes a Medicina e a seus avanços.

Muito provavelmente, isso se deve a própria maneira de como as informações são trazidas ao público, ou seja, ou com superficialidade ou com tamanha profundidade que os próprios argumentos científicos, utilizados no preparo da matéria, impedem que a mesma seja entendida com clareza e levam o receptor ao erro ou mesmo a julgamentos precipitados.

Para a Medicina e, em especial a classe que representa, ou seja os médicos, isso repercute mais negativamente que de forma positiva, a considerar que o *confronto de versões* sobre um mesmo assunto pode vir a solidificar a perda da credibilidade e levar a opinião pública a se colocar contra aos avanços e descobertas que possam vir a assegurar uma melhor qualidade de vida aos indivíduos. Nesse aspecto, alguns Meios de Comunicação se sobressaem mais que outros, como é o caso da televisão.

Até mesmo pelos exemplos dados anteriormente, constata-se que essa, ao contrário dos jornais e das revistas, possuem um grau de amplitude junto aos indivíduos extremamente significativo, principalmente por despertarem todo seu conjunto de sentidos por meio de seu trabalho de imagens, as quais geram uma maior proximidade com o público que, ao contrário de *ler* as informações, em muitos dos casos, apenas consomem uma *possível verdade*.

Isso representa o entendimento para a seguinte afirmação de Bourdieu, o qual em 2000 dizia ser necessário *saber recusar a TV*. Sua recusa não se trata de abolir a televisão ou o que ela apresente e sim, um estímulo ao expectador em sair da condição de paciente e se tornar um agente, dotado de criticidade em relação ao que lhe é exposto.

Para Bourdie (ANÁLISE,2002, *on line*)

> *A tela da televisão tornou-se hoje uma espécie de espelho de Narciso, um lugar de exibição no qual querem se mirar os intelectuais (filósofos e escritores) mediáticos...defendia que, sem um verdadeiro contrapoder crítico, não há democracia." Ele afirmava, portanto, que pouca coisa pode ser dita num veículo que impõe o assunto, o tempo irrisório e que tem interesses econômicos invisíveis e, muitas vezes, inconfessáveis. Tudo isso faz da televisão um formidável instrumento de manutenção da ordem simbólica.*

Pelo exposto, compreende-se que a televisão é aliada da sociedade proporcionalmente a sua capacidade de externar manifestações de um senso crítico em relação ao que lhe é apresentado, sem que se sirva de mero reprodutor de *ordens comerciais* engessadas pura e simplesmente no lucro-audiência, do veículo.

No entanto, as vezes em que a televisão se predispõe a apenas *informar sem formar*, no aspecto de que isso seja levar a opinião pública a não desenvolver questionamentos sensatos sobre o que consome, ela torna-se mero agente transmissor de discursos sustentados por particulares que colocam seus interesses acima dos interesses da sociedade.

Para FAIRCLOUGH (2002), tradução de Álvaro Souza:

> *[...] a comercialização enfraquece a mídia como uma esfera pública [...] há uma diversificação de atenção e energia de assuntos sociais e políticos para isolar as relações existentes de poder e domínio de um desafio sério – as pessoas são tornadas expectadores de eventos ao invés de cidadãos participantes.*

Em essência, a televisão pode ser então, ora aliada, ora vilã; sua postura irá depender exclusivamente de como os indivíduos, construtores de sua sociedade, buscam por resguardar seu papel de cidadãos; questionando seus direitos e deveres, no que tange receber informações de qualidade.

2.2 – Pequenas pautas e grandes mobilizações da Opinião Pública

Assim como existe um *agendamento* de ações pelas pessoas, no que diz respeito as atividades que desenvolverão ao longo de um determinado período, assim também ocorre nos Meios de Comunicação. Toma-se essa informação por compreender que, além de as vezes esses meios serem conduzidos em função de interesses particulares em detrimento dos interesses da sociedade, as informações que transmitem também se guiam pela hipótese do *agenda setting*, os quais, *"mais do que o pensar, os meios nos dizem o que pensar"*. A partir dessa idéia, pode-se afirmar também que os meios, através de seus *atores*, os jornalistas, levam a sociedade a pensar de uma determinada forma ao invés de outra, a depender de como dêem contornos a seus discursos. Com isso, os Meios de Comunicação e suas pautas são definidas e repetidas, influenciando a opinião pública. O que é divulgado, principalmente se estiver alinhado a algum conglomerado comunicacional, ganha proporções gigantescas e virá a sustentar o discurso do mercado.

É, portanto, oportuno a reflexão de BARBEIRO (2002, *on line*):

> *À medida que a indústria de publicidade e relações publicas torna-se cada vez mais hábil em controlar a opinião pública, as posturas, as crenças e os sistemas de valores, foi se tornando um imperativo manter o segredo e levar a população a reprimir a consciência daquilo que os manipuladores estão tramando. Held diz que está na mão da mídia, ainda a última direção do consumo, do divertimento, da política e da religião, com suas promessas de reduzir a ansiedade.*

As ponderações de BARBEIRO(2002, *on line*) reforçam as entrelinhas desse trabalho, ou seja, refletir sobre como se estabelece e ao mesmo tempo pode ser preservada a ética junto aos Meios de Comunicação e ainda assim, fazerem com que esses, nas circunstâncias expostas prosperem essa ética junto aos diversos segmentos da sociedade como é o caso da Medicina, seu exercício e difusão de suas atividades.

Destaca-se ainda que a opinião pública, quase que em sua totalidade, representa o pensamento induzido por aqueles que são responsáveis pela elaboração das matérias/notícias difundidas, junto aos teles jornais e a grande imprensa, ou seja, os comunicadores, os quais, como afirma BARBEIRO(2002, *on line*), *"[...] geralmente jornalistas e âncoras, são difusores de opinião, e não formadores de opinião. Não são doutrinadores nem condutores de povos."* Logo, o perigo de burlar a ética, por parte dos Meios de Comunicação, associa-se ao poder de representatividade/solidez de imagem e credibilidade enunciados nas opiniões presentes na elaboração do discurso de seus condutores.

3 – *No Ar*: repensando a ética entre fatos e imagens da medicina

Como não é intenção desse trabalho dar voltas em discussões atreladas a ética junto aos *movimentos* dos Meios de Comunicação, pelo mundo, passar-se-á a compreender, agora, como se estabelece a relação entre esses e a ética, sendo processada no Brasil, junto a Medicina, uma das diversas áreas que são potenciais geradoras de fatos/notícias e repercutem na sociedade brasileira e no próprio âmbito médico.

O entendimento da ética em relação aos Meios de Comunicação é por si, a maneira pela qual as informações sejam conduzidas à sociedade, independente de ser uma pequena nota ou uma grande manchete.

Sobre isso, convém analisar que constantemente, programas de entretenimento, telejornais como também a grande imprensa brasileira têm tratado de temas como a proibição ou legalização do aborto, uso de células tronco, cirurgia plástica, obesidade, política, religião; entre outros tantos, meramente como *novos produtos* a serem desejados e propalados. Tornam-se assuntos efêmeros e sem a real importância que tenha que ser despertada na sociedade. Portanto, a atenção dispensada para com a celebração da relação ética que possa se mantida entre os Meios de Comunicação e a Medicina reside na forma como as informações vêem sendo difundidas, ora com responsabilidade, ora com excesso de displicência o que só faz criar retrocesso no desenvolvimento e percepção do sentido abrangente que as ações éticas representam para a sociedade.

Muito embora haja ciência dessa responsabilidade, por parte de alguns *agentes difusores* (jornalistas, editores, pauteiros,etc.), existe outro fator a ser analisado, ou seja, a responsabilidade que os profissionais da medicina têm de se fazer compreender ao repassar suas informações àqueles que a tornarão de conhecimento público.

3.1 – Alguns fatos e imagens

Em 2002, na revista Época, foi publicada a matéria com a seguinte chamada: "*Traídas pela Medicina*", no período, a notícia levou a milhares de mulheres que faziam tratamento para reposição hormonal a entrarem em pânico por terem sido levadas a pensar que poderiam, em pouco tempo, desenvolverem doenças como o câncer ou as cardiopatias.

Pelo próprio título da matéria já é fácil compreender o impacto que isso causou, afinal, não foi apenas uma notícia sobre um assunto específico; foi na verdade o *colocar em xeque* toda uma ciência que a anos procura resguardar a vida e bem - estar/saúde dos indivíduos.

Nesse aspecto a farmacêutica e ex-aluna do curso de jornalismo científico da Unicamp, ponderou:

> *Dada a chance, a imprensa não perde a oportunidade de espinafrar a medicina. A divulgação do estudo americano sobre os riscos da reposição hormonal não só abalou a já fraca confiança da população em relação aos médicos, como também mais confundiu que esclareceu. E mais uma vez mostra como a interpretação dos fatos científicos pela imprensa é problemática. (*CHRISTANTE, 2002, *on line)*

Também se observa, assim como na notícia, o impingir de juízo de valor que reporta exclusiva responsabilidade ao fato à imprensa, ainda que exista motivo para indignação.

O mais complexo dessa história é detectar que o problema enunciado, da reposição hormonal e seus riscos, foi publicado no *Journal of American Medical Association*, um jornal de grande representatividade no meio científico. No entanto, ao contrário do que a revista Época propunha como verdade interpretada, o estudo apenas fazia menção a margem possível de intolerância dos hormônios estrógeno e progesterona. Em nenhum momento se fez alusão a uma generalização de casos. O que, em verdade, ocorreu foi uma precipitação de interpretações sobre o que havia sido apresentado como resultados de uma pesquisa. Fora isso se desconsiderou que por fazerem parte de uma pesquisa, os resultados, podem ser contestados/ reformulados/ aprofundados, vez que eram ainda parte de um primeiro estudo.

Assim como esse exemplo, vários outros se destacam pelos noticiários, como o uso de substâncias/medicamentos novos, como o botóx, fios de ouro, inibidores de apetite ou *simples analgésicos* para cefaléias, todos esses, num momento são ótimos e em outros são transformados instantaneamente em vilãos, por mais avanços que tenham representado num período. A razão dessas oscilações é que a *"medicina trabalha com margens de segurança, que podem ser toleráveis ou não"*.

O outro lado, ou melhor o agente que deveria ser ativo ou cobrar explicações coerentes, ou seja, a sociedade, essa é apenas *levada a compartilhar* de uma ambiência sensacionalista que infelizmente acaba sendo sustentada pela própria classe médica e também pelos Meios de Comunicação, através de seus repórteres.

A partir do momento em que a classe médica parte para o mero revide do que esteja sendo acusada, perde a oportunidade que lhe é dada de se preparar para esclarecer de forma objetiva os equívocos gerados pelo que se entende, aqui, como uma falta de qualificação profissional do jornalismo voltado para a divulgação científica.

CHRISTIANE(2002, *on line*),

> *Pena que os pacientes não reivindiquem todos os seus direitos, que os médicos não exerçam todos os seus deveres e que a imprensa se preocupe apenas em alimentar a fogueira com mais lenha.*

Apesar da afirmação ser um tanto apelativa, no entanto, refere-se a uma expectativa de que aflore a ética em sua extensão, ou seja, na postura do jornalista ao

colher informações e esclarecer seus vieses; na mesma proporção em que esperasse, por parte de alguns médicos, inverterem a posição de distanciamento ora percebida no uso excessivo de termos técnicos e, também de forma com que a sociedade mova-se em busca de informações de maneira mais consciente e reflexiva.

Outro exemplo da relação entre a ética, os Meios de Comunicação e a Medicina pode ser observado quando da comparação ente a eficácia da Homeopatia em relação a Alopatia. Para alguns jornalistas as duas são tratadas eqüitativamente, principalmente se tomam por referência a postura adotada pelo Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira, considerando que ambas apóiam esse tipo de tratamento; outros jornalistas fazem distinções, preservando pelo entendimento de que os próprios fundamentos científicos não suportam as duas áreas avaliadas sob um mesmo enfoque. Nesse caso, denota-se uma certa confusão, porque não dizer incoerência, já que levanta a polêmica: de quem é o interesse de promover a homeopatia, senão de um mercado pronto para canalizar ações de venda dos produtos por ela gerados?

Ao contrário de ser a favor ou contra o uso da Homeopatia, a preocupação reside em constatar que a Medicina e seus representantes parecem não se esforçarem a esclarecer essa *ambigüidade*, parecem apenas querer sustentá-la.

Outros exemplos sobre a falta de limites e mesmo a presença de discussões ambíguas na relação entre os Meios de Comunicação e a Medicina podem ser encontrados nas seguintes matérias de capa da revista Seleções Reader's Digest:

- *Fique 10 anos mais jovem sem cirurgia*
- *Tudo para você perder peso – a (sua) dieta ideal, coma de tudo e comece hoje*
- *Guia de remédios contra a dor – qual o melhor para você?*
- *Preocupado com a gordura, tente a dieta do susto*
- *10 doenças que os médicos não vêem*

O que se extrai desses títulos de manchetes é o comprometimento jornalístico com os *apelos mercadológicos para venda* e um solidificar de idéias que se aproveitam das *fraquezas* pessoais de cada leitor, na maioria dos casos, para estimular a venda de exemplares. Mesmo que, ao tomar contato com o conteúdo das matérias se constate a existência de certa seriedade na abordagem com a participação de médicos esclarecendo dúvidas de forma simples e objetiva. Isso esclarece que mesmo quando o teor das reportagens seja compatível com o que se entende pelo condução jornalística com bom-senso, a outra parte, ou seja, os médicos desapercebem-se de como a colocação de um *simples* título para uma matéria transformam importantes informações em produtos efêmeros.

Nesse caminho, é raro encontrar a presença de assessores de comunicação e jornalistas especializados, acompanhando e direcionando o conteúdo das entrevistas médicas, ambos com prerrogativas e qualidades para ajudar a dirimir distâncias e evitar interpretações equivocadas junto a sociedade, no que diz respeito a assuntos ligados a Medicina.

