

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 24	n. 96	p. 187-256	Out./Dez.	2007
---------------------------	----------	-------	-------	------------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins
Hélcio Bertolozzi Soares Hernani Vieira João M. C. Martins Luiz Sallim Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

CRM

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

CFM

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

TIRAGEM

16.500 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

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: comercial@serzgraf.com.br

EDIÇÃO

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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente a todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

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

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chave e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

Autor(es) - nome(s) e sobrenome(s)

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

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

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

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 5 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 97 for Windows.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 24, n.96, 2007

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

Obrigações Governamentais em Saúde, Comprovações Clínicas e o Direito a Tratamentos de Alto Custo

Kalki Iriska 187

RESOLUÇÃO

Interdição Cautelar do Exercício Profissional

CFM 211

PARECERES

Cabe ao Médico Realizar Cauterização de Verrugas

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 213

Relacionamento do Cooperado Com a Cooperativa

Carlos Ehlke Braga Filho 215

Peritos: Formulário "Padrão de Quesitos" Para Médicos do Serviço Público e o Seu Preenchimento

Luiz Ernesto Pujol 217

Registro Médico no CRM Sem Ter o Seu Diploma Registrado no MEC

Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque 230

Médico Pode Emitir Laudos de Diagnóstico Por Imagem Sem Possuir Especialização em Radiologia

Marília Cristina Milano Campos 232

Atestado Médico é Documento de Fé Pública. Afastamento Por Necessidade do Filho, Mãe ou Pai

Luiz Ernesto Pujol 234

Tabela AMB e a Classificação CBHPM

Hélcio Bertolozzi Soares 237

Os Honorários dos Anestesiologistas, Suas Normas e a Relação Com a Equipe

Roseni Teresinha Florêncio 239

NOTAS DA IMPRENSA

Londres Autorizará Embriões Híbridos de Animais e Humanos

Gazeta do Povo 210

Suicídio de Pacientes é Responsabilidade de Hospital

Visão Jurídica 216

Anvisa Não Libera Ultra-Som

Gazeta do Povo 229

Vaticano Afasta Sacerdote Gay

Gazeta do Povo 231

Doutor Morte Deixa a Prisão Após Oito Anos

Gazeta do Povo 233

Castração Química em Pedófilo Passará Por Sindicância

Gazeta do Povo 236

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

1927 - Oftalmologista Vienense em Curitiba

Ehrenfried Othmar Wittig 242

ÍNDICE REMISSIVO

Números 93 à 96/2007

Índice Remissivo 243

OBRIGAÇÕES GOVERNAMENTAIS EM SAÚDE, COMPROVAÇÕES CLÍNICAS E O DIREITO A TRATAMENTOS DE ALTO CUSTO

Marco Antonio Oliveira de Azevedo*

Resumo: É correto que o Estado seja obrigado a fornecer medicamentos excepcionais e de custos elevados, não previstos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, por decisão judicial? Em nosso país, todas as pessoas são portadoras do direito constitucional à atenção e assistência à saúde, incluindo não somente o direito difuso sobre os governos a ações de prevenção, mas também o direito subjetivo individual de acesso à assistência terapêutica apropriada, inclusive farmacêutica. Contudo, isso não significa que tenham igualmente direitos sobre os governos a tratamentos cientificamente não comprovados. Afinal, médicos não estão obrigados a prescrever a seus pacientes tratamentos não comprovados. Estão, certamente, obrigados a oferecer-lhes tratamentos suficientes comprovados, e de não lhes prescrever tratamentos comprovadamente prejudiciais, sob pena de negligência ou imprudência. Por decorrência, é injusto exigir indiscriminadamente dos governos o fornecimento de tratamentos não suficientemente comprovados.

Palavras-chave: direitos à saúde, direitos humanos à saúde, tratamentos de alto custo, comprovações científicas, prescrições eticamente orientadas, medicina baseada em evidências

GOVERNMENTAL DUTIES IN HEALTH, CLINICAL VERIFICATIONS AND THE RIGHT TO HIGH-COST TREATMENTS

Key words: health care rights, human rights of health care, high cost treatments, scientific evidences, ethics and medical prescriptions, evidence based medicine.

Sumário

1. Introdução – 2. O direito à saúde no Brasil após a Constituição de 1988 – 3. Direitos à saúde como direitos humanos – 4. Prescrições médicas e obrigações governamentais – 5. A “nova” medicina baseada em evidências – 6. Prescrições médicas eticamente orientadas – 7. Há razões para a prescrição de tratamentos não comprovados? – 8. A prescrição de medicamentos de uso excepcional – 9. Decisões médicas diante de recursos escassos: o problema da responsabilidade social no ato de prescrição terapêutica – PALAVRAS-CHAVE – Bibliografia.

* Médico, residente em Porto Alegre-RS. Formado em 1987 na UFRGS. Mestre em 1995 (UFRGS), doutor em 2003 (UFRGS)

1. Introdução

Há uma preocupação crescente hoje em dia com os elevados custos da assistência médica. Isso guarda relevância especial em nosso país, já que nosso sistema de saúde público é único e suas obrigações constitucionais bastante abrangentes. Ao lado disso, há também preocupações e críticas ao poder excessivo da indústria de medicamentos. A queixa é de que as indústrias estariam obtendo vantagens abusivas, ao passo que o sistema de saúde estaria em crise. A isso se associa a crítica à prescrição indiscriminada dos médicos de remédios, de custo extraordinariamente elevado, sem eficácia comprovada e recém introduzidos no mercado pela indústria. Alega-se com isso que interesses exclusivamente comerciais estariam subordinando os valores inerentes às ações em saúde. Bens como a vida e a saúde estariam sendo inescrupulosamente desprezados em proveito unicamente de interesses lucrativos de segmentos privilegiados do mercado.

Tudo isso é possível. Mas, num país como o nosso, em que o sistema de saúde é público, e único, e onde se acha difundida a idéia (correta, por sinal) de que temos, todos, e sem distinção, os mesmos direitos sanitários, tais queixas e preocupações acabam por revelar um conflito aparentemente impossível de ser solucionado, a saber, o conflito entre os interesses dos usuários e os interesses dos gestores públicos. Parece não haver, nessas circunstâncias, princípios ou razões que aproximem o interesse particular dos usuários dos objetivos políticos legítimos de seus governos. Afinal, para os primeiros, usar o sistema público é um direito individual (e “gratuito”, isto é, direitos que não lhes deveriam gerar nenhum ônus adicional, além, é claro, de tributos), ao passo que, para o gestor, trata-se de dar respostas não a interesses específicos, mas à promoção do “bem comum”.

Não creio que o problema dos custos elevados da assistência seja um problema simples. Trata-se, ao contrário, de um problema complexo, que deveria levar-nos a refletir sobre temas de natureza econômica e administrativa, além de temas próprios à filosofia e à ciência política. Contudo, isso foge bastante do escopo exigido a esta Dissertação. Desse modo, e dentro do que pessoalmente posso contribuir, restringirei minhas reflexões ao tema sugerido: a “prescrição médica sob o enfoque da responsabilidade social”, mais especificamente, “o caso dos medicamentos excepcionais”. Meu objetivo será fornecer uma resposta razoável à questão posta pelos conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Paraná para o 18º Prêmio Monografia de Ética Médica, edição 2007, a saber:

É correto que o Estado seja obrigado a fornecer medicamentos de dispensação excepcional ou altos custos, não previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, por decisão judicial?

Eis a versão que tomarei como ponto-de-partida:

(1) Há fundamento nas decisões judiciais que obrigam os gestores públicos estaduais do SUS a fornecer medicamentos de dispensação excepcional e de custos elevados?

Parece claro que a resposta a esta questão é: *sim*. Afinal, em nosso país, tanto a Constituição como a Lei Orgânica da Saúde (a lei 8080/90) exigem dos

governos que protejam a saúde de indivíduos e coletividades, por meio de políticas e ações, capazes de promovê-la, protegê-la e igualmente de *recuperá-la*.

Boa parte dos que argumentam em favor de que há fundamentos nas decisões judiciais que obrigam os governos a conceder tratamentos, ainda que caros, a indivíduos portadores de doenças raras ou incomuns, partem da suposição de que direitos individuais devem ser levados a sério, sendo, salvo situações excepcionais, preeminentes sobre a soma dos interesses de muitos.¹ Ou seja, que para que um governo tome decisões em contrário, é preciso que suas razões não se refiram apenas a um ônus administrativo ou político. É que a recusa a conceder tais tratamentos deve ser uma decisão política amparada em princípios, os quais, tal como sustenta Dworkin (2002), sirvam também de fundamento aos próprios direitos em questão. Assim, se a concessão de certos tratamentos comprovadamente implicar a impossibilidade de fornecê-los justa e equilibradamente a todos os que dele necessitam, então estaremos diante de um motivo razoável. Porém, para tanto não basta brandir hipóteses: é preciso provas. Suspeitas e especulações não bastam, assim como também não são válidas alegações em favor de outros compromissos políticos, não vinculados diretamente à proteção dos direitos que se acham em questão.

Há, porém, uma diferença relevante entre a questão (1) e a seguinte:

(2) Há fundamento nas decisões judiciais que obrigam os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) a fornecer medicamentos de dispensação excepcional e de custos elevados, *não previstos, contudo, em protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas?*

Bem, embora pareça aceitável que os governos estejam obrigados a fornecer tratamentos, independentemente de seu custo e em que pese sua excepcionalidade, isso não implica concordar que o mesmo se aplica a casos de tratamentos cientificamente *não* comprovados. Argumentarei, assim, em favor de que os governos têm a *permissão* de não conceder medicamentos de alto custo (ou mesmo de baixo custo) no caso de tratamentos cientificamente *não* amparados.² Em outras palavras, de que não há obrigação jurídica e moral, mesmo no caso de países como um sistema público de saúde abrangente como o nosso, a que os governos atendam a demandas por

¹ A área oval pontilhada na figura acima busca indicar que tratamentos altamente recomendáveis ou indicáveis não são somente os tratamentos que contam com estudos de nível I e II (estudos multicêntricos, ensaios clínicos randomizados e coortes bem desenhadas, etc.), mas também tratamentos consagrados, para os quais, em que pese não haja estudos controlados recentemente publicados, são terapêuticos com larga experiência clínica (ou séries de casos). Assim, mesmo não havendo estudos controlados recentes que comprovem, por exemplo, os benefícios da apendicectomia no tratamento da apendicite aguda, a experiência médica é largamente suficiente para considerá-la uma forma padrão de tratamento. Daí porque qualquer introdução de novas alternativas de tratamento cirúrgico da apendicite aguda possam ser comparadas em estudos que tomem a apendicectomia clássica como “padrão ouro”.

² Por exemplo. Há provas suficientes, por estudos de nível I, de que a endarterectomia de carótida em pacientes com acidentes isquêmicos transitórios com mais de setenta por cento de obstrução arterial é benéfica; porém, estudos randomizados de nível I afirma o contrário no caso de pacientes com menos de trinta por cento de estenose. Nestes casos, há evidências de que a cirurgia não é benéfica, podendo ser prejudicial. Os estudos, porém, parecem ser inconclusivos quando a obstrução encontra-se entre 30 e 70 por cento (Sharpe & Faden, 1998, p. 220). Disso conclui-se que a endarterectomia é mandatória no primeiro caso, contra-indicada no segundo, e não indicada no terceiro. Desse modo, *prima facie*, é um erro não indicar cirurgia no primeiro caso, um erro indicá-la no segundo, devendo-se evitar indicá-la no terceiro, salvo considerações clínicas especiais. Ressalte-se, porém, que toda indicação clínica baseia-se não somente em estudos ou razões de eficácia e efetividade, mas também em estudos de eficiência.

tratamentos que não se acham suficientemente amparados em evidências cientificamente consistentes. Nesses casos, razões econômicas (como o custo elevado) podem representar justificativas legítimas (como a proteção ao “equilíbrio orçamentário”, incluindo a chamada “reserva do possível”, ou mesmo a manutenção de outras obrigações públicas, dentre as quais, a garantia de serviços essenciais), para amparar decisões de negar o fornecimento de certos tratamentos administrativa ou judicialmente demandados. Minha tese é de que não há, nesses casos, direitos individuais a tais espécies de tratamentos. E a razão não é exatamente de que não há direitos “absolutos”. Se faz ou não sentido falar em direitos “absolutos”, isto é outro problema.³ É que alegações não justificadas em torno de direitos não configuram direitos reais. Por conseqüência, defenderei que a versão (2) merece uma resposta negativa. Isto é, salvo melhor juízo, não há argumentos plausíveis em favor de que medicamentos ou tratamentos não suficientemente comprovados, ainda que prescritos (sem erro) por um médico, devam ser *obrigatoriamente* fornecidos a todo brasileiro em toda e qualquer situação.

2. O direito à saúde no Brasil após a Constituição de 1988.

A visão de que os cidadãos brasileiros não têm em nosso país direitos individuais ou subjetivos contra os governos a *todo* e *qualquer* tratamento médico, independentemente de seu custo ou embasamento científico, vem-se tornando consenso entre as diferentes lideranças políticas e agentes públicos.⁴ Muitos entendem que o custo do tratamento deve limitar seu fornecimento pelo sistema público.⁵ Não há, entretanto, quem defenda a tese, ao que parece, suposta como inaceitável, de que ao governo somente cabe ações e políticas para a promoção da saúde coletiva (ações que os sanitaristas caracterizariam como de “prevenção primordial” e de “prevenção primária”). Sistemas de saúde semelhantes ao sistema privado norte-americano, por

³ Custos elevados, por exemplo, afetam considerações de “custo-benefício” (um tratamento pode ser comprovadamente benéfico, mas seu custo pode ser alto o suficiente para que o paciente possa razoavelmente preferir outra alternativa ainda que insuficientemente comprovada). Em decisões administrativas, considerações de “custo-benefício” merecem ser avaliadas por estudos sistemáticos de boa qualidade (veja-se o quadro recomendado na nota 20, acima).