Há de se esclarecer que:

> *[...] as relações entre ciência/tecnologia e sociedade, permeadas por uma rede complexa de interesses e compromissos, exigem uma nova postura do jornalismo científico, agora, mais do que nunca, comprometido com uma*

*perspectiva crítica do processo de produção e divulgação em ciência e tecnologia (*BUENO, 2002, *on line)*

Essa afirmação levanta um questionamento acerca de: qual a postura que os médicos devem assumir para resguardarem a ética e no que contribuem para a formação de um discurso, principalmente quando esse diz respeito a indagações polêmicas. A exemplo disso, tem-se a eutanásia, o suicídio assistido e a ortotanásia. Durante discussões como essas não se espera, por exemplo, que o jornalista aborde esses assuntos de maneira alarmista ou mesmo compelindo diferentes seguimentos da sociedade a um eterno confronto que não representa progresso algum, como é o caso de se colocar a igreja contra a medicina e algumas de suas inovações. Assim como, não se entende que deva ser eufórica a postura de médicos que venham a debater sobre isso.

Com temas como esses cabe aos médicos, como representantes de uma classe e, principalmente na condição de cidadãos esclarecer que quando a morte venha ser inevitável, talvez, o recomendado seja no mínimo a preservação da dignidade do paciente, ao optar por não prolongar o sofrimento desse.

Para LEMOS (2001, *on line*), no Brasil, essa falta de consenso sobre esse assunto tem a ver com o pensamento de boa parte da classe médica de achar que deve *fazer tudo* para evitar a morte, primando por dois aspectos:

> *A) de uma das interpretações do Código Penal, de 1940, quando a realidade diagnóstica, terapêutica e científica era outra;*
> *B) também da falta de clareza do texto do Código de Ética Médica, de 1988, que não explicitou o direito à ortotanásia. Na época, a equipe redatora achava estar implícito que, quando não há a mínima esperança de reversão do quadro, a conduta ética pode ser a dispensa de tratamentos extraordinários. Não estava. Tanto que ainda gera dúvidas entre muitos médicos, que receiam processos por essa conduta.*

Inegavelmente, se comprova a necessidade de haver um alinhamento entre o discurso médico e o discurso jornalístico mas, mais que isso, primar por um ponto comum a ser alcançado: a ética de se apresentar para sociedade notícias fiéis a essência de seus assuntos. Noutras palavras, não se pode admitir que assuntos de interesse público sejam tratados como *válvulas disparadoras de audiência*, sem colocar precisamente quais as reais implicações, que os fatos noticiados, possam trazer para a sociedade.

Constantemente é possível presenciar, nos noticiários e em jornais de grande circulação, a superexposição de *cenas da "saúde" do povo brasileiro*, nas quais, pode-se rapidamente listar:

- pacientes *jogados* pelos corredores de hospitais públicos;
- falta de estrutura física para suportar a demanda de atendimentos;
- demonstração de despreparo e de preocupação dos profissionais da saúde, por falta de investimentos governamentais e mesmo pela acomodação com o caos;
- aumento do número de casos de óbitos indefinidos/indeterminados;
- estímulo a procura por cirurgias plásticas, meramente por *caprichos estéticos* suscitados por um modismo e, não por real necessidade;

• trocas de bebês em maternidades;

• casos chocantes como os que ocorreram na cidade de Própria/Sergipe, no qual o jornal televisivo local, da TV Atalaia e mesmo TV Sergipe, afirmam que um médico obstetra *arrancou a cabeça de uma criança durante o parto e depois encaminhou a mãe ao Hospital Geral da capital, com a cabeça da criança dentro de uma caixa de papelão para fazer curetagem do restante;*

• divulgação via informes publicitários, nos quais o Governo do Estado de Sergipe notifica ter realizado milhares de atendimentos ginecológicos sem, ao menos, se dar conta que enquanto falavam de saúde uma das imagens era a de várias mulheres na fila esperando com suas lâminas par coleta de material nas mãos, sem nenhum cuidado de higiene, descartando por completo o preceito de esterilização para segurança do resultado do exame;

• jornais, como o Cinform, também de circulação local, que destacam manchetes sobre 200 homens que perderam o pênis, por falta de informações sobre higiene intima; operação de parafimose em criança que termina por deixá-la paraplégica...

Enfim, são inúmeros os casos que podem ser relatados e que geram uma perversa progressão do número de incidência de irresponsabilidade ou sensacionalismo na difusão dessas imagens e fatos ligados a Medicina.

É, então, difícil crer que quando alguns apresentadores de telejornais ou programas de auditório, pronunciam a expressão *no ar*, seja meramente um sinal de que os programas tiveram início. Na verdade, chega-se a cogitar o pensamento de que os assuntos que serão, a partir de então, mostrados ao público devam permanecer *no ar*, sem reflexão, parecendo ser o principal compromisso, nesse sentido, o de *anestesiar os telespectadores* e, o mais se apresenta como estranho é detectar que, por muitas vezes, alguns médicos também ficam anestesiados, pois sequer se manifesta uma ação de repúdio ao *enxovalhamento público* de toda sua categoria e respeitadas ações da Medicina.

A ética nesse aspecto reside no fato da tomada de posição acerca de demonstrar o conhecimento, por parte dos médicos, sobre a lei dos direitos e deveres dos usuários; bem como *freiar,* se necessário, por meio de dispositivos éticos que regem os Meios de Comunicação, as investidas inconseqüentes de notícias que só tem uma finalidade, a de repercussão mercadológica, no intuito de elevar os índices de audiência.

O conhecimento e o acesso a ele é o que pode dar aos cidadãos impulso para virem a exigir seus direitos e também lhes permite cumprir com exatidão seus deveres, logo a classe médica é responsável por também compartilhar de suas informações para formar parte da consciência social.

Ao contrário do que ocorria na Grécia antiga, onde *acreditava-se que os médicos tinham o poder de cura delegado pelos deuses* hoje, espera-se não por um *Deus* nos consultórios mas, por cidadãos conscientes de sua parcela de responsabilidade com a sociedade da qual façam parte.

No tocante a questão, a classe médica precisa demonstrar comprometimento para com a sociedade mas, de forma prática. Um bom começo é exatamente reconhecer que os Meios de Comunicação e sua relação com a Medicina não deve

ser encarada com vista ao confronto permanente, como na maioria das vezes acontece; a relação deve ser potencializada no que se refiram a seus aspectos positivos, destacando a abrangência do meio junto a sociedade.

O lado *paciente* do médico que assiste ou lê a uma notícia deve dar lugar ao *agente-cidadão*, esclarecendo situações, fazendo questionamentos e reestruturando, sempre que necessário, a credibilidade de sua área de atuação, junto a sociedade. Para que isso ocorra, no entanto, é preciso ainda a consciência da necessidade de haver debates que envolvam os profissionais da área da saúde, para que sejam levantadas as principais características e assuntos médicos de relevância para divulgação junto aos Meios de Comunicação, bem como revisar posturas assumidas em detrimento da maioria.

Em especial buscar por identificar como a imagem da Medicina e de toda sua classe vêem sendo interpretada e difundida junto à mídia, principalmente quando já se demonstram a seu redor sinais de desgastes, mesmo diante de tantos avanços científicos.

Em certas circunstâncias, esses desgastes representam uma certa perda de credibilidade, principalmente ao se considerar que alguns dos profissionais da medicina se expõem, inconseqüentemente, rumo a captura de *clientes* para seus consultórios, sem ao menos se preocupar que sua imagem e suas ações refletirão sobre toda uma categoria. Logo, "*[...] aos princípios da ética hipocrática de beneficência, não maleficência e sigilo têm que se acrescentar os da justiça eqüitativa e o da autonomia.*"

É fato que não são todos os médicos que comungam da idéia de utilizarem-se dos potenciais dos Meios de Comunicação para promoção pessoal e, nem tão pouco exista fixa apatia da categoria médica quando essa observa os equívocos e irresponsabilidades cometidas ao se repassar uma notícia. No entanto, são poucos os que se manifestam em sentido de assegurar o bem comum, não só da classe que representam, como da sociedade.

Na prática, o que se propõe é o desenvolver de um pensamento tanto por parte dos médicos quanto pelos jornalistas para que conduzam suas atividades em direção ao estímulo da cidadania e de seu exercício.

O temor que eventualmente paira à classe médica em conduzir discussões polêmicas, junto à mídia, por receio de serem dada interpretações errôneas deve dar lugar a uma melhor preparação para esse momento.

Cabe aos Conselhos Federais, Regionais e mesmo as Sociedades Médicas prover o alinhamento de seus discursos a partir da aproximação dos profissionais de comunicação e da compreensão de como se realizam suas atividades.

Não é difícil ver, por exemplo, profissionais de Relações Públicas que monitoram e mesmo criam planos de comunicação junto a profissionais de outras áreas objetivando solidificar a imagem de grandes organizações empresariais. Por que então, medidas como essa, as vezes, são tão difíceis de serem implantadas por alguns dos que compõem o segmento médico?. A resposta para isso permeia particularmente, dois aspectos:

1º) o receio de se expor e o da maneira de como e porque executa suas atividades;
2º) acreditar que não necessita de alguém que venha a facilitar o diálogo com a mídia.

Pois bem, se as próprias terminologias entre os médicos e comunicadores são díspares, também é evidente que cada meio adota uma linguagem e, para isso é imprescindível compreender que um profissional de comunicação poderia atuar como *mediador/redutor de conflitos* entre a Medicina e os Meios de Comunicação.

3.2 – Uma reflexão sintética sobre a Ética e sua presença na relação entre os Meios de Comunicação e a Medicina

Pensar a Ética na relação entre os Meios de Comunicação e a Medicina é antes de mais nada, compreender a urgente carência de profissionais de comunicação especializados em argumentação científica.

Para BUENO (2002, *on line*)

> *O jornalismo científico deve ser, antes de tudo, um compromisso com a qualidade de informação e não pode ficar à mercê do frenesi da sociedade de consumo. Deve, sim, convidar o leitor à reflexão, e até contrariá-lo se for o caso, buscando trazer antes conhecimento que informações fragmentadas, contaminadas por interesses mercadológicos.*

Fundamentalmente, diante dos vários casos apresentados da forma como estão sendo elaboradas e difundidas as notícias ligadas à Medicina, nesse trabalho, reforça-se a observação da constante falta de critérios eficazes de avaliação das informações que venham a compor um noticiário da TV ou mesmo da grande imprensa brasileira. Isso só trata de *punir* a sociedade partindo do pressuposto da falta de habilidade, de alguns jornalistas, em filtrar as informações *colhidas* junto a seus informantes/fontes e a negligência a responsabilidade ao transmiti-las.

O grande viés dessa inabilidade sustenta-se no fator mercadológico, que pode ser demonstrado, por exemplo, a cada inserção comercial, ao incitar os telespectadores, no caso da televisão, a se auto-medicar, com *aval* de pelo menos boa parte dos médicos ou por deixar passar desapercebido que se colocou em segundo plano, ao permitir a veiculação da seguinte mensagem: *"ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser procurado."*, após a divulgação de uma medicação, por mais *simples* que ela se apresente.

Entendendo que a classe médica, parece, observar inerte a tais veiculações, o que a sociedade pode esperar da mesma quando são veiculados casos polêmicos? Qual a imagem que a Medicina e de seus profissionais que tem se projetado para a sociedade? Como a sociedade é levada a se comportar frente a isso?

São tantas perguntas a serem esclarecidas mas, que convergem a um mesmo dilema, o qual se caracteriza pela presença da Ética junto aos Meios de Comunicação e também na relação desses com a Medicina, a partir do momento em que seus representantes tenham a exata consciência da importância de seus comportamentos e opiniões que externam para a sociedade. Portanto, de nada adianta falar em ética e mesmo vislumbrar uma relação sem definir claramente o que se convenciona ético aos dois lados da relação.

4 – CONCLUSÃO

Contemplar um relacionamento harmonioso entre Meios de Comunicação e a Medicina, assim como em outros campos requer técnicas para redirecionar a imagem que a Medicina comporta hoje, além é claro de desenvolver recursos alternativos para transmissão de informações que escapem dos limites, muitas vezes firmados pelos grandes conglomerados comunicacionais.

Como salienta BUENO (2002, *on line*):

> *A questão não é propor que fiquemos à margem da parafernália eletrônica, porque seria ingênuo imaginar que existirá, num futuro próximo, opção para os que dela se isolarem, mas criar condições para uma autêntica democratização da mídia, um vigoroso processo político-social de inclusão das massas nesse ambiente.*

Não se pode aceitar que até agora, a classe médica brasileira, assim como demais segmentos sejam constantemente vitimados, raras exceções, de Meios de Comunicação carregados de estigmas dos seus proprietários, que ora representam interesses e a atuação política de uma região geográfica, ora representam interesses ligados a organizações religiosas.

É preciso se *oxigenar* a ética e sua aplicação em *terreno tão viciado de compromissos contratuais* particulares em detrimento de um comprometimento de maior repercussão: o desenvolvimento de toda a sociedade.

A *oxigenação da ética* se celebra ao desvincular os interesses pessoais de cada médico e de cada jornalista para dar vasão a um pensamento que gere benefício a toda coletividade. No entanto, a medida em que cada setor da sociedade continuar olhando apenas para o que lhe incomoda e deixar de perceber que as relações estabelecidas em sociedade fazem parte de um sistema, não se chegará a uma evolução essencial à ética.

Necessita-se ainda compreender que a ética é o resultado da evolução da cultura, dos valores importantes para a sociedade, sejam eles políticos, econômicos, etc. Logo, se forem preservados e inalterados conceitos celebrados há longa data, nos ditos, *códigos de ética*, sem dar o devido acompanhamento das evoluções/atualizações; a ética, ou o sentido do que é bom para o coletivo pode vir a nunca ser alcançado, pois morrerá estagnado.

A ética é mutável conforme as novas condições que se apresentam, tanto que KUCINSKI (2002, *on line*) afirma: *hoje, vivemos num novo tempo discursivo, marcado pela negação das utopias e pela ausência de um padrão ético hegemônico, exceto no sentido metafísico de que a ausência de padrão também seria um padrão.*

Há de se buscar pela compreensão e para que lado a ética se move, se para amenizar problemas ou realmente para se colocar a frente de desejos de equilíbrio social.