⁴ Um tratamento é chamado de *eficaz* (ou “comprovadamente eficaz”) se há evidências fortes de que é benéfico para certo grupo de pacientes portadores de certa doença. Este mesmo tratamento é chamado de *efetivo* se há provas adicionais de que o tratamento produz benefícios nas condições usuais da prática clínica. É chamado, além disso, de *eficiente* se, em comparação com outras alternativas eficazes e efetivas, resulta no melhor custo/benefício para o paciente (ou para a terceira parte), incluindo sua melhor aceitabilidade. Um médico certamente não erra (em sentido estrito) ao indicar um tratamento efetivo, porém menos “eficiente” que outro, igualmente efetivo e eficaz. Porém, considerações de custo/efetividade representam razões que podem levar um paciente a preferir um tratamento a outro (o mesmo pode-se dizer com respeito à terceira parte). Desse modo, parece razoável que o médico deva considerar com o paciente todas as alternativas aceitas como eficazes e eficientes, tornando claras eventuais provas de melhor eficácia ou custo/efetividade. A omissão ao paciente de outras alternativas terapêuticas igualmente eficazes e efetivas, porém de menor custo, logo, comprovadamente mais eficientes, revela uma forma de negligência que pode indicar desonestidade (que razões poderia ter um médico não desatualizado para omitir de seu paciente tratamentos comprovadamente mais eficientes comparados àquele que porventura prefira ou prescreva?). Nenhum interesse particular do médico que não coincida com o que é mais apropriado ao paciente é eticamente aceitável.

⁵ O argumento de Pascal não é tido como convincente para forçar o incrédulo, já que a utilidade gerada pela satisfação de prazeres mundanos é simplesmente suposta como neutra, ou simplesmente muito pequena, especialmente se comparada com a insatisfação que Pascal sugere caso Deus seja castigador. Daí porque optar por uma vida ímpia é certamente a pior solução. Sobre os aspectos matemáticos do argumento de Pascal, bem como sobre sua incapacidade de convencer o incrédulo, veja-se livro de Carlos Augusto Crusius (2001).

exemplo, também são largamente questionados em nosso meio. Ainda assim, há quem sustente que, além de políticas e ações de prevenção primordial e primária, tratamentos médicos que visem à proteção ou recuperação da saúde dos indivíduos somente deveriam ser custeados pelos governos nos casos em que: a) integrem programas específicos de atenção à saúde das coletividades; b) sejam medidas terapêuticas imprescindíveis para a garantia imediata da vida dos indivíduos; c) seus beneficiários sejam carentes de recursos.⁶

Os que defendem tais teses partem de princípios razoáveis.⁷ Mas simpatizar com tais teses é insuficiente. Isto é, a menos que se sustente que direitos redundam de interpretações “elásticas” e subjetivamente variáveis, vulneráveis, portanto, às idiossincrasias de cada juiz, ou que sejam produto de meras decisões políticas orientadas por interesses contingentes, ou que sejam apenas o reflexo do estado atual das relações de poder vigentes (e há quem assim pense), direitos reais não podem depender ou resultar de meras interpretações de ocasião. Tendo, portanto, a normatividade jurídica um caráter *objetivo*, é certo que há diferença entre a mera interpretação da lei e a lei em sentido próprio. Textos jurídicos “sinalizam” leis (ou normas), e estas consistem em práticas jurídicas cuja realidade não pode ser equivalente às crenças ou às opiniões eventuais de seus intérpretes.

Assim, para sabermos quais são os direitos reais que temos em nosso país, é preciso partir do que se acha configurado *objetivamente* como lei no país. Para tanto, é preciso interpretar o que se acha expresso no texto constitucional. Assim, vejamos primeiramente o que diz a Constituição.

No Artigo 196, encontra-se estabelecido que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Não é claro se por “saúde” o legislador pretendia referir-se ao estado desejável, ou ao conjunto de serviços de atenção e assistência à saúde humana.⁸ Independentemente disso, há certamente uma referência clara, a saber, de que é dever do Estado: a) a implementação de políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de adoecimento e outros agravos (um direito subjetivo *coletivo* e *difuso*); b) a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a

⁶ A isso poderíamos acrescentar também “programas de saúde destinados a garantir ações terapêuticas voltadas à proteção ou recuperação da saúde de indivíduos de certas coletividades especialmente vulneráveis, como idosos, crianças, ou comunidades indígenas”.

⁷ Confesso que mantenho especial simpatia por essas idéias e penso que nosso país não erraria se passasse a se orientar por uma visão mais restrita sobre o direito público à saúde. Mas não julgo que esta seja a interpretação correta sobre o que a Constituição de 1988 e a legislação complementar sobre o Sistema Único de Saúde determinou como sendo obrigação dos governos, logo, como sendo direitos reais dos cidadãos brasileiros. Devemos, portanto, separar o que é conteúdo de nossas crenças ou simpatias da realidade jurídica como *tal*. O respeito democrático à lei é também um princípio moral de racionalidade prática. Apenas se for impossível dar assentimento a uma lei da qual se tenha opinião contrária é que temos uma razão prática para a desobediência civil. Este princípio “democrático” pode ser inferido da definição de Kant da “liberdade jurídica” como “liberdade externa” (a liberdade política). A propósito, veja-se seu opúsculo intitulado “A paz perpétua”, de 1795 (KANT, 1988, p. 128).

⁸ Aliás, o conceito de “saúde” é até hoje motivo de controvérsia. Há boa literatura recente sobre isso. A propósito, veja-se: BOORSE (1977, 1997); FULFORD (1997); ALMEIDA FILHO e JUCÁ (2002); entre outros.

promoção, proteção e recuperação da saúde (um direito *individual*).⁹ Portanto, há um claro dever jurídico de prestação de serviços e ações em saúde.

Aliás, é o que se acha explícito, a seguir, no Artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes,

dentre as quais, o:

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das atividades assistenciais.