A ética efetiva-se em essência quando está presente o seu acesso por meio da educação das nações, haja vista que ela é a co-responsável pela sua constituição. É por meio da formação, da informação, do ensinar, do aprender a refletir que se

constroem relações éticas, já que na base do ensino as lições sobre direitos e deveres, certamente, culminarão por atos de cidadãos mais conscientes de seu papel, mais questionadores.

Por fim, significa atentar para o fato de que no Brasil, as relações éticas convencionam-se a passar pelo viés político e, cabe a toda sociedade impulsionar reivindicações que permitam ao acesso a educação de qualidade.

Como bem se sabe, toda formação de novas normas e mesmo a evolução da ética depende da sociedade e do impulso que essa exerce sobre aqueles que legislam como seus representantes, logo, buscar por medidas que permitam essas mudanças.

É ainda, contemplar, junto aos Meios de Comunicação e ao que tem a sociedade por direito num dos primeiros olhares, nesse sentido, que tem origem francesa, na Declaração dos Direitos do Homem, quando trás:

> Art. 3.º O princípio de toda a soberania reside, essencialmente, na nação. Nenhuma operação, nenhum indivíduo pode exercer autoridade que dela não emane expressamente.
> e
> Art. 13.º Para a manutenção da força pública e para as despesas de administração é indispensável uma contribuição comum que deve ser dividida entre os cidadãos de acordo com suas possibilidades.

Nesse sentido, de nada adianta contemplar a necessidade de se ser ético em determinado meio, se seu principal meio de acesso é a educação e a garantia para que a mesma seja fornecida reside junto a vontade que a sociedade demonstre em fazer valer seus direitos.

Para sentir a ética e vivenciá-la é preciso compreender que o educar e o como educar são ações que repercutirão no tipo de ética delineada e refletida em cada nação. Sê bons jornalistas, bons médicos ou ainda empresários da comunicação, dependerá sobretudo de sua formação e de como a ética vem sendo propalada/vivida pelo seu país.

Não se pode cobrar um exemplo positivo sem dá-lo ou observá-lo primeiro. Nem tão pouco, pode ser negado que uma das marcas mais difíceis de se superar, em relação a Ética na relação entre os Meios de Comunicação e a Medicina, é que poucos são os que ousam contestar os exemplos negativos dados.

Não se pode esquecer também que existe uma lacuna na capacidade dos profissionais de medicina para um dialogo mais próximo à sociedade. Naturalmente, cabe aos profissionais de comunicação servir de ponte, isto é aproximar a ciência médica da população leiga. O problema reside justamente na maneira com que se tem feito isso. Normalmente a divulgação de notícias médicas serve apenas para suscitar discussões que fogem do escopo médico, como existência da alma, defesa desta ou aquela prática religiosa ou políticas de controle populacional entre outras, ou para a divulgação de técnicas e produtos geralmente atrelados a interesses da indústria de medicamentos como novos remédios ou técnicas cirúrgicas.

Não existe por parte nem dos Meios de Comunicação nem por parte dos profissionais de medicina, salvo algumas exceções que confirmam a regra, como a

então sexóloga Marta Suplicy no TV Mulher da Rede Globo, ou mais atualmente as reportagens do Dr. Drauzio Varela na mesma emissora, uma real atitude no sentido de formar especialistas médicos integrados ao esforço da divulgação e fiscalização das informações médicas, nos meios de comunicação, nem da formação de comunicólogos (em especial jornalistas) que se aproximem mais da realidade médica e atuem como tradutores transpositores do discurso médico, em seus diversos enfoques garantindo assim uma visão mais ampla e coerente com a realidade médica sem suscitar desvios do foco de argumentação, suplantando ou ao menos minimizando, assim, a pressão dos setores da sociedade que vêem a medicina como um mercado que pode servir de construtores e desconstrutores de verdades.

Não trata de defender aqui a criação de mecanismos fiscalizadores ou criticar a atual organização da divulgação médico científica, apenas apontar uma lacuna profissional que possa ser preenchida pelos novos profissionais da comunicação e incentivada pelos profissionais e conselhos médicos abrindo novos espaços para estes últimos no ramo da divulgação médica junto aos meios de comunicação de massa. Essa especialização da comunicação médica, por assim dizer, levaria a uma proximidade e um enfoque mais claro das verdadeiras questões e informações médicas e inibiriam também a presença de geradores de notícias oportunistas e falsas informações que desgastam a imagem da medicina e põe em xeque questões como ética e moral que ficam literalmente "no ar".

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Cândido Teobaldo de Souza. **Guia Brasileiro de Relações Públicas**.[*sine locu*], 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: Informação e documentação – apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: Informação e documentação – trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BACCEGA, Maria Aparecida. O gestor e o campo da Comunicação. **In: Gestão de Processos Comunicacionais**. São Paulo: Atlas, 2002.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 28.

BARBERO, Jesús Martin. O longo processo de Enculturação. In: **Dos meios às mediações**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997, p. 127-141.

BAUDRILLARD, J. A greve dos acontecimentos. In: **A ilusão do fim**. Tradução de Manuela Torres. Lisboa: Terramar, 1992, p. 37-46.

BERLO, David K. **O processo da comunicação – introdução à teoria e à prática**. 8. ed. Tradução de Jorge Arnaldo Fontes. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BOURDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário Crítico de Sociologia**. São Paulo: Ática, 1993. p. 504.

CAMPOS, Raimundo. **Estudos de História Antiga e Medieval** São Paulo: Atual, 1991.

CANCLINI, Néstor Garcia. **Consumidores e Cidadãos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995, p. 50-69. (material apostilado).

CANCLINI, Néstor Garcia. **Culturas híbridas – estratégias para entrar e sair da modernidade**. 3. ed. Tradução de Heloísa Pezza Cintrão e Ana Regina Lessa. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

CASTELLS, Manuel. A empresa em rede: a cultura, as instituições e as organizações da economia informacional. **In: A sociedade em rede**. Tradução de Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 173-217.

CONNOR, Steven. **Cultura Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

DOMINGOS, Adenil Alfeu. **Considerações sobre a notícia como discurso.** Trabalho apresentado no NP02 – Núcleo de Pesquisa em Jornalismo, XXV Congresso Anual em Ciências da Comunicação, Salvador/BA, 04 e05 set. 2002.
DUROZOI, Gérard; ROSSEL, André. **Dicionário de Filosofia**. Tradução de Marina Appenzella. São Paulo: Papirus, 1993. p. 169.
ELHAJJI, Mohammed. **Da semiose hegemônica ocidental – globalização e convergência**. Rio de Janeiro: ECO-Rizhoma, 2001.
ELHAJJI, Mohammed. **Por um jornalismo autoreflexivo.** [Rio de Janeiro]: ECO- UFRJ, [21—]. (material apostilado).
ELHAJJI, Mohammed. **Uma nova organização social para uma nova ecologia cognitiva**. (material apostilado). [Rio de Janeiro]:UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro, [21—].
FAIRCLOUGH, N. **A Mídia e a Linguagem: organizando uma pauta**. Tradução de Álvaro Souza. Aracaju, 2002.
FORMENTINI, Márcia; OLIVEIRA, Tiago Mainieri de. **Ética e Responsabilidade Social – repensando a Comunicação Empresarial**. UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, [s.n], [21—]. (material apostilado).
FREIRE, Patrícia. **O papel da comunicação organizacional interna e das novas tecnologias para a aprendizagem organizacional.** [Salvador]: UFBA- Universidade Federal da Bahia, [21—]. (material apostilado).
GALLIANO, A. Guilherme. **Introdução à Sociologia.** São Paulo: Harbra, 1986. p. 141-195.
GILES, Thomas Ranson. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: E.P.U, 1993. p.143.
GUERRA, Maria José. **Palco das Trocas Simbólicas**. Trabalho apresentado no NP05 – Núcleo de Pesquisa de Relações Públicas e Comunicação Organizacional, XXV Congresso Anual em Ciências da Comunicação, Salvador/BA, 04 e05 set. 2002.
IASBECK, Luiz Carlos de Assis. **Complexidade e Simplicidade na Gestão da**
KENNEDY, Paul. **Preparando para o século XXI.** Rio de Janeiro: Campus, 1993.
LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia Geral.** São Paulo: Atlas, 1982. p. 37-90.
LARAIA, Roque de Barros. **Cultura um conceito antropológico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
LEÃO, Emanuel Carneiro. **A crise da ética hoje**. Rio de Janeiro: Summus, 1984.
MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zelia Maria Neves. **Antropologia – uma introdução**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001, p. 42-66.
MELLO, Leonel A. Itaussu. **História Moderna e Contemporânea**. São Paulo: Scipione, 1993..
MORAES, Denis de. **Planeta Mídia: tendências da comunicação da era global**. Campo Grande: Letra Livre, 1998, p. 59-131.
NETO, A. L. Machado; NETO, Zahidé Machado. **Sociologia Básica.** São Paulo: Saraiva, 1978. p. 81-91.
OLIVEIRA, Jair Antonio de. **Pragmática das Relações Públicas**. Trabalho apresentado no NP05 – Núcleo de Pesquisa de Relações Públicas e Comunicação Organizacional, XXV Congresso Anual em Ciências da Comunicação, Salvador/BA, 04 e05 set. 2002.
PINTO, Milton José. **Comunicação e discurso**. São Paulo: Hacker Editores, 1999.
POENER, Arthur José. **Identidade cultural na era da globalização**. Rio de Janeiro: Revan, 1997, p. 14-22.
ROSA, Mário. **A síndrome de Aquiles – como lidar com as crises de imagem**. São Paulo: Gente, 2001
RÜDIGER Francisco. **Subjetividade e novas tecnologias de comunicação: elementos para a crítica do pensamento contemporâneo**. [S.l.: s.n.], [21—].(material apostilado).
SANTANA, José Lima de. **Introdução ao estudo do Direito**. Universidade Tiradentes: Aracaju, 2003. (material apostilado).
SANTOS, Maristela Tomás. **Implantação do Sistema de Comunicação Organizacional LAMAC**. Monografia. Universidade Tiradentes – UNIT, 2000.
SODRE, Muniz. **Reinventando a cultura a comunicação e seus produtos**. 3.ed. Petrópolis: vozes, 1999.
TOFLLER, Alvin. **A terceira onda.** Rio de Janeiro: Record, 1980.
WELS, Ana Maria. **Reflexões sobre ambiente de comunicação comum, relações interpessoais estabelecidas e socialidade.** [Rio Grande do Sul]: PUC-RS, [21—]. (material apostilado).
WOOD, Thomaz Jr. **Organizações espetaculares**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

SITES

ANÁLISE Detalhada, recusar a TV. AcessoCom. Disponível em:<http://www.acessocom.com.br/AnaliseCompleta.asp 1/2/02> . Acesso em: fev. 2002.

BARBEIRO, Heródoto. Jornalismo, globalismo e a nova estrutura do poder. Disponível em: <http://www.paremasmaquinas.com.br/art079.htm>. Acesso em: 20 out. 2002.

BARICHELLO, E.M.R; MAINARD, J.M; et.al. Grupo emergente de pesquisa em comunicação organizacional: uma proposta de comunicação integrada. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/gtco/eugeni96.htm>. Acesso em: 11 ago. 2002.

BUENO, Wilson da Costa. Os novos desafios do jornalismo científico. Disponível em: <http://www.contexto.com.br/telaartigojorcienwillcong.htm>. Acesso em: 9 jun. 2002.

BULHÕES, Paulo Ney Silva; VISCONTI, Mônica de Melo. Do Concreto ao Virtual: as transformações estruturais nas organizações no limiar do século XXI. Disponível em: http://www.angrad.com/angrad/pdfs/ix_enangrad/do_concreto_aovirtual.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2002.

CARVALHO, Jorge Luiz de. A empresa brasileira: dimensão humana e sua representação. Disponível em: <http://www.perspectivas.com.br/leitura/g6.htm>. Acesso em: 11 ago. 2002.

CHRISTANTE, Luciana. Reposição hormonal: Viva a histeria, 2002 Disponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/ofjor/ofc240720022.htm> Acesso em: 20 jul.2005.

CODIGO DE ETICA MEDICA. 2005. Disponível em: <http://www.malthus.com.br/codigos/cem.asp> . Acesso em: 20 jul.2005.

COLUCI, José Júnior. O físico e a pororoca. Disponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/ofjor/ofc200220021.htm> Acesso em: jul.2005.

DIGEST, Reader´s. Rio de Janeiro: Revista Seleções. Out.2004 – Abr.2005

DINES, Alberto. A mídia e o Brasil do século 21. Disponível em:<http://obsrvatoriodaimprensa.ig.com.br/artigos/jd200620013p.htm>. Acesso em: 28 jul. 2005.

DINES, Alberto. Mídia é singular ou plural?. Disponível em: <http://www. observatoriodaimprensa.com.br/artigos/jd130620011.htm>. Acesso em: 20 dez. 2002.

FACILITA ASSESSORIA S/C LTDA.A aceleração das mudanças e como enfrentá-las. Disponível em: <http://www.facilita.com.br/faartigos3.htm>. Acesso em: 11 ago. 2002.

FILHO, Pedro Serafim. A Gestão do conhecimento e a motivação nas organizações. Disponível em: <http://www. perspectivas.com.br/leitura/g8.htm >. Acesso em: 11 ago. 2002.

FLORES, Renato Zamora. Evolução: da origem da vida à mente humana. Disponível em: <http://www.strbrasil.com.br/Scientia/evolucao.htm>. Acesso em: 11 ago. 2002.

FLORES, Renato Zamora. Evolução: da origem da vida à mente humana. Disponível em: <http://www.strbrasil.com.br/Scientia/evolucao.htm>. Acesso em: 11 ago. 2002.

FONSECA, Fernando Adão da. À procura do Bem Comum – pessoa, sociedade e Estado na definição das políticas públicas. Disponível em: <http://www.liberdade-educacao.org/docs/docs_04.htm>. Acesso em: 25 jul. 2005.