Já na Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8080/90, em seu artigo segundo, encontra-se declarado que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” E no parágrafo primeiro dessa lei, reafirma-se novamente o preceito de que:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

E no artigo 6º, encontra-se a seguinte diretriz explícita:

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Ora, não há outra interpretação plausível: o que os constituintes aprovaram e o que o poder legislativo imediatamente veio a estabelecer como lei ordinária foi que, no Brasil, é obrigatória a organização e gestão por parte do governo de um único sistema de saúde público, notadamente gratuito, e capaz não somente de realizar ações de prevenção, mas também de implementar atividades assistenciais, incluindo a assistência farmacêutica. Este é nosso “marco legal”: todo brasileiro, independente de sua condição econômica, tem direito ao acesso igualitário a esses serviços públicos. E tais serviços devem visar não somente à atenção, mas também à *assistência integral* à saúde, mediante ações não somente de promoção, mas também de proteção e recuperação da saúde, isto é, ações em *todos* os níveis, incluindo a assistência farmacêutica. Em outras palavras, trata-se do direito universal a um sistema público de seguridade sanitária, *gratuito*, *integral* e *amplo*, de proteção tanto à saúde coletiva como à saúde dos indivíduos.

⁹ Seria o direito, em geral, a ações e serviços de saúde um direito “coletivo”, e não um direito individual? Depende. Em alguns casos, sim (o direito comum a que *haja* serviços de saúde adequados); em outros casos, não. O direito a que alguém seja assistido por ser portador de certa queixa clínica é um direito individualizável. Assim, o direito de João ao tratamento adequado de seu câncer é um direito diferente do direito de Maria à assistência médica à sua gestação. A propósito, veja-se o que diz Robert Alexy: “Os direitos a prestações em sentido estrito são direitos do *indivíduo* frente ao Estado (...). Quando se fala em direitos sociais fundamentais (...) se faz referência primordialmente a direitos a prestações em sentido estrito” (ALEXY, 1997, p. 482, *grifos meus*).

3. Direitos à saúde como direitos humanos.

Estamos agora em condições de retornar à primeira questão, a saber:

(1) Há fundamento nas decisões judiciais que obrigam o gestor público estadual do SUS a fornecer medicamentos de dispensação excepcional e de custos elevados?

Ora, se a prescrição de tais medicamentos contar como a ação adequada, isto é, como a ação médica efetivamente capaz de proteger ou recuperar a saúde de alguém, e se igualmente contribuir para a satisfação do dever legal e constitucional de prestar assistência farmacêutica, sem discriminações de qualquer espécie, como parte, portanto, do dever de prestação de assistência integral à saúde dessa pessoa, então certamente há fundamento jurídico (e moral), mesmo que tais medicamentos sejam de uso excepcional e caros. Afinal, embora custos importem quando se trata de definir prioridades em políticas públicas, não há menção na legislação específica, ou nos direitos fundamentais abrigados pela Constituição, a restrições ou limitações a direitos em função de seus custos para o governo.

Conclui-se que a legislação sanitária de nosso país confere aos brasileiros o direito subjetivo ao melhor tratamento disponível para a proteção e recuperação de sua saúde, e que cabe ao Sistema Único de Saúde garanti-lo de modo integral, e sob condições de igualdade, a todos, sem distinção.

Talvez conceder direitos amplos à saúde não tenha sido prudente. Mas um argumento em seu favor é de que tais direitos à saúde possuem essa configuração extensiva justamente em respeito aos direitos humanos. Entretanto, não há, ao menos no conteúdo do principal manifesto internacional de direitos do homem, a Declaração de 1948, qualquer menção a que todo ser humano é portador de direitos sobre seus governos a um sistema de saúde público capaz de prestar-lhe cuidado e assistência integral e gratuita à sua saúde. O que há na Declaração dos Direitos do Homem é a exigência de que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar pessoal, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais necessários, e direito à seguridade em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Ou seja, o que o manifesto de 1948 exige é que todo país garanta a seus cidadãos, por meio de ações e políticas governamentais, a realização plena do direito humano a um padrão de vida capaz de garantir o acesso a certos bens, dentre os quais, saúde e bem estar, individual e familiar. É este padrão de vida capaz de assegurar cuidados adequados à saúde pessoal e de seus familiares que constitui o conteúdo do direito humano à saúde (veja-se, a propósito, também o artigo 28 da Declaração).

Assim, entendendo o direito social à saúde como uma exigência jurídica dos cidadãos sobre seus governos¹⁰, e se o direito *humano* à saúde for um direito a ações e políticas públicas capazes de garantir um padrão mínimo de vida que por sua

¹⁰ Sobre o conceito de direito subjetivo, e acerca dessa idéia de que direitos humanos são exigências (*claims*) sobre os governos, e não meramente *títulos* (*entitlements*), naturais ou legais, a bens, primários ou essenciais, veja-se o artigo "Dois conceitos de direitos", de Marco Azevedo (2006).

vez permita o acesso aos meios de promoção, proteção e recuperação da saúde, é possível que existam direitos à saúde, obtidos e garantidos por lei nacional, para além do que exigem as declarações internacionais.

Penso que esse é justamente o caso de nosso país. Nossa legislação em saúde não estabelece que temos direito apenas a um padrão *mínimo* de vida capaz de garantir os meios para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A legislação brasileira também não busca apenas beneficiar os segmentos mais carentes da população. Ela estabelece bem mais do que isso. Ela exige dos governos que garantam a todos os brasileiros o acesso a um *único* sistema público de saúde capaz de proporcionar atenção *integral* à saúde, independentemente de renda ou condição social. Aliás, não há dúvidas de que essa era justamente a intenção do movimento de reforma sanitária que sabidamente influenciou os constituintes de 1988, e que influenciou a seguir os mesmos deputados federais a aprovar a conhecida Lei 8080, em 1990. Esta era a visão contida, por exemplo, nos relatórios da famosa 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986. Justamente o que se preconizava à época era a construção no país de um sistema de saúde público e gratuito, de cobertura ampla e universal, que prestasse atenção e assistência integral à saúde com qualidade, e que fosse capaz de superar a dicotomia entre ações “preventivas” e “curativas” herdada do falido sistema previdenciário. Interpretar a legislação brasileira de outro modo é falsear fatos históricos. Assim, quando as lideranças do movimento sanitário bradaram em favor da prioridade às ações preventivas, elas certamente não estavam defendendo que as ações “curativas” deveriam ser deixadas apenas a cargo dos indivíduos, muito menos da iniciativa privada. Embora se tenha optado por conceder liberdade à iniciativa privada, a idéia foi separar claramente o sistema “público” do “privado”. O discurso em favor da prioridade às ações preventivas não era, portanto, de que deveria caber ao governo apenas ações em saúde coletiva. Ao contrário. O que se dizia (e, de fato, ainda se diz) é que ações de prevenção eficientes resultam em redução da necessidade de esforços curativos.¹¹

4. Prescrições médicas e obrigações governamentais.

Não há dúvidas, portanto, de que, em nosso país, o direito à saúde é e foi concebido como um direito abrangente. Ele inclui tanto ações preventivas como ações “curativas” (renomeadas como ações de “promoção” e “reabilitação”). E é um fato que este dever do Estado não faz, ao menos *prima facie*, distinção entre o que é “raro” e o que é “comum”, e nem entre o que é “caro” e o que é “barato”. Contudo,