GOMES, Luiz Flávio. Proibição de exibição do programa de Gugu não é censura. Disponível em: <http://conjur.estadao.com.br/static/text/3098,1>. Acesso em: 4 ago. 2005.

HOINEFF, Nelson. Cobertura de guerra: Informação em defesa da vida. Disponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos/iq171020015.htm> Acesso em: 20 jul. 2005.

KON, João. Teoria do Caos, Autopoiesis, Fractais, Estruturas Dissipativas e outras "novidades". Disponível em: <http://www.facilita.com.br/faartigos3.htm >. Acesso em: 11 ago. 2002.

KUCINSKI, Bernardo. Jornalismo em crise: uma nova ética para uma nova modernidade. 2002. disponível em:<http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos/da010520021.htm> Acesso em: 01 maio 2002.

KUCINSKI, Bernardo. Uma nova ética para uma nova modernidade. Disponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos/da010520021.htm>. Acesso em: 1 mai 2002.

LAUAND, Jean. Justiça, hoje, na perspectiva da ética clássica. Disponível em:<http://www.hottopos.com/rih5/jean.htm>. Acesso em: 20 jul. 2005.

LEMES, Conceição. Ortotanásia: Sensacionalismo cruel. 2001 Disponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/cadernos/cid270620012.htm> Acesso em: 20 jul. 2005.

LENIS, conceição. Ortotanasia: sensacionalismo cruel Disponível em: <

MORAES, Denis. Palavras parabólicas: o Mercado editorial na era da globalização. Disponível em: <http://www.rbleditora.com/artigos/denis.htm> Acesso em: jul.2005.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Ética nos meios de comunicação. Disponível em: <http://www.cidh.org/Relatoria/showarticle.asp?ID=456&IID=4>. Acesso em: 25 jul. 2005.

PAGLIARUSSI, Renata. Bioética: legitimidade com participação pública. Diponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/ofjor/ofc010820012p.htm>. Acesso em: 20 jul. 2005.

SOARES, Raimundo. O conceito de Ser – organizações conscientes – o pensamento biológico nas organizações incrementando a produtividade, a sustentabilidade e a qualidade de vida. Disponível em: <http://www.institutoorior.com.br/ser.html>. Acesso em: 11 ago. 2002.

SUIGENERIS. PRO.BR. Ética, breves anotações. Disponível em: <http://www.suigeneris.pro.br/filo_eticaanot.htm>. Acesso em:20 jul. 2005.

AUDITOR E AUDITORIA MÉDICA

CFM*

Palavras-chave: auditor, auditoria médica, medicina, normas, direitos, deveres, diretor técnico/diretor médico

AUDITOR AND MEDICAL AUDIT

Key words: auditor , medical audit, medicine, standards, rights, obligations, technical director or medical director

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

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 2º - As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

* Conselho Federal de Medicina.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único – É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 – Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 – É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 – O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 14 – Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art. 15 – Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96.

Art. 16 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 8 de fevereiro de 2001

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Resolução CFM Nº. 1.614/2001
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 08/02/2001
Publicada no D.O.U. de 10/04/01

NORUEGA

CIENTISTA ADMITE FRAUDE EM ESTUDO DO CÂNCER

O cientista norueguês que inventou 454 pacientes para um estudo sobre o câncer de boca admitiu ontem que falseou outros dois artigos sobre o mesmo assunto, publicados em prestigiosas revistas médicas americanas. O médico e cientista Jon Sudbo reconheceu ter manipulado os dados que serviram de base para dois estudos sobre o câncer publicados no The New England Journal of Medicine e The Journal of Clinical Oncology.

Transcrito da Gazeta do Povo de 24/01/2006

A PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO NA MEDICINA

CFM*

Palavras-chave: propaganda, divulgação, anúncio, boletim, placas, panfletos, entrevistas, publicação, conceito, comissão de divulgação de assuntos médicos, CODAME, auto-promoção, sensacionalismo, ética

PUBLICITY AND PUBLICATION IN MEDICINE

Key words: publicity, publication, advertisement, bulletin, signs, flyer, interviews, publications, concept, commission for making medical issues known, CODAME, self-promotion, sensationalism, ethics

Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a 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 cabe ao CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA trabalhar por todos os meios ao seu alcance e zelar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar e atualizar os procedimentos para a divulgação de assuntos médicos em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a necessidade de solucionar os problemas que envolvem a divulgação de assuntos médicos visando ao esclarecimento da opinião pública;

CONSIDERANDO que os anúncios médicos deverão obedecer a legislação vigente;

CONSIDERANDO o Decreto-Lei nº 20.931/32, o Decreto-Lei nº 4.113/42 e o disposto no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais;

CONSIDERANDO que o atendimento a estes princípios é inquestionável pré-requisito para o estabelecimento de regras éticas de concorrência entre médicos,

* Conselho Federal de Medicina.

serviços, clínicas, hospitais e demais empresas registradas nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO as diversas resoluções sobre o tema editadas por todos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 10 de setembro de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º - Entender-se-á por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico.

Art. 2º - Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

a) Nome do profissional;

b) Especialidade e/ou área de atuação quando devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina;

c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - As demais indicações dos anúncios deverão se limitar ao preceituado na legislação em vigor.

Art. 3º - É vedado ao médico:

a) anunciar que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade;

b) anunciar aparelhagem de forma a que lhe atribua capacidade privilegiada;

c) participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina;

d) permitir que seu nome seja incluído em propaganda enganosa de qualquer natureza;

e) permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na Internet, em matérias desprovidas de rigor científico;

f) fazer propaganda de método ou técnica não aceitos pela comunidade científica;

g) expor a figura de paciente seu como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com a autorização expressa deste, ressalvado o disposto no artigo 10 desta resolução;

h) anunciar a utilização de técnicas exclusivas;

i) oferecer seus serviços através de consórcio ou similares;

j) garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento.

(TEXTO ART. 3º RETIFICADO -D.O.U. DE 22 DEZ. 2003, SEÇÃO I, PAG. 106)

Art. 4º - Sempre que em dúvida, o médico deverá consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) dos Conselhos Regionais de Medicina, visando enquadrar o anúncio dentro dos dispositivos legais e éticos.

Art. 5º - Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outras instituições de saúde, deverá constar, sempre, o nome do diretor técnico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde.

Parágrafo único - Pelos anúncios dos estabelecimentos de saúde respondem, perante o Conselho Regional de Medicina, os seus diretores técnicos.

Art. 6º - Nas placas internas ou externas, as indicações deverão se limitar ao previsto no artigo 2º e seu parágrafo único.

Art. 7º - Caso o médico não concorde com o teor das declarações a si atribuídas em matéria jornalística, as quais firam os ditames desta Resolução, deve encaminhar ofício retificador ao órgão de imprensa que a divulgou e ao Conselho Regional de Medicina sem prejuízo de futuras apurações de responsabilidade.

(ART. 7º RETIFICADO - D.O.U. DE 13 JAN 2004, SEÇÃO I, PAG. 71)

Art. 8º - O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos.

Art. 9º - Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

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.

Parágrafo 2º - Entende-se por sensacionalismo:

a) a divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal;

b) utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico;

c) a adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia;

d) a apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;

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

Art. 10 - Nos trabalhos e eventos científicos em que a exposição de figura de paciente for imprescindível, o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal.

Art. 11 - Quando da emissão de boletins médicos, os mesmos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico.

Parágrafo 1º - Os boletins médicos poderão ser divulgados através do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente.

Parágrafo 2º - Os boletins médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre, ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor clínico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

Art. 12 - O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em

concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o "médico do ano", "destaque" ou "melhor médico".

Art. 13 - Os sites para assuntos médicos deverão receber resolução específica.

Art. 14 - Os Conselhos Regionais de Medicina manterão uma Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) composta, minimamente, por três membros.

Art. 15 - A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

a) emitir pareceres a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;

b) convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas sobre a matéria, devendo determinar a imediata suspensão do anúncio;

c) propor instauração de sindicância nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;

d) rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive Internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução;

e) providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias;

f) aprovar previamente o teor de outdoors, placas expostas ao ar livre, ou similares.

(ART. 15 RETIFICADO - D.O.U. DE 22 DEZ. 2003, SEÇÃO I, PAG. 106)

Art. 16 - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação e ficam revogadas todas as disposições em contrário, e especialmente a Resolução CFM nº 1.036/80.

Brasília-DF, 8 de fevereiro de 2001

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A questão da publicidade médica vem assumindo proporções importantes, mercê de disputa crescente pelo mercado, aumento da oferta de serviços e moderna tecnologia dos meios de divulgação.

Os aspectos éticos que permeiam a publicidade médica são aqueles prescritos nos artigos 131 a 140 do Código de Ética Médica.

As divulgações inverídicas, sensacionalistas e de fator que não tenha clara comprovação devem ser melhor definidas, estabelecendo-se um nítido balizamento ético, e ser objeto de resolução que abranja todos os médicos do país, bem como as instituições de saúde.

Apesar de a Resolução CFM nº 1.036/80 ser ainda moderna, necessário se faz um refinamento em razão da nova realidade médica e das técnicas de divulgação. A presente proposição de resolução visa atingir este objetivo, chamando atenção para aspectos tais como:

a) a proibição de não se anunciar tratamento de sistema orgânico ou doenças específicas, para não gerar confusão ao usuário ou especialidade;

b) a proibição de utilização da rede mundial de computadores para veiculação de matérias desprovidas de embasamento científico;

c) a necessidade da sistemática consulta ao CODAME para verificação da eticidade da divulgação;

d) a importância do diretor técnico na decisão da divulgação de clínicas e serviços;

e) as definições de autopromoção e sensacionalismo;

f) a definição de boletins médicos e atribuições da CODAME.

Entendemos, assim, que esta proposta atende e contempla todas as situações que hoje se apresentam, dirimindo dúvidas que a Resolução CFM nº 1.036/80, pela defasagem de tempo, deixa obscuras.

Resolução CFM Nº. 1.701/2003
Resolução Aprovada
Texto consolidado de acordo com retificações publicadas nos D.O.U. de 22/12/03 e 13/01/04

OBSERVATÓRIO
PESQUISA

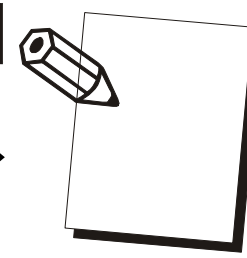
UNIVERSIDADE SUSPENDE AUTOR DE FRAUDE

Seul(AFP) – O pesquisador sul-coreano Hwang Woo-Suk, o autor de trabalhos mundiais sobre clonagem que se revelaram falsos, foi suspenso na sexta-feira pela Universidade Nacional de Seul, assim como outros seis professores, anunciou a instituição. "A partir deste momento, está proibido ensinar e dirigir as pesquisas", disse o decano da Universidade Nacional de Seul, Byun Chang-Ku. O reitor da universidade, Chung-Um-Chan, havia pedido, pouco antes, uma "dura sanção" contra o professor Hwang e seus colegas. A suspensão, no entanto, é temporária, e a comissão disciplinar da universidade dará continuidade às deliberações sobre a possibilidade de novas sanções, que poderão incluir a demissão, disse Byun. Uma possível demissão do professor pressupõe automaticamente o fim de todo o financiamento público durante cinco anos, explicou um dirigente da universidade. Hwang Woo-Suk, de 52 anos, chegou a ser considerado um herói nacional depois de garantir ter extraído uma linha de células-tronco a partir de embriões obtidos por clonagem. Uma comissão acadêmica concluiu que o professor nunca criou células-tronco de nenhum tipo e inventou os dados de sua investigação, publicadas pela revista americana Science.

Transcrito da Gazeta do Povo Março/2006

MUDANÇA DE ENDEREÇO

COMUNIQUE



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:.....

Fone resid.: (.....) ..... Fone coml.: (.....)..... Fax: (.....).....

☐ ***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 CRMPR:.....

AUDITORIA MÉDICA

Nei Moreira da Silva*
Luiz Carlos Sobania*
Lino Antonio Cavalcanti Holanda*
Paulo Eduardo Behrens**

EMENTA: Não é atribuição dos médicos auditores autorizar exames complementares e procedimentos solicitados pelos médicos assistentes, por ferir-lhes a autonomia e cercear-lhes o exercício profissional. Tal ação configura-se como infração aos artigos 81 e 121 do CEM. As Sociedades de Especialidades da AMB devem elaborar os protocolos das diversas condutas que nortearão as ações de todos os médicos assistentes.

Palavras-chave: auditoria médica, auditor, atribuições, manual de normas, conceito, protocolos

MEDICAL AUDIT

Key words: medical audit, auditor, attributions, manual of standards, concept, protocols

PARTE EXPOSITIVA

Este parecer é, na verdade, uma tentativa de compilação de vários outros anteriores, acima citados, tal a complexidade da questão.

O Conselho Federal de Medicina é sempre demandado a opinar na relação do médico auditor com o assistente, e deste com o paciente.

O presente parecer será seguramente longo, mas tentaremos fazer um apanhado de todas as situações, embasamentos técnicos, legais e éticos, que permeiam o exercício desta indispensável atividade; cremos mesmo, que o CFM deve editar resolução que discipline, da forma mais abrangente possível, estas ações.

As consultas feitas ao CFM são sempre semelhantes e as questões mais comumente levantadas são:

1 . Pode, o auditor, recusar a autorização para algum procedimento?

2 . Pode, o auditor, mudar ou solicitar procedimentos?

3 . Pode, o auditor, examinar pacientes no exercício de sua função?

4 . Quais são as funções do médico auditor?

Acredito que as respostas a essas questões gerais contemplarão os consulentes e colocarão uma pá de cal em todas as dúvidas inerentes a esta atividade.

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

PARECER

A premissa básica da qual decorrerá toda a análise é a própria definição do que é auditoria médica, também entendida como assistencial.

Segundo Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, no *Novo Dicionário da Língua Portuguesa,* significa:

> *"**auditoria**. S.f. 1 . Cargo de auditor. 2 . Lugar ou repartição onde o auditor exerce suas funções. 3 . Exame analítico ou pericial que segue o desenvolvimento das ações contábeis, desde o início até o balanço; auditagem."*

> *"**auditor** (do lat. auditore). S. m 1 . Aquele que ouve; ouvidor. 2. Magistrado com exercício na Justiça militar e que desfruta de prerrogativas honorárias de oficial do exército. 3 . Em alguns países magistrado do contencioso administrativo, ou com funções consultivas junto a determinadas repartições. 4 . Bras. Perito-contador encarregado da auditoria(...)"*

No *Dicionário Latino-Português*, 7ª edição, de José Cretella Júnior e Geraldo de Ulhoa Cintra, encontramos:

"Auditor, ōris. M. Cic. Ouvinte, o que ouve. Cic. discípulo"

Em 1996, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria (CAUDI), editou o *Manual de Normas de Auditoria*, válidas para todo o país, que definia as finalidades da auditoria. Por ser conceitual, destacamos:

"(...)
2 . Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência de saúde."

O Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON/UFMG), em seu Curso de Atualização em Controle, Avaliação e Auditoria em Serviços de Saúde, ensina-nos, conceitualmente, o que é auditoria, de onde extraímos:

"... A auditoria tem conceito mais abrangente, incluindo aspectos de avaliação técnica, de <u>apuração de resultados</u> (grifo nosso)(...)"

"A própria Constituição da República deu tratamento mais amplo à questão da fiscalização contábil, financeira e orçamentária quando, em seu artigo 74, I e II, atribuiu aos sistemas de controle interno dos Poderes da República, incumbência de avaliar:

a. O cumprimento de metas previstas(...)
b. <u>Os resultados</u> (grifo nosso) quanto à eficácia e eficiência(...)"

"Vê-se, pois, que ao Sistema Nacional de Auditoria incumbe não apenas a verificação da regularidade das contas mas também a avaliação de resultados."

"2 . Como podemos definir a avaliação no âmbito do SUS? Podemos definir a avaliação como o ato pelo qual o servidor analisa a veracidade das informações em saúde prestadas pelos gestores do SUS e pelas pessoas físicas e jurídicas que participam do sistema de forma complementar e a qualidade, o desempenho e o grau de resolubilidade das ações e dos serviços executados no âmbito do SUS. (grifo nosso)."

O Decreto Presidencial n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995 que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde, define, no artigo 2º, como atividades do SNA:

"I – controle da execução para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;
II – avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;
III – auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial."

Assim, por todos esses conceitos emitidos, quer do ponto de vista semântico quer legal, permitimo-nos apresentar uma definição de auditoria médica ou assistencial como sendo:

O CONJUNTO DE ATIVIDADES E AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO, DE CONTROLE E DE AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS E PROCEDIMENTOS ADOTADOS, ASSIM COMO O ATENDIMENTO PRESTADO, OBJETIVANDO SUA MELHOR ADEQUAÇÃO E QUALIDADE, DETECTANDO E SANEANDO-LHES EVENTUAIS DISTORÇÕES E PROPONDO MEDIDAS PARA SEU MELHOR DESEMPENHO E RESOLUBILIDADE.

Para o cumprimento deste mister, existem várias modalidades de auditorias assistencias, a saber:

a. Auditoria operativa
b. Auditoria analítica
c. Auditoria de sistemas
d. Auditoria de rotina
e. Auditoria especial (por provocações de terceiros)

Existe uma sutil diferença entre todos esses conceitos emitidos e o efetivamente praticado, principalmente por planos de saúde. É a diferença temporal. Em que momento atua o auditor?

Por tudo já considerado, parece-me cristalino que a atuação desse profissional só ocorre após o fato.

Entretanto, seria vulgarizar a importância de tão relevante trabalho a transformação do auditor em mero autorizador (ou desautorizador) de procedimentos e exames. Esta questão poderia ser resolvida, e em última análise o é, pelos regulamentos e regimentos ou, ainda, no âmbito do SUS, pelos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares. Não há necessidade de auditores para fazê-lo. Os próprios padrões e parâmetros destes sistemas regulam esta questão (Decreto 1.651, art. 2º, I)

Usar de auditores para a função de autorizar ou não exames e procedimentos é, enfim, expô-los a riscos desnecessários que deveriam ser assumidos pelos próprios sistemas através de sua regulação, pois uma vez denegado um determinado procedimento e desta negativa advir prejuízos, responderá o auditor, e somente ele, por aquele ato.

Certamente, todos os senhores conselheiros perceberam como esta premissa básica, assim tomada, muda a lógica deste parecer.

O CFM e a Auditoria Médica

O artigo 81 e o capítulo XI do CEM trata, especificamente, da auditoria médica, mais especialmente em seus artigos 118 e 121:

"É vedado ao médico:

Art. 81 – Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 118 – Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições ou competências.

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

Muitos artigos do Código de Ética guardam relação com esta questão, mormente com o artigo 121 e, entre eles, "en passant", poderíamos aventar a questão da livre decisão do médico acerca da escolha dos melhores meios de diagnóstico e tratamento (art. 16), da imposição de restrições (art. 8º), da independência profissional (art. 18) e tantos outros.

A Resolução CFM n.º 1.466/96, de 13 de setembro de 1996, trata desta questão estabelecendo o perfil e postura do médico auditor, seu acesso ao prontuário médico, responsabilidades dos diretores técnico e clínico perante o auditor, e estendendo, ainda, seu âmbito a todos os serviços, não só àqueles que prestam atendimento ao SUS.

O CFM já pronunciou-se, também, através de diversos pareceres:

Parecer n.º 21/94 – 12/8/94 – Nei Moreira da Silva

"Encaminhamento de prontuários médicos para auditoria do SUS"

Parecer n.º 01/96 – 12/4/96 – Edson de Oliveira Andrade
"A liberalidade do exercício profissional da medicina contempla, entre outras prerrogativas, o direito da escolha da melhor terapêutica a ser empregada no paciente, obedecendo a boa prática médica vigente e a vontade do paciente. Qualquer interferência neste mister, fora do previsto no artigo 81 do Código de Ética Médica, mesmo quando feita por médico auditor, caracteriza falta ética."

Parecer n.º 18/96 – 10/9/96 – Paulo Eduardo Behrens
"As atividades de fiscalização das ações e serviços de saúde devem ser realizadas pelas três instâncias governamentais, de forma integrada e harmônica, cada uma em seu âmbito de atuação. O médico auditor responsável pela fiscalização das questões assistenciais, "latu sensu", tem sua autonomia regulamentada em lei e o acesso ao prontuário médico deve ser feito dentro das dependências da instituição responsável por sua posse e guarda."

Parecer n.º 20/96 – 10/4/96 – José Ricardo de Holanda Cavalcanti
"O direito do paciente aos meios diagnósticos e a autonomia profissional do médico não podem ser prejudicados, sob qualquer pretexto, por serviços médicos, independente de sua natureza."

Parecer n.º 17/97 – 07/5/97 – Paulo Eduardo Behrens
"O controle e a avaliação realizados pelo Estado através de instituições de críticas nos sistemas de informações não restringem o trabalho médico ou comprometem sua eficácia. A interferência direta do auditor nas atividades médicas, de forma açodada, que configure modificações de conduta adotada, constitui infração ao artigo 121 do CEM."

O ilustre conselheiro Luiz Carlos Sobania, um dos pareceristas originais, fazendo análises acerca da ética em auditoria médica traz a seguinte consideração, que pedimos licença para transcrever:

"A auditoria médica, no sentido de corrigir falhas ou preencher lacunas, deve ter como único objetivo a elevação dos padrões técnicos, administrativo e ético dos profissionais da área, bem como a melhoria das condições hospitalares visando em conjunto um melhor atendimento da população.

Assim considerada, é ela uma necessidade reconhecida por todos. Deve ficar claro que não se trata de técnica utilizada para policiamento das atividades dos profissionais de saúde. Ao contrário, justifica-se como um estímulo à melhoria do padrão de atendimento e um sinal de respeito a nosso semelhante.

A realidade atual e conclusões

Sábias palavras do nobre conselheiro. Porém não seguidas na prática dos planos de saúde.

À guisa da nomenclatura de auditoria paralela, estes mesmos planos e até o SUS reduzem tais nobres funções, atribuindo, quase unicamente aos auditores, a função de recusar ou aprovar solicitações dos médicos assistentes dos pacientes, num claro prejuízo a estes, desrespeitando-os e lesando a livre decisão do médico para a formulação do diagnóstico e para a instituição da terapia que entende melhor convir àquele a quem assiste.

O CFM, pelo que vimos através do Código de Ética Médica, resoluções e pareceres, tem que preservar, sobretudo, a autonomia profissional; e quem ganha, em última análise, é o paciente, beneficiário maior desta conceituação.

Este Plenário não pode, portanto, tolerar qualquer forma de intervenção, seja de quem for, que venha a restringir limitar o trabalho assistencial do médico, sob pena de ter que rasgar o CEM, por lesão aos princípios fundamentais que o norteiam.

Mas, por outro lado, este Plenário não pode fechar os olhos às distorções, às fraudes, às desobediências de regras básicas perpetradas por muitos profissionais e instituições que prestam assistência à saúde.

Elas existem, estão aí e devem ser contidas.

A auditoria médica exerce, então, um fundamental e indispensável papel na sua detecção.

A auditoria operativa, ao levantar dados assistenciais, detecta situações que fogem da normalidade como, por exemplo, elevado número de solicitações de exames de alto custo, valores de internações superiores aos parâmetros esperados, ocorrência de internações de procedimentos passíveis de solução ambulatorial, esquemas terapêuticos incompatíveis com o diagnóstico firmado, e várias outras situações.

Todos os tempos dos procedimentos são analisados, desde a autorização para sua realização até seu desfecho, e este levantamento de dados constitui-se num relatório preliminar, de alarme, que passará, depois, pelo crivo da auditoria analítica que verificará se houve algum fato extraordinário que pudesse justificar tais ocorrências.

Basear-se-á, ainda, no princípio constitucional do contraditório, ouvindo as alegações do autor do fato, e só então decidirá pela fraude ou não.

Caso constatada alguma irregularidade, adotará as medidas administrativas, éticas, policiais e penais cabíveis.

Encontramos, neste momento, mais um argumento que impede à auditoria a autorização para a realização de determinado procedimento. Nesta seqüência de passos, como ela vai auditar uma atitude que ela mesmo autorizou? Ninguém é auditor de si mesmo, por óbvias razões de natureza ética ou moral.

Somente assim, entendemos, poderá funcionar uma auditoria médica, seja no âmbito do SUS ou na rede assistencial privada, interessando, aí, todos os convênios.

Quando citamos o Decreto Presidencial que regulamentou o SNA, transcrevemos parte do art. 2º, inciso I, que reiteramos:

> *"I – controle da execução para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos(...)"*

Então, entendemos que deve haver o estabelecimento de padrões que podem ser lidos como parâmetros assistenciais ou, melhor ainda, protocolos de atendimentos.

O estabelecimento destes protocolos é prática comum na Medicina e usualmente utilizados em UTIs, maternidades, como política de utilização de antibióticos em hospitais - e em várias outras situações, até mesmo em programas de saúde pública.

A existência do protocolo não significa, absolutamente, restrição à liberdade médica. Sempre que surgirem situações inusitadas nas quais o protocolo é rompido, isto deve ser relatado, justificado, sob pena de não ser considerado e, portanto, remunerado.

Há várias tentativas de se elaborar protocolos, muitas vezes pelas próprias empresas prestadoras de assistência médica e, obviamente, com interesses, no mais das vezes, mercantis.

Acredito que apenas sociedades de cunho científico, pela sua isenção e precípua preocupação com o paciente assistido e com a qualidade da assistência, terão condições técnicas e éticas para fazê-lo.

Assim, instigadas pelo Conselho Federal de Medicina e em ação conjunta com a Associação Médica Brasileira, as Sociedades de Especialidades desta poderão estabelecer os diversos protocolos a serem adotados por todos os médicos brasileiros, pois caso contrário, terão que se submeter a outros, elaborados por terceiros.

Com essas considerações, acreditamos ter superado as questões 1 e 4 do início deste parecer:

1 . Pode o auditor recusar a autorização para algum procedimento?

R. Não. O Conselho Federal de Medicina não entende esta atividade como função de auditoria e qualquer interferência nesta autonomia médica configura infração ética.

4 . Quais as funções do médico auditor?

R. Já respondido quando da definição proposta para a auditoria médica.

Restam as questões 2 e 3 a serem definidas e, para tanto, reporto-me ao parecer já aprovado nesta Casa, da lavra do conselheiro Nei Moreira da Silva (Parecer 3/94, de 13/1/94):

> *"... Assim sendo, entendo que o médico auditor tem o direito de examinar o paciente, à beira do leito, como condição necessária ao bom desempenho de suas funções. Se assim não o fizer poderá até estar sendo negligente. Porém, ao executar tal direito, estará também comprometido com a fiel observância do que determinam a lei, o Código de Ética Médica e as Normas Técnicas do SUS, podendo ser responsabilizado penal, ética e administrativamente por deslizes que venha cometer."*

Este princípio está albergado no fato de que o médico auditor assume, em seu mister, postura pericial com a prerrogativa de utilizar-se deste meio para o melhor desempenho de seu trabalho.

Quanto à mudança de procedimento feita por auditor, é interferência ilógica, contrariando, claramente, os postulados dos artigos 81 e 121 do CEM.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 8 de janeiro de 1999

Paulo Eduardo Behrens
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 5544/1995
Parecer CFM Nº. 11/1999
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 07/04/1999

A conclusão do painel instituído pela Universidade Nacional de Seul de que os dados do artigo de Woo-Suk foram de fato forjados marcou a queda do maior cientista sul-coreano.

ALTOS

A EQUIPE de Hwang Woo-Suk publica na revista Science em fevereiro de 2004 um artigo no qual descreve, pela primeira vez, a extração de células-tronco de um embrião humano clonado.

WOO-SUK e seus colegas anunciam a criação de 11 linhagens de células-tronco embrionárias humanas a partir de clones para estudar doenças, em novo artigo na Science, em maio deste ano.