¹¹ Embora, deva-se dizer, não há provas de que ações competentes em prevenção tenham esse efeito miraculoso de eliminar custos com alta tecnologia. Afinal, a prevenção eficaz também faz uso de tecnologia. Além disso, o aumento na longevidade, aliada à redução da mortalidade infantil, tem modificado a pirâmide etária em países como o Brasil, em parte justamente como resultado do sucesso de ações preventivas. Isso fez aumentar paradoxalmente a incidência e a prevalência das doenças crônico-degenerativas. Estas, por sua vez, não são impedidas do mesmo modo como as doenças infecto-contagiosas. Conviver com o adoecimento é uma fatalidade da longevidade humana. Assim, é insensato pensar que o sucesso de ações preventivas redunde em reduções drásticas de gastos com saúde. No máximo resulta em gastos mais racionais, menores se comparados com situações epidemiológicas comparáveis em que há gastos não planejados e baixo investimento em prevenção. Mas considerando-se o aumento da população e seu natural envelhecimento, é óbvio que investimentos em nova tecnologia de ponta sempre serão demandados. O problema dos custos elevados em saúde é uma consequência, portanto, inevitável do próprio sucesso da medicina preventiva.

há uma diferença entre a conclusão de que o governo também está obrigado a fornecer medicamentos capazes de proteger ou recuperar a saúde de portadores de doenças pouco freqüentes, sejam elas graves ou não, e a conclusão de que esta obrigação se estende a *todo e qualquer tratamento*, independentemente de ser comprovadamente eficaz. Assim, é preciso reavaliar essa segunda afirmação à luz da segunda questão:

(2) Há fundamento nas decisões judiciais que obrigam os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) a fornecer medicamentos de dispensação excepcional e de custos elevados, *não previstos, contudo, em protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas?*

Vejamos. Ao gestor municipal ou estadual do SUS cabe garantir ações e serviços de saúde a todo cidadão. Isso inclui, certamente, o atendimento a demandas por tratamentos médicos, ao menos, dentro do sistema público. Poderia, contudo, o gestor do SUS negar-se a dispensar certo medicamento, mesmo prescrito por médico legalmente habilitado?

Ora, *prima facie*, ou salvo situações excepcionais, nenhuma autoridade sanitária pode modificar a conduta clínica de um médico. E isso vale mesmo que essa posição administrativa esteja eventualmente ocupada por outro médico. O Código de Ética Médica (CEM), aliás, é claro em vedar a alteração da prescrição ou tratamento de paciente, determinada por outro médico, “mesmo quando investido em função de chefia”, “salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente” (Artigo 81). Portanto, se a resposta positiva à questão tem alguma plausibilidade, é certo que não se refere à alteração da prescrição feita por algum colega de profissão, mas à autorização administrativa em não dispensar a algum paciente medicamentos prescritos, mesmo que de forma legítima, porém não previstos em “protocolos clínicos” ou “diretrizes terapêuticas”.

Digo “de forma legítima”, pois médicos têm autoridade e autonomia para realizar prescrições, especialmente medicamentosas. Essa autoridade está no cerne do profissionalismo característico da atividade médica. Isto é, não há autoridade técnica *externa* ao exercício de uma profissão autônoma. Assim, limitações técnicas ao exercício de uma profissão independente somente se dão como atos da própria profissão. O argumento é persuasivo. Um magistrado, por exemplo, não pode julgar a correção técnica dos atos profissionais de membros de outras profissões; afinal, todo agente externo a uma profissão é sempre um *leigo*. Assim como somente ao juiz cabe julgar matéria jurídica, também somente médicos têm autoridade técnica para emitir juízos sobre assuntos exclusivamente médicos. Isso não significa que leigos não possam decidir sobre o que pretendem para si, sobre o que é bom ou mau para suas vidas. O que se segue é que leigos não têm autoridade *técnica* para emitir juízos sobre assuntos de uma profissão.¹² Tanto é que, em decisões judiciais, não são os juízes que se certificam se um médico agiu ou não corretamente em termos técnicos. Essa tarefa é legalmente requisitada a peritos.

¹² Sobre a natureza do profissionalismo e sobre a demanda de uma profissão em favor da exclusividade sobre certa área de conhecimento técnico, veja-se o livro de Eliot Freidson, uma obra canônica sobre o tema (1978).

O mesmo raciocínio pode ser estendido a administradores. Um administrador (ou alguém na função de administrador) deve ser competente em sua área. Não cabe ao administrador julgar, nessa condição, se um subordinado seu, porém membro de outra profissão autônoma, foi imperito, imprudente ou negligente. Se há suspeitas, essas devem ser investigadas por membros da profissão respectiva.

Médicos têm autonomia para atuar clinicamente. E sendo a medicina uma profissão autônoma, cabe a seus membros protegê-la e zelar por seu prestígio. Os ideais hipocráticos da *filantropia* e da *filotecnia* fornecem a base moral tanto à proteção da autonomia, como ao dever corporativo de proteger a profissão contra o mau exercício e a falta de escrúpulos. Autonomia e dignidade profissional são conceitos indissociáveis.

Mas os mesmos princípios que regem a ética médica também preconizam a cooperação entre os colegas como forma de garantir a autonomia do exercício profissional. Assim, é claro que há situações em que um médico deve interferir nos atos de outro. Sua atitude, no entanto, só é justificada caso haja razões necessárias, em benefício do paciente. Essa atitude também deve ser tomada em respeito não só à profissão e ao paciente, mas ao próprio colega. Tanto é que sua conduta deve ser imediatamente comunicada ao clínico responsável (Artigo 81 do CEM).¹³

Parece claro, portanto, que, ao nos perguntarmos sobre se o gestor pode ou não recusar-se a dispensar medicamento prescrito por médico a paciente do SUS, não estamos nos referindo à permissão de um “ato médico” propriamente dito. Certamente, pois gestores são administradores, e não é necessário que sejam médicos para exercerem essa função. Se estivéssemos lidando com um problema próprio às “relações entre médicos”, o encaminhamento seria outro.

“Disponibilizar medicamentos” para tratamentos médicos é, portanto, um ato administrativo e não um ato médico. Estamos, assim, diante de um problema nas relações entre duas esferas de autoridade: a *administrativa*, de um lado, e a *profissional médica*, de outro. Nosso problema, portanto, é se o administrador tem ou não a permissão de negar-se a fornecer certo tratamento (no caso, farmacológico) a certo paciente, sob a alegação de que este tratamento não se encontra previsto nos protocolos e diretrizes terapêuticas acolhidas pela organização. Como estamos falando do SUS, a questão é saber se o gestor pode recusar-se a fornecer medicamentos prescritos por um médico a seu paciente, caso estes não sejam previstos em listas ou protocolos.

Sob essa ótica, é possível entender por que alguns juízes prontamente concedem antecipações de tutela a pacientes, já que sua tarefa é avaliar a demanda em termos jurídicos, e não em termos médicos. E se o juiz entender que há indícios de que o medicamento é benéfico para o paciente, e tendo sido este prescrito por médico legalmente habilitado, toda a questão jurídica resume-se em saber se o paciente

¹³ Um médico pode eventualmente suspender a administração de um medicamento prescrito por outro colega, ao notar, por exemplo, o surgimento de parefeitos. Como se trata de um *ato médico*, a suspensão deve ser obrigatoriamente registrada e informada em prontuário. O paciente deve, também, ser informado e seu consentimento deve igualmente ser obtido.

tem efetivamente direito, no caso, sobre o governo, a que esse tratamento lhe seja disponibilizado gratuitamente pelo serviço público.¹⁴

Porém, um dos principais argumentos dos gestores (e de médicos) bem intencionados contra a obrigação indiscriminada de atender a demandas médicas é que isso submeteria tanto os administradores públicos como os próprios médicos à condição de “reféns” dos interesses inescrupulosos da indústria farmacêutica. Supõe-se, assim, que interesses externos à atividade médica têm predominado sobre o interesse interno que fundamenta o profissionalismo em medicina, a saber: a defesa intransigente da saúde e da qualidade de vida dos pacientes.

Não há dúvidas de que interesses comerciais podem entrar em conflito com interesses médicos. Embora a medicina, como profissão, não deva ser exercida como comércio (Artigo 9º do CEM), instrumentos e serviços de assistência médica são certamente bens comerciais. Além disso, é bom lembrar que a assistência médica, como todo bem escasso, é seguramente um “bem econômico”.¹⁵ Interesses econômicos e interesses comerciais podem interagir com interesses médicos. Isso especialmente se não há proibição de que a assistência à saúde seja economicamente explorada por instituições privadas.¹⁶

¹⁴ Callil de Freitas, por exemplo, admite que há limites e restrições à execução de direitos fundamentais assegurados. Um dos limites mais notáveis é a chamada “reserva do possível”. Cita, em favor, uma decisão da Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, de 1º de junho de 2005, justamente sobre o “direito à saúde”, onde foi negado provimento à uma ação de antecipação de tutela com os seguintes argumentos: “Nas ações de fornecimento de medicamento, ante a necessidade de se congregarem o princípio do resguardo à saúde com o princípio da reserva do possível (necessidade de previsão orçamentária do ente público), devem os demandantes comprovar a necessidade do medicamento com única solução para tratamento da moléstia acometida, bem como, nos casos de não manifesta urgência, da negativa do Estado em fornecer o remédio pleiteado, seja porque em falta no estoque de medicamentos, seja por não constar da lista oficial do Ministério da Saúde” (CALLIL DE FREITAS, Op. Cit., p. 174, nota 643). Callil de Freitas, após, conclui que “o reconhecimento da limitação fática imposta pela reserva do possível, bem como a limitação jurídica decorrente da reserva parlamentar relativa à matéria orçamentária, relativizam a eficácia e a efetividade dos direitos prestacionais sociais, que, ademais, conflitam entre si, dada a escassez de recursos públicos”; porém, afirma, a seguir, que isso não pode significar, diante de prestações que se afigurem necessidades emergenciais e cujo deferimento judicial importe o perecimento do próprio direito à vida, à saúde, ou à integridade física (e mesmo da dignidade humana), “o enfraquecimento ou mesmo desaparecimento do direito subjetivo do indivíduo à prestação constitucionalmente estabelecida”.

¹⁵ Para uma definição de “bem econômico”, eis os esclarecimentos de Hilde Bojer (2006): “Por um bem econômico entendo precisamente um bem que é escasso. Algo se trata de um bem se alguém, em algum lugar, o prefere mais, a menos. Um bem é escasso se mais dele somente pode ser obtido ao custo de menos de algum outro bem. Note que escassez nesse contexto é definida para a sociedade como um todo. O ponto não é se algum indivíduo tem de pagar pelo bem. Um bem pago pelo governo e gratuitamente disponível pode ser ainda um bem escasso. Um ambiente saudável é um bem escasso nesse sentido na medida em que é necessário encurtar a produção de alguns outros bens (veículos automotores, por exemplo) para mantê-lo saudável. Tanto a assistência à saúde como a educação são bens econômicos, sejam eles proporcionados pelo mercado, por trocas livres ou pelo Estado.”

¹⁶ A propósito, o problema dos custos elevados da assistência médica tem levado muitos a questionar o modo como se dão relações de mercado na área da saúde. Esse problema não afeta certamente só o nosso país, e nem somente os sistemas públicos de saúde. Nos Estados Unidos, as queixas contra os custos elevados da assistência médica têm gerado preocupações também na área privada. Recentemente, Michael Porter e Elizabeth Teisberg (2007) publicaram um interessante livro onde recomendam uma “redefinição” do problema dos altos custos em saúde. Sua tese é de que a competição, pilar do modelo de mercado, na área da saúde acontece “no nível errado”. Sua visão é de que a competição no setor saúde se dá como uma competição insensata de “soma zero”, isto é, não há produção de valor, tal como deveria ocorrer em quaisquer sistemas racionais de mercado. “O sistema”, dizem, “está estruturado como se a assistência à saúde fosse um único negócio (linha de serviços), em vez de muitos negócios diferentes; como se os prestadores fossem todos equivalentes, os resultados fossem sempre os mesmos e todos os pacientes tivessem as mesmas preferências” (p. 55). Avaliar a tese desses autores está além de minha competência. O que me parece importante salientar é que a preocupação com os custos em saúde é uma preocupação universal. Ela não diz respeito apenas aos sistemas públicos, mas também aos privados.

A ética médica tradicionalmente proíbe que a medicina seja tratada como comércio. Mas isso requer explicação. É óbvio que com isso não se poderia estar criticando ou negando que a assistência médica e farmacológica sejam incompatíveis com o mercado (nem Marx diria tal absurdo). O sentido da proibição contida paradigmaticamente no Artigo 9º do CEM é que a finalidade *interna* da atividade profissional médica não pode ser confundida com a finalidade de outra atividade ou ocupação distinta, o comércio. Sabe-se que a prosperidade de qualquer negócio depende da obtenção de renda e lucros. E lucros são obviamente meios indispensáveis para o alcance dos objetivos ou finalidades inerentes a qualquer empreendimento capitalista. Assim, realizar boas vendas e angariar clientela é um objetivo essencial para uma empresa dedicada, por exemplo, ao mercado de varejo. Sem isso, não há como um empreendimento prosperar no comércio varejista.¹⁷ Porém, quando pensamos no que é “medicina”, não estamos certamente pensando num empreendimento comercial. Estamos pensando numa atividade profissional, distinta por sua finalidade, que pode participar como meio em outros empreendimentos ou atividades. Comerciantes são bons comerciantes se fazem o que é apropriado para o sucesso de seu empreendimento (é o que os gregos entendiam, a propósito, como o *telos* de uma *techné*), o que depende, nesse caso, de rentabilidade e lucro. Médicos, por outro lado, são bons médicos quando fazem o melhor de si para o sucesso de outro tipo de empreendimento ou *arte*, cujo fim é a saúde de seus pacientes (o que, ao contrário do comércio, pode ocorrer independentemente de rentabilidade ou lucro).