EM AGOSTO, o grupo coreano publica na revista Nature a criação de Snuppy, o primeiro clone de cachorro, batizado em homenagem à Universidade Nacional de Seul.

BAIXOS

SUNG-IL ROH, colaborador de Woo-Suk, disse no mês passado ter comprado óvulos para os estudos.

TEVÊ coreana denuncia que cientistas do grupo de Woo-Suk doaram óvulos para pesquisa.

WOO-SUK admite que jovens pesquisadores doraram óvulos para seus estudos e renuncia ao cargo de diretor do Centro Mundial de Células-Tronco.

EM DEZEMBRO, Sung-Il Roh declara que o artigo é uma "fraude". Woo-Suk reconhece problemas científicos no artigo publicado na revista Science do mês de maio.

Publicado na Gazeta do Povo de Março/2006.

AUTORIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS PELA CCIH

Lúcio Mário da Cruz Bulhões*

EMENTA: Não configura ilícito ético a exigência de preenchimento de ficha de liberação de antibiótico pela CCIH. A operacionalização da liberação deve ser adequada e quaisquer desvios comunicados ao diretor clínico do hospital.

Palavras-chave: antibióticos, autorização pela CCIH, preenchimento de ficha liberadora, responsabilidade médica

AUTHORIZATION OF ANTIBIOTICS BY CCIH

Key words: antibiotics, authorization by CCIH, filling up the release form, medical responsibility

A CONSULTA

Dr. P.G.N. inquire se a obrigatoriedade de preencher ficha de liberação de antibióticos e a espera de avaliação pela CCIH, mesmo que, por poucas horas, não configura infração ao artigo 81 do CEM.

Art. 81 (É vedado ao médico) - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

A LEGISLAÇÃO

A obrigatoriedade de implantação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar foi definida pela Lei nº 9.431, de 6/1/97. Atualmente, vige a regulamentação baixada pela Portaria 2.616/GM/MS, de 12/05/98 (DOU 13/05/98), a qual expede diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares em todo o território nacional, para pessoas físicas e jurídicas, de direito público ou privado. Aponta, ainda, que o descumprimento ou inobservância a esta portaria, sujeita o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6.437/77, com encaminhamento das ocorrências ao Ministério Público e órgãos de Defesa do Consumidor para aplicação da legislação vigente (Lei 8.078/90).

* Conselheiro Relator Federal.

Através do Anexo I da portaria em tela, os hospitais ficam obrigados a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com "status" de assessoria da autoridade máxima da instituição e executora das ações de controle de infecção hospitalar.

Na competência da CCIH, cita a portaria, dentre outros itens:

- elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequando-o às necessidades e características da instituição;
- implantação de Sistema de Vigilância Epidemiológica;
- adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos;
- elaborar Regimento Interno para a CCIH.

O PARECER

A terapêutica antimicrobiana é a grande preocupação da medicina de todos os tempos. Não existem protocolos fechados de tratamento que perdurem por longo tempo, sem que haja mudança no perfil de resistência por parte da grande maioria dos agentes infecciosos. Ou seja, se mesmo a ação organizada não é suficiente para evitar o aparecimento de novas cepas, imagine-se então a decisão isolada e individual para escolha dos produtos variados à disposição no mercado nacional. Questões como multiplicidade de substâncias, variedade de produtos, controle de custos e padronização administrativa de farmácia local são fatores que influenciam o receituário e requisitam critérios pré-estabelecidos para uma ação organizada. Estes critérios têm base científica para controle epidemiológico e não são medidas de coerção imotivada para o exercício da medicina.

Antes de tudo, o programa está definido em lei, bem como existem normas técnicas a serem seguidas pela CCIH. Elas contemplam levantamento de dados estatísticos, controle e identificação dos agentes infecciosos através de exames complementares, bem como rigoroso acompanhamento.

A autonomia médica, por ser subordinada a protocolos científicos, tem limites condicionados a escolas, a métodos e experimentações prévias e nunca pode ser entendida como liberdade profissional irrestrita.

O artigo 81 do CEM traz importante ressalva à autonomia médica quando cita a "indiscutível conveniência para o paciente."

As CCIH, além da regulamentação em lei, integram e executam um eficaz programa de imensa conveniência para os presentes e futuros pacientes, não podendo os médicos delas participantes, ou diretores clínicos, serem entendidos como infratores do artigo 81.

É claro que, para perfeito funcionamento, as normas necessitam de agilidade e aplicação diuturnas, justamente em nome do melhor para os pacientes.

O preenchimento de solicitação de antibióticos e liberação pela CCIH são legítimos e cientificamente corretos. A aplicação das normas devem ser observadas por todos os médicos, os quais têm a obrigação de comunicar ao diretor clínico da instituição quaisquer desvios operacionais.

Este o parecer, S.M.J.

Brasília, 1 de junho de 1999

Lúcio Mário da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 1.879/1999
Parecer CFM Nº. 32/1999
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 23/07/1999

CIENTISTA DA USP É ACUSADA NO CASO DAS COBAIAS

Lígia Formenti – Brasília

Apontados como um dos responsáveis pelos desvios éticos na pesquisa que usou voluntários para alimentar mosquitos transmissores da malária, o biólogo Allan Kardec resolveu se defender. Disse não saber que estava sendo antiético e atribuiu a responsabilidade pelas fraudes na tradução do projeto à pesquisadora Maria Stella Branquinho, da Universidade de São Paulo (USP).

No protocolo de pesquisa original, em inglês, consta que voluntários seriam usados para alimentar insetos capturados. Na tradução, apresentada ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, o é subtraído. "Entrei quando esse trâmite burocrático já havia sido feito", disse.

Kardec afirma ainda que o pagamento aos ribeirinhos foi feito porque eles já estavam "viciados". "O grupo já havia participado de outro estudo, liderado pela Maria Stella, e ela já havia pago para eles".

Procurada pelo ***Estado****, Maria Stella negou as acusações. Disse que na época do estudo seus conhecimentos de inglês eram insuficientes para fazer uma tradução. Negou ainda ter dado qualquer tipo de pagamento para voluntários na pesquisa que desenvolveu na região anos antes, para sua tese de doutorado.*

Maria Stella diz que sua tese foi um dos fundamentos iniciais para a pesquisa que agora provoca polêmica. "Com os achados, foi feita uma nova linha de trabalho, aceita pela Universidade da Flórida", conta. Embora admita ter participado de parte do desenho do estudo, ela afirma não ter conhecimento de toda a proposta do protocolo. Segundo ela, sua atividade era apenas analisar lâminas para verificar se mosquitos estavam ou não infectados pelo agente causador da malária.

Transcrito da Gazeta do Povo de 03/03/05

PARECER

ATESTADO MÉDICO E O EXERCÍCIO DA MEDICINA DO TRABALHO

Lúcio Mário da Cruz Bulhões*

EMENTA: A aceitação de atestados médicos depende da legislação vigente e de bom-senso. A quebra do sigilo através do atestado só deve ocorrer após manifestação expressa do paciente. A suspeição ou compreensão de ilicitude de atestado deve ser denunciada ao CRM da jurisdição.

Palavras-chave: atestado médico, sigilo, liberdade de informar CID, questionamento, normas de concessão, prioridade para médico da previdência, ato administrativo, perito, junta pericial, médico do trabalho, período de licença

MEDICAL CERTIFICATE AND PRACTICE OF OCCUPATIONAL MEDICINE

Key words: medical certificate, secrecy, freedom for choosing to inform the CID, questioning, standards of concession, priority for physician from social security, administrative act, expert, meeting of experts, occupational physician, leave of absence

Dr. A.P.S.F., Dra. F.P.R.M. e Dr. V.H.M.A, encaminharam ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará solicitação de esclarecimento de dúvidas, repassada a este Conselho Federal de Medicina, que passamos a responder:

"1-O médico do trabalho ao conceder licença para afastamento das atividades laborativas a funcionário tratado por outro colega, pode deixar de ser informado no atestado emitido por este último sobre a patologia que gerou o afastamento, independente do número de dias? Seria este atestado inquestionável mesmo sendo de trinta dias de ausência ao trabalho?"

Resposta: o paciente tem o direito inalienável de manter em segredo a sua doença, e o médico o dever legal e ético de compactuar com este direito, exceto nas situações previstas em lei. Obviamente, este direito não está correlacionado ao número de dias de licença concedido no atestado médico, seja ele qual for. O abono da licença é um ato administrativo de responsabilidade do perito ou de junta pericial. O médico do Trabalho tem responsabilidade e, por isso, obrigações no sentido de correlacionar a patologia do paciente/trabalhador com a função laborativa. Após ser conhecedor de todos os detalhes, poderá emitir a sua opinião, quando poderá questionar o atestado total ou parcialmente. Se o paciente decidir pelo sigilo, o atestado poderá ser considerado legalmente ineficaz, sem que isto conteste a idoneidade ou veracidade do mesmo.

* Conselheiro Relator Federal.

"2-Pode o médico do trabalho questionar ou até mesmo negar o número de dias de afastamento solicitado pelo colega quando este informa a patologia e esta por si só não justifica o período de ausência, com dez dias de afastamento devido a dismenorréia, quatro dias devido a endoscopia digestiva com diagnóstico de gastrite leve, vinte dias por pneumonia sem menção de complicações, quinze dias devido a estado gripal, um dia para consulta médica em horário distinto da jornada de trabalho, sete dias devido a *stress*, etc?"

Resposta: a atividade burocrática carreia a fria avaliação estanque e distante do paciente, pelo que não se pode, com absoluta isenção, afirmar ou infirmar que um desvio da homeostase não necessite de um certo número de dias de licença. Cada caso é um caso e cada paciente se apresenta diferentemente, mesmo sofrendo de uma mesma patologia. Eventualmente, o número de dias de licença e a doença são díspares, quando aí se vislumbra o abuso ou exagero. O paciente não tem culpa da decisão do médico quanto à duração do seu atestado, haja vista que esta decisão pertence ao âmbito profissional, de responsabilidade única e exclusiva do médico. O interesse do paciente, seja qual for, não deve prevalecer para influenciar esta decisão. O médico do Trabalho, caso suspeite, embasado em relevante motivo, de que existe conivência contumaz ou aleatória por parte do médico para beneficiar o ilícito, tem a obrigação de denunciar este fato ao Conselho Regional de Medicina onde aquele profissional está registrado. Dependendo do caso em questão, guardados o devido bom-senso técnico e respeito ao trabalhador, poderá o abono ao atestado ser negado parcial ou totalmente.

"3-Pode o serviço médico de uma instituição pública conceder uma só licença, quando o afastamento deu-se em dias alternados, por exemplo, 2 e 9 do mesmo mês, desconhecendo os motivos?"

Resposta: a resposta à pergunta nº 2 já responde este item. Completamos afirmando que o desconhecimento dos motivos pode comprometer a eficácia do atestado, conforme preceitua a legislação (Portaria MPAS nº 3.291/84).

"4-Tem de acatar atestado de colega que solicita afastamento de servidor do trabalho por motivo de saúde futuro, isto é, no atestado datado do dia 2 solicita dispensa para o dia 7?"

Resposta: a burocracia muitas vezes estimula a atitude antecipada. Em muitos locais de trabalho, a chefia não aceita um comprovante de que o empregado submeteu-se a um exame complementar, pelo que o paciente, para não perder os proventos do seu dia de trabalho, recorre ao médico solicitante do exame para exarar o documento para afastamento antecipado. No entanto, este não é o papel do médico, nem mesmo é o objetivo do atestado médico. Um atestado explica, confirma, corrobora, ou seja, atesta um fato já ocorrido. A resposta a esta pergunta é não, à exceção de licença-maternidade, prevista em lei.

"5-É obrigado o médico aceitar pedido de afastamento do trabalho por solicitação de fisioterapeuta?"

Resposta: o atestado médico é um documento exarado por médico. Somente este profissional está habilitado legal e tecnicamente para o exercício de diagnosticar

uma patologia e correlacioná-la com a incapacitação do portador. Qualquer outra situação não tem valor legal enquanto atestado médico. É bom que se faça a diferenciação entre o atestado e uma declaração de comparecimento, a qual não necessariamente precisa ser exarada por médicos e poderá justificar uma falta, porém nunca correlação diagnóstica de uma doença com a consequente incapacitação ao trabalho.

"6-Deve afastar funcionários do trabalho baseado em atestado fornecido por cirurgião-dentista sem a devida justificativa e independente do número de dias?"

Resposta: o odontólogo atua em área específica, e quanto a ela poderá manifestar-se conforme a sua consciência profissional, ante o que está previsto na lei que regulamenta a profissão. Quando necessário, este profissional solicitará acompanhamento médico concomitante. Quando atuando sozinho, emite atestado odontológico, regulamentado através da Portaria PT/GM nº 1.722, de 28/7/79, publicada no DOU de 31/7/79. O médico do Trabalho utilizará os mesmos critérios para aceitação do atestado médico, condicionando a eficácia do documento, ao que está previsto na Portaria MPAS nº 3.291/84, além de avaliá-lo com seu conhecimento técnico.

"7-É ético o médico dar atestado justificando ausência do trabalho de parentes de primeiro e segundo graus?"

Resposta: o parecer do insigne ex-conselheiro deste Conselho Federal de Medicina, dr. Hércules Sidnei Pires Liberal, nº 380/90, emite opinião sobre o tema. Resumidamente, disserta que não há impedimento expresso para que um médico preste atendimento a um familiar, à exceção de doenças graves ou toxicomania, caso não seja o único médico na localidade (Decreto nº 20.931/32). A exceção é também encontrada no Código de Ética Médica, quando na função de perito.

Devemos destacar que documento emitido em desconformidade com a lei (tema a ser também discutido no próximo item 12), pode ser um documento válido, mas ineficaz para as finalidades a que se destina (abono de faltas, por exemplo). Porém, quando há suspeição ou comprovação de favorecimento ou falsidade na elaboração do atestado, deve-se proceder denúncia ao Conselho Regional de Medicina, para a instauração dos competentes procedimentos disciplinares.