Há uma distinção essencial, portanto, entre a atividade profissional médica e outras atividades que cercam a atividade médica, e que fornecem os meios necessários a sua boa realização.¹⁸ Nem sempre a cooperação e compatibilidade entre atividades com finalidades distintas ocorre sem conflitos. Encontrar a melhor solução administrativa equivale nesse caso a encontrar alguma solução racional ou razoável que compatibilize, da melhor forma, os princípios e parâmetros morais que caracterizam internamente cada uma dessas atividades, dentre elas, as profissionais, a fim de que possam cooperar de forma harmônica e produtiva num mesmo ambiente organizacional.

5. A “nova” medicina baseada em evidências.

Uma alternativa que vem sendo apresentada como estratégia promissora capaz de compatibilizar interesses econômicos com os interesses inerentes à profissão médica é a elaboração de diretrizes terapêuticas e de protocolos clínicos baseados em evidências científicas. Isso porque, já que a finalidade da medicina é a *saúde* do paciente, diretrizes terapêuticas baseadas em evidências e protocolos clínicos consensuais parecem servir de parâmetro racional e eticamente aceitável para indicar o que é (ou o que pode ser) e o que não é (ou o que não pode ser) apropriado em

¹⁷ Sobre o tema “ética nos negócios”, veja-se o belo artigo de Geoff Moore (2003). Também vale a pena consultar o interessante livro de Robert Solomon (2006), uma bela defesa de uma concepção neo-aristotélica sobre a integridade no mundo dos negócios.

¹⁸ A distinção *neorristotélica*, entre fins ou bens essenciais e *internos*, e bens *acidentais* e externos a cada arte ou prática, foi brilhantemente desenvolvida pelo filósofo Alasdair MacIntyre, em seu livro *After virtue* (1981).

termos médicos, e o que pode servir de opinião independente para a geração de estratégias gerenciais eticamente orientadas de uso racional de recursos médicos e terapêuticos.

A chamada “medicina baseada em evidências” (ou “medicina baseada em provas”) é compreendida hoje em dia como um novo paradigma epistemológico em medicina.¹⁹ Uma das suas definições conhecidas é “a prática da tomada de decisões por meio da identificação, avaliação e aplicação judiciosa das informações clínicas mais relevantes” (FRIEDLAND et. al, 1998, p. 3). O que a ciência, portanto, demanda é que o clínico considere todas as possíveis conseqüências para sua decisão, atribuindo probabilidades e valores para cada tipo de resultado desejável. Por probabilidade entende-se a estimativa da freqüência dos eventos previsíveis para cada escolha clínica possível. Estudos clínicos, informações clínicas geradas pela experiência pessoal ou por um serviço, e opiniões de especialistas são as principais bases empregadas para se estimar a probabilidade de desfechos gerados por condutas médicas. Essas bases, porém, não têm a mesma força ou apelo racional.

Estudos clínicos, certamente, fornecem a principal e mais forte base racional para o processo de tomada de decisão médica. Quanto aos estudos clínicos, em termos gerais, há dois grandes tipos: estudos *descritivos* e estudos *analíticos* (ou *comparados*). Estudos são considerados descritivos se eles simplesmente descrevem variáveis individuais (por exemplo, estudos não controlados de prevalência ou de incidência); eles são analíticos se comparam ou “*analisam*” a associação entre duas ou mais variáveis (por exemplo: intervenção e mortalidade). Já que estudos analíticos permitem comparar resultados previsíveis, é um consenso considerá-los a principal fonte epistêmica para a tomada de decisões.

No caso de decisões terapêuticas, a procura por resultados comprovados por estudos analíticos é fundamental. Assim, se um estudo apenas descreve resultados e não os compara, é impossível ao médico chegar a conclusões seguras sobre a natureza da associação entre certo tratamento e possíveis desfechos clínicos. Por outro lado, se o estudo incluir um grupo controle, é possível determinar se um tratamento está ou não associados a certos desfechos. Considere-se o caso de estudos sobre uso da aspirina e acidentes vasculares. Se o estudo for descritivo, não há como inferir se o medicamento está ou não associado à redução do desfecho (“derrames”); mas se o estudo for analítico, é possível concluir se os resultados descritos são explicáveis, logo, afetados, pelo uso do medicamento (FRIEDLAND et al, Op. Cit., p. 160). Desse modo, estudos analíticos proporcionam uma base epistêmica mais “forte” para a tomada de decisão clínica do que estudos descritivos ou opiniões baseadas na experiência

¹⁹ Talvez não se trate propriamente de um “novo” paradigma, e sim do desenvolvimento do modelo científico que vem guiando a prática médica desde que a medicina hipocrática rendeu tributos ao “pensamento científico”. Sobre o processo histórico de passagem do “pensamento mítico” ao “pensamento científico”, veja-se o livro do professor Carlos Antonio Mascia Gottschall, “Do mito ao pensamento científico” (2003). Segundo o professor e eminente Conselheiro do Cremers, “a ciência, para nascer, precisou matar o argumento de autoridade, transferir o evidencialismo finalístico em experimentação coerente reprodutível, e explicações míticas em causalidades”, precisou “desmascarar conceitos considerados imutáveis, ou seja, passar do mítico para o racional” (p. 132). O professor Gottschall mostra-nos em sua obra como o pensamento humano baseado em “observação, hipótese, experimentação, mensuração, análise e conclusão” torna-se dominante com o tempo, e de que modo os vários filósofos e cientistas, ainda que modo hesitante e ambivalente, contribuíram para seu desenvolvimento. Interpretando o professor Gottschall, penso que o que chamamos hoje de “medicina baseada em provas” representa o apogeu dessa metodologia que vem evoluindo progressivamente desde a antiguidade como contraponto ao “pensamento mítico”.

individual. Estudos descritivos, porém, têm sua validade reconhecida em algumas situações paradigmáticas, como em vigilância epidemiológica e algumas áreas do planejamento em saúde coletiva. Nos outros casos, estudos descritivos apenas auxiliam a tomada de decisões, porém não configuram razões fortes ou suficientes para uma escolha diagnóstica ou terapêutica, especialmente diante de razões contrárias (dentre as quais, custo, por exemplo).