"8-Pode o médico do trabalho recusar atestado de colega que repetidamente solicita afastamento do trabalho de empregados da mesma empresa e coincidentemente é candidato a cargo eletivo estando em período de eleições, ou exerce cargo político?"

Resposta: Respondido no item 2.

"9-Fornecer atestado de condição que não verificou, baseado apenas na informação do paciente de que em tal dia, já passado esteve doente e sem condições de trabalhar?"

Resposta: este é um exemplo de atestado gracioso e que deve ser denunciado ao Conselho Regional de Medicina. Ele somente atesta o que o médico não viu e não fez.

"10-Fere o artigo 102 do Código de Ética Médica o médico que justifica em atestado dirigido a outro colega o diagnóstico qu e motivou o afastamento do funcionário ao trabalho? Ou este ato configuraria "justa causa", não ferindo portanto o referido artigo?"

Resposta: trata-se de questão controversa, recomendamos que nestas situações o médico obtenha a autorização expressa do paciente.

"11-Qual deveria ser a conduta ética do médico quando o servidor informa, como causa de sua ausência do trabalho, uma patologia diferente da que está codificada no atestado trazido por ele?"

Resposta: o livro da CID, composto de extensa lista e de vários algarismos, pode eventualmente ser a causa de falha na codificação. O paciente, em sua visão leiga ou por ser o portador do sofrimento, pode dar a informação errada ou parcial ao supervalorizar um sintoma, sendo então necessário o médico do Trabalho, perito ou auditor, realizar inquérito específico e minucioso, após a anuência do paciente, com o intuito de produzir nexo com o código apresentado e dirimir dúvidas. Caso nada disto explique a disparidade entre a informação do médico e a do paciente, o atestado estará eivado de suspeição e este fato deverá ser denunciado junto ao Conselho Regional de Medicina.

"12-Por fim, é o médico do trabalho obrigado a aceitar todos os atestados fornecidos por outros colegas solicitando afastamento do trabalho?"

Resposta: atestados médicos exarados com lisura e perícia, no entanto em desconformidade com a Lei nº 605/49, são documentos válidos, porém ineficazes para a finalidade de abono de falta por motivo de doença, salvo nos casos de comprovada urgência. A recusa da empresa em aceitar o documento não contesta a idoneidade ou veracidade dos fatos, mas age em conformidade com o texto legal. O que o empregador não pode contestar é o que a lei preceitua. O médico do Trabalho, por fim, não é obrigado a aceitar todos os atestados médicos, pelo que foi exposto em resposta à pergunta nº 2.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Portaria Ministerial nº 3.291/84, subordina a eficácia do atestado médico, para justificativa de faltas ao serviço por motivo de doença, à colocação do "diagnóstico codificado conforme o Código Internacional de Doenças" (Classificação Internacional de Doenças). No entanto, o médico só deverá inseri-lo quando expressamente autorizado pelo paciente. A lei trabalhista nº 605/49 normatiza que "a doença será comprovada por médico da previdência Social a que estiver subordinado o empregado e na falta deste, e sucessivamente, da unidade do Serviço Social do Comércio ou da Indústria, do médico da empresa ou por ela designado; do médico da repartição federal, estadual ou municipal incumbida de assuntos da higiene ou saúde pública; ou não existindo estes na localidade em que trabalhar, de médico da sua escolha".

Nestes novos tempos distantes da longeva lei, no sentido de contribuir com a interpretação da mesma, consideramos aquele citado médico designado pela empresa como sendo também o médico que atender pelo plano de saúde oferecido aos

empregados pelo empregador. Ou seja, este sub-roga a designação através do contrato com o plano de saúde. Quanto ao SUS, ainda nestes tempos atuais, considerando-se que o órgão relacionado à Previdência Social está separado do Ministério da Saúde, tendo aquele somente atividade pericial e previdenciária e este a assistencial, segue pelo ordenamento da lei citada para o último lugar da fila, na qualidade de "repartição pública incumbida de assuntos da saúde..."

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 11 de setembro de 1997.

Lúcio Mário da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 4.904/1996
Parecer CFM Nº. 33/1999
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 23/07/1999

HOSPITAL CONFIRMA EUTANÁSIA

Os responsáveis de um hospital de Imizu, na região de Toyama, a oeste de Tóquio, investigado por conta de denúncias sobre a prática de eutanásia em sete pacientes, admitiram ter desligado os aparelhos de respiração artificial com a prévia autorização dos familiares das vítimas. Eles se defenderam dizendo que as mortes foram "dignas". As mortes foram provocadas sem o consentimento dos pacientes. A legislação do Japão não prevê critérios específicos sobre a legalidade da eutanásia.

Transcrito da Gazeta do Povo de 26/03/06

RESPONSABILIDADE DE CONTATO, SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE VAGA EM HOSPITAL DO SUS, PARA PACIENTE DE PLANO DE SAÚDE, QUANDO FINDAR A COBERTURA DO PLANO

Lúcio Mário da Cruz Bulhões*

EMENTA: O médico não é responsável por pesquisar vagas em outro hospital para transferência de pacientes por motivos administrativos. Quando houver a transferência, é de sua obrigação, exarar relatório médico.

Palavras-chave: solicitação de vaga hospitalar, função não médica, paciente SUS, plano de saúde, cobertura findada

CONTACT RESPONSIBILITY, REQUEST AND CONCESSION OF BEDS IN SUS HOSPITALS, FOR PATIENTS OF HEALTH PLANS WHEN THE HEALTH PLAN COVERAGE COMES TO AN END

Key words: requesting a hospital bed, administrative function, SUS patient, Medical Health plan, end of coverage

A CONSULTA

Dra. A.V.E.F., encaminha a seguinte consulta ao CFM:

"ASSUNTO: RESPONSABILIDADE EM CASO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - LEI 9656/98

Solicitamos a manifestação deste renomado Conselho Federal de Medicina em uma situação que se não for corrigida, trará grandes prejuízos para o paciente.

Conforme a resolução do CONSU nº 13 de 03.11.98 art. 07 parágrafo 2º temos: "caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da *remoção* do paciente para uma Unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento."

Perguntamos: Quando o paciente estiver internado em um serviço de saúde privado, e por motivo de força maior findar a cobertura do seu plano de saúde, a quem caberá o contato com o hospital do SUS e a solicitação de vaga, haja visto que

* Conselheiro Relator Federal.

a lei é clara quando fala da responsabilidade da remoção do paciente, mas é omissa quanto a procura da vaga em hospital do SUS. E ainda como poderia uma operadora obter vaga à distância, se o usuário em questão está sob supervisão de médicos que podem fornecer muito mais informações à Unidade na qual se pleiteia uma vaga?"

O PARECER

Apesar de na pergunta não constar as palavras urgência e emergência, no assunto-título a consulta explicita estes casos, bem como a Resolução CONSU nº 13, de 3.11.98, dispõe sobre "a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência" e assim diz, **resumidamente:**

No 1º artigo garante a atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato está adstrito.

Art. 2º - O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

Parágrafo único – Procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, mesmo dentro das 12 (doze) horas serão de responsabilidade do contratante.

Art. 3º - Contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a sua alta, ou sejam necessários a preservação da vida, órgãos e funções.

§1º - Contratos de segmento hospitalar durante carência são reconhecidos como de segmento ambulatorial.

§2º - No plano de segmento hospitalar, os atendimentos de acidentes pessoais não têm restrições após 24 horas de urgência.

§3º - Para o atendimento que não vier a se caracterizar como próprio do plano hospitalar, risco de vida ou ainda de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

Art. 4º - Planos hospitalares garantem atendimento de urgência e emergência quando se referem ao processo gestacional, com ou sem cobertura obstétrica.

§1º - Planos sem cobertura obstétrica ou sob carência, segue o disposto no art. 2º.

Art. 5º - Plano referência garante cobertura total.

Art. 6º - Plano ou seguro referência com acordo de cobertura parcial de doenças e lesões preexistentes e cobertura será igual ao plano ambulatorial do art. 2º.

Art. 7º - A operadora garante a remoção após os atendimentos de urgência e emergência.

§1º Quando houver risco de vida para a remoção, contratante e prestador negociarão entre si sem ônus para a operadora.

§2º Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade pela remoção para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do tratamento.

§3º A operadora disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade quando for efetuado o registro do paciente na unidade do SUS.

Art. 8º Aplicam-se as disposições aos contratos celebrados na vigência da lei 9656/98 e aos previamente existentes, a partir dos respectivas adaptações.

Entendemos importante ressaltar que, neste parecer, opinamos pelas situações de urgência e emergência, já que nos planos hospitalares está vedada a limitação de prazo de internação.

Nos casos em tela, previstos na Resolução CONSU nº 13/98 e que impliquem em remoção, a norma é clara quando fala em responsabilidade pela remoção. Este ato significa disponibilizar ao paciente todos os recursos necessários, somente cessando a sua responsabilidade, em todos os sentidos, após registro do mesmo na unidade do SUS.

Diferenciamos o ato profissional do ato administrativo :

Duas partes celebram contrato, as quais referenciam local para atendimento – atos estes somente administrativos

O médico em hospital privado referenciado atende a paciente em caráter de urgência ou emergência, exclusivamente submetido às normas técnicas e éticas da profissão.

O fato circunstancial do paciente sob tratamento de urgência ou emergência necessitar de remoção é um evento totalmente administrativo e de âmbito diverso do ato profissional. Ele cuidará do paciente independente de remoção ou não. Não se deve confundir a obrigação que o médico tem de realizar um relatório médico para acompanhar ou antecipar informes para a remoção, com o ato puramente administrativo de conseguir vaga no SUS. Isto deve ser preocupação de contratante, contratado ou prestador administrativo dos serviços, mas seguramente nunca do médico assistente. Ele não pode ter interesse ou desinteresse que macule ou influencie seu desempenho e, muitas vezes, não poderá parar de realizar procedimento médico para substituí-lo com atitudes administrativas.

Daí, entendermos que com perspicácia o legislador preocupou-se em responsabilizar a operadora pela remoção do paciente até o seu registro no SUS.

O médico, por sua vez, deverá exarar relatório para remoção. Muitas vezes, preocupado com o paciente, poderá até contribuir com informes telefônicos a médico de instituição do SUS. Tudo isto no âmbito exclusivamente técnico e jamais com a responsabilidade administrativa de procurar vaga no SUS, para remoção.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 2 de junho de 1999.

Lúcio Mário da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM Nº. 1.591/1999
Parecer CFM Nº. 35/1999
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 23/07/1999

PRONTUÁRIO MÉDICO E AUDITORIA

Carlos Ehlke Braga Filho*

Palavras-chave: prontuário médico, auditoria médica, recusa de internação, alta hospitalar, análise na instituição

MEDICAL FILES AND AUDIT

Key words: medical files, medical audit, refusing admittance, hospital discharge, medical tests in the institution

DOS FATOS:

O Dr. J. M., diretor técnico de Centro de Terapia Intensiva no Paraná em razão de constantes alegações de retirada, dos prontuários da UTI, pelo médico auditor para fins de auditoria para posterior de pagamento. Explica o médico que esta auditoria é feita na regional de saúde e não na UTI, o que retarda e dificulta o pagamento, pois não raro esse prazo é meses.

Apresenta o denunciante sete perguntas sobre o tema.

ANÁLISE:

A auditoria é disciplinada pelo parecer 11/99 e resolução CFM 1614/2001 e nela estão consagrados, entre outros, os princípios da garantia ao auditor de acesso aos documentos necessários, o acesso "in loco" à documentação, proibição de retirada de prontuários ou cópias da instituição, permissão de examinar pacientes, desde que por ele autorizado, permissão de retirada de cópias do prontuário na hipótese de indícios de irregularidades, necessidade do auditor avisar o médico assistente quando da necessidade de realizar exame pelo auditor.

Portanto a retirada do prontuário é proibida, mas a retirada de cópias é permitida excepcionalmente, quando existem indícios de irregularidades específica naquela avaliação.

O Código de Ética Médica, em seu artigo 118, proíbe que a auditoria ultrapasse os limites de sua atribuição e competência. Ainda nesse diploma o artigo 97 veda a retenção a qualquer pretexto da remuneração de médicos.

É sempre importante lembrar que no capítulo dos princípios fundamentais daquele Código exige o compromisso do médico, em não renunciara à

* Conselheiro Relator CRMPR.

sua liberdade profissional, devendo evitar que as restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

1- Os prontuários podem ser retirados do Hospital para auditoria?

Resposta: não, a auditoria deve ser feita no local, entretanto é possível a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução na hipótese de indícios de irregularidade no atendimento de pacientes. (artigo 7 da resolução) A retirada de cópias é excepcional, não devendo ser de rotina.

2- Se sim, qual o prazo que eles podem permanecer com o auditor?

Resposta: o prontuário, como já dissemos, não pode ser retirado da Instituição, portanto não podem permanecer com o auditor.

3- É correto o médico auditor realizar auditoria somente do prontuário, sem fazer avaliação do paciente ou discussão com o intensivista a beira do leito?

Resposta: existem cinco tipos de auditorias definidas no parecer 11/99 (operativa, analítica, de sistemas, de rotina, especial). A auditoria não necessita obrigatoriamente ser feita diretamente no paciente, pode ser feita através de análise do prontuário, caso o auditor entenda necessário poderá examinar o paciente à beira do leito, desde que por ele autorizado, e nesse caso deverá informar ao seu médico assistente previamente, conforme consta no parecer CFM 3/94 e no artigo 7 parágrafo 2 da resolução 1614/01.

4- O médico auditor pode deixar de autorizar o internamento do paciente após a alta, sem tê-lo examinado, ou sem justificativa por escrito ao médico assistente?

Resposta: a " glosa " pode ser feita antes, durante ou após o internamento, entretanto deve necessariamente ser justificada por escrito ao médico assistente.(conforme exige o artigo 9 da resolução 1614/01)

Nessa hipótese de "glosa" não haverá obrigatoriamente a necessidade de examinar o paciente, pois os dados constantes no prontuário podem ser suficientes para a conclusão.

5- Como deve ser a Auditoria Médica Municipal e Estadual em pacientes internados na UTI?

Resposta: deve seguir os princípios definidos na resolução já citada exaustivamente nesse parecer.

6- Pode o médico auditor determinar que o paciente saia da UTI?

Reposta: a auditoria deve, se for o caso desautorizar o internamento ou definir pela alta, e desta forma os procedimentos não serão ressarcidos após essa

decisão. O médico intensivista pode discordar desta decisão e contra-argumentar, exponde suas razões técnicas para a manutenção do internamento e aguardar a decisão definitiva.

Quem decide pela alta da UTI é o médico intensivista e não o auditor, este tem a competência de definir pela alta administrativa e suspensão dos pagamentos ou ressarcimentos posteriores. A alta clínica e responsabilidade por este ato é do médico intensivista.

7- Pode o médico auditor determinar os pacientes que devem receber os benefícios da UTI?

Resposta: a decisão de internar e manter o paciente na UTI é a princípio do médico intensivista, a interferência do auditor fere a autonomia do médico e necessita ser justificada sendo comunicada por escrito sua discordância ao médico assistente e este deverá apresentar ao auditor os motivadores de sua decisão.

É o parecer.

Curitiba 4 de julho de 2005.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 056/2005
Parecer CRMPR Nº. 1682/2005
Parecer Aprovado - Câmara I
Sessão Plenária de 18/07/2005

ORAÇÃO NÃO AJUDA PACIENTE OPERADO, DIZ ESTUDO NOS EUA

Orações feitas por desconhecidos não ajudaram na recuperação de pacientes que sofreram cirurgias de coração, diz um estudo feito nos EUA.

Dentre os mais de 1.800 pacientes estudados, não houve diferença de recuperação entre os que receberam orações e os demais. Entre os pacientes que foram alvo de preces, os que sabiam das rezas tiveram mais complicações pós-operatórias, provavelmente devido à expectativa criada pelas orações, crêem os cientistas.

Transcrito da Gazeta do Povo Março/06

PARECER

ESTIPULAÇÃO DE NÚMERO MÍNIMO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS POR JORNADA DE TRABALHO DIÁRIO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Luis Gabriel Fernandez Turkowski*

Palavras-chave: saúde pública, ambulatório, consulta médica, atendimento diário

STIPULATING A MINIMAL NUMBER OF APPOINTMENTS IN A WORKING DAY IN THE MUNICIPAL HEALTH NETWORK

Key words: public health, out-patient services, medical consultation, daily medical care

PARECER:

Trata-se de consulta formulada pela Dra. H. V. S., acerca da implantação de rotina que estabelece número mínimo de consultas por médicos das U.B.S., cujas considerações passo a fazer à seguir:

A medicina é uma ciência biológica não exata. Por vezes contraria a matemática. As variáveis são infinitas, tratando-se de pessoas que buscam a recuperação da saúde. Ao médico caberá oferecer o melhor de sua capacidade em benefício de seus pacientes.

A relação de forças entre o trabalhador e seu patrão a cada dia merece atenção redobrada, já que no mercado de trabalho encontramos cada vez mais médicos e menos possibilidades de uma atuação liberal. Independentemente desta realidade, os responsáveis pelo atendimento médico da população deverão sempre levar em conta a qualidade e não a quantidade dos serviços efetivamente prestados aos munícipes em questão.

Não há nenhuma legislação que estabeleça o número de consultas médicas por jornada de trabalho. Eventualmente, em algumas situações especiais, pode-se até definir um parâmetro de quantidade de atendimento por jornada de trabalho, desde que acordado entre todos os que estarão envolvidos diretamente nesta questão. Assim não existirá um número grande nem pequeno de pacientes por jornada de trabalho, quando todos, especialmente, os médicos, estiverem satisfeitos com a profissão

* Delegado Relator CRMPR.

que exercem. Aos empregadores restará encontrar meios pelos quais nenhum de seus servidores, mantidos pelos cofres públicos, possam descumprir com a tarefa pela qual foram contratados. Definitivamente a transformação do atendimento médico em linha de produção não será o meio mais correto de contemplar-se os cidadãos.

O trabalho médico não pode ser cronometrado enquanto existirem doentes e não doenças. A mesma doença pode demandar do médico uma hora, meia hora, 10 minutos ou duas horas. O mesmo se aplica a atos médicos. A mesma cirurgia com tempo previsível de uma hora, pode durar cinco horas. As patologias, as características do paciente e do agente etiológico e do meio ambiente desconhecem regras matemáticas exatas.

Cabe ainda lembrar o disposto no art. 16 do Código de Ética Médica a seguir:

"art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente."

Por derradeiro, atentemos para o que reza o art. 8º do Código de Ética Médica:

"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."

É o parecer.

Londrina, 24 de janeiro de 2.005

Luis Gabriel Fernández Turkowski
Delegado Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 015/2005
Parecer CRMPR Nº. 1693/2005
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/08/2005

PARECER

VEICULAÇÃO DE PROPAGANDA ATRAVÉS DE FOLDER SOBRE PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO E USO DE APARELHOS

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

Palavras-chave: publicidade, folder, dermatologia, aparelhos, ética

PUBLICITY THROUGH BROCHURES ON DERMATOLOGICAL PROCEDURES AND THE USE OF EQUIPMENT

Key words: publicity, flyer, dermatology, equipment, ethics

Recebemos correspondência da Dra. B.G.B.B., enviando texto para divulgação através de folder e solicitando informações sobre os seguintes questionamentos:

1) Podemos nós, dermatologistas, divulgar eticamente, nossos aparelhos, por exemplo: Aparelhos de Fototerapia para Vitiligo, Psoríase e Linfoma cutâneo? Ou Lasers ou IPLs ou aparelhos de Endermologia ou de microdermoabrasão?

2) Podemos nós, dermatologistas, divulgar tratamentos cosmiátricos clássicos, embasados em literatura e de domínio comum entre os Dermatologistas e Cirurgiões Plásticos, utilizados no tratamento adjuvante do fotoenvelhecimento, já bem estabelecidos como: peelings, uso de Toxina Botulínica e de preenchedores?

3) Especificamente, no meu caso: Posso divulgar o aparelho de IPL (Luz Pulsada Intensa) e os tratamentos oferecidos por ele?

Em 10/05/2005, enviamos o Ofício nº 40/2005 – CODAME, em resposta as indagações efetuadas, nos seguintes termos: "Em atenção a sua correspondência, datada de 22/03/2005, protocolada neste Conselho, sob o nº 5177/05, em 07/05/2005, vimos informar que o texto que V.Sª pretende publicar, conflita com o Artigo 3º, letra a, da Resolução CFM nº 1701/2003 (cópia em anexo) e, portanto, não poderá ser veiculado.

Outrossim, sugerimos que o texto seja refeito e enviado novamente para análise da CODAME.

* Conselheira Relatora CRMPR.

Recebemos em 30/05/2005, outra correspondência da Drª B.G.C.G., protocolada sob o nº 7430/05, com o seguinte teor:

"Agradeço a sua atenção à minha solicitação de avaliação de texto a ser publicado, protocolada sob o número 5177/05 e respondida através do ofício nº 40/2005 – CODAME.

Entretanto, venho por meio desta solicitar a V.Sª maior esclarecimento em relação aos termos específicos utilizados no texto a ser analisado que conflitaram com o Artigo 3, letra a, da Resolução CFM nº 1701/2003, o qual veta ao médico: Letra a "anunciar que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com a divulgação da especialidade". Uma vez que sou dermatologista e minha especialidade trata, entre outras patologias, de hirsutismo ou hipertricose, de acne inflamatória, de manchas na pele, de vasos sangüíneos faciais, como as teleangiectasias e de fotorejuvenescimento da pele, gostaria de solicitar a V.Sª que especificasse quais desses termos entram em conflito com o artigo supracitado, para que possa ser ajustado. Adicionalmente, havia duas outras dúvidas que foram questionadas, sobre as quais não houve resposta, na carta encaminhada. São elas:

1) Podemos nós, dermatologistas, divulgar eticamente, nossos aparelhos, por exemplo: Aparelhos de Fototerapia para Vitiligo, Psoríase e Linfoma cutâneo? Ou Lasers ou IPLs ou aparelhos de Endermologia ou de microdermoabrasão?

2) Podemos nós, dermatologistas, divulgar tratamentos cosmiátricos clássicos, embasados em literatura e de domínio comum entre os Dermatologistas e Cirurgiões Plásticos, utilizados no tratamento adjuvante do fotoenvelhecimento, já bem estabelecidos como: peelings, uso de Toxina Botulínica e de preenchedores?

CONCLUSÃO:

Após nova discussão entre os conselheiros, temos a considerar que o folder encaminhado para análise encontra-se adequado para divulgação, no entanto, ressalvamos a necessidade de não prometer resultados, no caso o termo " depilação definitiva", pois várias sessões podem ser necessárias para obtenção do resultado desejado.

Quanto à divulgação ética de tratamentos com toxina botulínica, peelings e preenchedores, devem seguir as Resoluções que estão disponíveis para consulta na internet, em especial a 1701/2003, com atenção especial para os ítens a,b, f, h, j, do art 3º.

É o parecer.

Curitiba, 08 de agosto de 2005.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Consª. Relatora

Processo-Consulta CRMPR Nº. 5177/2005
Parecer CRMPR Nº. 1684/2005
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/08/2005

PARECER

COMO RADIOGRAFAR NA FALTA DE RADIOLOGISTA NA CIDADE

Manoel de Oliveira Saraiva Neto*

Palavras-chave: ausência de radiologista, ausência de técnico em radiologia, normas para procedimento, Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

HOW TO CARRY OUT RADIOLOGY WHEN THERE ARE NO RADIOLOGISTS IN THE CITY

Key words: absence of radiologist, absence of radiology technician, standards for procedure, Regional Council of Technicians in Radiology

O consulente, Dr. M.F., Diretor Clínico de Hospital do Paraná, em carta dirigida ao CRMPR, argumenta que não há medico radiologista em sua cidade nem tampouco técnico em radiologia, e recebeu uma notificação do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia, conforme copia em anexo.

Alega que no momento da notificação não houve vistoria ou flagrante por parte do representante do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia. Que em resposta encaminhada àquele conselho, que não havia técnico de radiologia na sua cidade nem condições de se contratar um técnico e pelo baixo números de exames efetuados e que os exames eram realizados por médicos auxiliados por auxiliar de enfermagem.

A seguir, recebeu notificação para pagamento de multa, também anexo, questiona: *"Se a multa procede, e se todos os hospital de cidades equivalentes procedem da mesma forma e somente o hospital de V.C.O. foi notificado"*.

Em anexo, existe o auto de infração n.º 94/2001, emitido pelo CRTR-PR – 10.ª Região, que consta o nome de Maria José Garbim e indica que este auto de infração baseia-se no seguinte item: exercer a função de técnico em radiologia sem a devida habilitação do referido conselho. Autuada em flagrante, penalidade imposta, multa administrativa de R$ 1.800,00 conforme Lei 7394 de 29/10/85, artigo 2.º; Decreto n.º 92790, de 1706/86, artigo 3.º; Resolução Conter n.º 05, de 07/10/2000, artigo 14, Letra A .

* Conselheiro Relator CRMPR.

Foi ainda juntado na consulta, cópia de recurso administrativo junto àquele Conselho.

À Consulta temos a aduzir que:

As normativas do Ministério da Saúde para o uso de radiações ionizantes em seres humanos e a Portaria da Vigilância Sanitária do Paraná que regulamenta os serviços de radiodiagnóstico médico e odontológico, estabelecem que os exames de Raio X devam ser executados por profissional habilitado e sob orientação de médico com treinamento e cuja titulação inclua a avaliação de conhecimentos em física e proteção radiológica. Mais ainda, a portaria estadual estabelece que os pequenos serviços que utilizam aparelhos de até 100mA, possam ser operados por médicos não radiologistas, ou por auxiliares sob a sua supervisão. Que aparelhos de maior porte devem ser operados por médicos radiologistas, ou por profissionais habilitados sob a sua supervisão. Mais ainda, a profissão de técnico em radiologia foi regulamentada por Lei n.º 7394/85 e Decreto 92790/86, que determina as condições legais para o exercício profissional. De acordo com essa legislação, num hospital de peque do porte com equipamento radiológico de potência até 100 mA como imagina-se ser o caso do hospital do consulente, na impossibilidade de contratar técnico em radiologia devidamente registrado, cabe ao médico a execução dos exames radiológicos.

Quanto às questões da procedência da multa, o foro de discussão deve ser o próprio Conselho de técnicos, e caso a decisão desse não venha a satisfazer o consulente, cabe então, discutir-se na seara judicial.

Quanto à Segunda questão, não há como emitir juízo.

É o parecer.

Curitiba, 05 de dezembro de 2002.

Manoel de Oliveira Saraiva Neto
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 147/2001
Parecer CRMPR Nº. 1546/2003
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/11/2003

TAREFA

Morder o fruto amargo e não cuspir
Mas avisar aos outros quanto é amargo
Cumprir o trato justo e não falhar
Mas avisar aos outros quanto é injusto
Sofrer o esquema falso e não ceder
Mas avisar aos outros quanto é falso
Dizer também que são coisas mutáveis
E quando em muitos a noção pulsar
Do amargo e injusto e falso por mudar
Então confiar à gente exausta o plano
De um mundo novo e
muito mais humano.

Geir Campos

Ehrenfried O. Wittig *

Porta-Receituário Médico

Um belo porta-receituário médico, relativamente raro, que teve seu auge comercial na década de 1940/1950, quando também outros modelos se destinavam a guarda-notas de recados.

Este porta-receituário era ofertado como presente de formatura médica ou em outras festividades.

Torneado em jacarandá, com enfeite em aplique frontal de prata, moldado com motivo de flores nos cantos, tendo ao centro o emblema da medicina, com a cobra enrolada no cajado.

Medidas: 20cm x 13cm

Doação: Ehrenfried O. Wittig

Palavras-chave: porta-receituário médico, história da medicina
Key-words: prescription holder, history of medicine

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