Estudos comparativos também podem, entretanto, ser afetados pelo acaso, vieses, erros sistemáticos e de confusão. Assim, a força evidenciária ou demonstrativa de cada tipo de estudo analítico não é a mesma. Estudos experimentais e estudos de coorte (estudos de incidência com controles) são menos suscetíveis a vieses que estudos transversais e de caso controle. Estudos experimentais, por sua vez, são capazes de melhor controlar fatores de confusão. Atualmente, é consenso que ensaios clínicos randomizados duplo-cegos são superiores em força evidenciária que ensaios randomizados não cegados; e, de modo geral, também são superiores a coortes, que por sua vez são superiores a estudos de caso-controle e a estudos transversais.²⁰ O quadro abaixo apresenta uma classificação dos principais tipos de estudos clínicos aplicados, no caso, a estudos farmacológicos, em “níveis de evidência”.

Nível I	-	Ensaio clínico randomizado (ECR) (duplo-cego, com desfechos clínicos estatisticamente validados) ou revisão sistemática (RS) desses estudos
Nível II	-	ECR ou RS de menor qualidade (com desfechos substitutos validados, com análise de subgrupos, com desfechos clínicos, porém de menor rigor metodológico) Estudo observacional de reconhecido peso científico (estudos de coorte; estudos de caso-controle aninhados em uma coorte; séries temporais múltiplas ou RS desses estudos)
Nível III	-	ECR com desfechos substitutos não validados Estudos de caso-controle Estudos transversais
Nível IV	-	Estudos com desfecho clínico, mas com maior potencial de viés (experimento não comparado e demais estudos observacionais: estudos ecológicos, estudos de incidência, de prevalência, estudos de casos ou série de casos não controlados)
Nível V	-	Fórum representativo ou opinião de especialistas em evidências do tipo acima.

Figura 1: Níveis de evidência científica (Adaptado de: DUNCAN & SCHMIDT, 1988)²¹.

²⁰ Esse ranking de “força epistêmica” pode variar a depender da natureza da área de estudo. Estudos diagnósticos diferem de estudos clínico-farmacológicos. Estudos em saúde coletiva baseiam-se fortemente em estudos epidemiológicos descritivos. Estudos de casos são referência em ciências sociais em saúde.

²¹ Veja-se também o quadro do *Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence*, disponível no site: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>, acessado em 31 de julho de 2007. Neste quadro, para cada área de aplicação há diferentes classificações. Também neste quadro, estudos ecológicos aparecem classificados como sendo de nível 2(c), e não de nível 4. Não há, de fato, um modelo único de classificação da força evidenciária para estudos clínicos. Há, certamente, alguns consensos importantes. Para o contexto deste trabalho, importa assinalar que há como estratificar o peso científico relativo de cada estudo e, assim, avaliar o grau de comprovação científica de cada conduta médica, a luz das “evidências” apresentadas pela literatura científica publicada em revistas especializadas confiáveis.

A possibilidade de classificar os estudos que fornecem as bases científicas para escolhas terapêuticas permitiu criar uma tipologia geral de escolhas clínicas. Assim, certa decisão terapêutica pode ser avaliada comparando-se os graus de evidência fornecidos pelos estudos que lhes dão sustentação na literatura médica em comparação com o benefício previsível. Tratamentos clínicos podem, com efeito, ser classificados em: A) *tratamentos cujo benefício é fortemente comprovado por estudos de alto valor científico* (estudos de nível 1 ou 2, e, excepcionalmente, de nível 3 – em geral, ensaios clínicos randomizados, coortes, e estudos de casos controlados, e, eventualmente, por estudos transversais e estudos ecológicos); B) *tratamentos cujo benefício é apenas comprovado por estudos de baixo valor científico* (ou apenas sugeridos por estudos descritivos, ou por outras fontes de estimativa, como experiência clínica não sistematizada e acordos entre especialistas, bem como estudos não adequadamente avaliados ou publicados em revistas de pouco prestígio acadêmico); C) *tratamentos cujos estudos de alto valor científico conduzem a conclusões equívocas* (ou à ausência de provas) *acerca de seus potenciais benefícios*; D) *tratamentos avaliados por estudos de baixo valor científico que conduziram a conclusões equívocas*; E) *tratamentos amparados em estudos de baixo valor científico, que sugerem prejuízos ao paciente*; F) e, enfim, *tratamentos que se comprovaram prejudiciais por estudos de alto valor científico*.

6. Prescrições médicas eticamente orientadas.

No livro *Ética clínica*, Albert Jonsen, William Winslade e Mark Siegler sugerem como sendo estes os objetivos da prática da medicina:

1) Promover a saúde e prevenir a doença; 2) Aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento; 3) Curar a doença; 4) Impedir a morte precoce (*preventing untimely death*); 5) Melhorar o estado funcional ou manter o estado já comprometido (*improvement of functional status or maintenance of compromise status*); 6) Educar e aconselhar os pacientes com respeito à sua condição e seu prognóstico; 7) Evitar o dano ao paciente no curso do cuidado (1998, p. 16).

Penso, em troca, que alguns desses objetivos são secundários ou derivados, e que os objetivos principais da medicina efetivamente são: “promover a saúde e prevenir a doença” (ou, mais precisamente: “promover, proteger e recuperar a saúde”, o que implica ações de prevenção do adoecimento)²², e aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento decorrentes do adoecimento. Decisões médicas precisam ser avaliadas tendo em vista tais objetivos. Uma decisão médica é boa (diligente e prudente) se contar com uma probabilidade maior de alcançar esses objetivos que uma decisão alternativa.

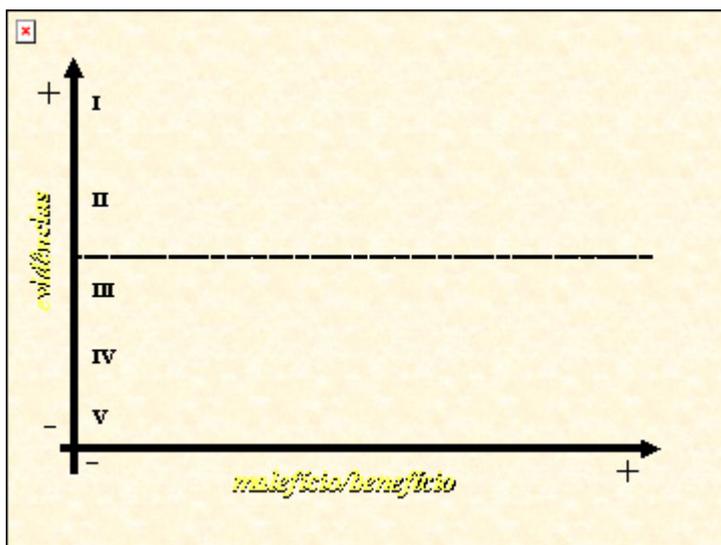
²² De fato, penso que o que os médicos buscam é agir com o máximo zelo ou diligência visando a reduzir o risco de morbidade e mortalidade de seus pacientes, e que esse estado de menor risco de adoecimento e morte consiste no melhor estado de saúde (ou de “saúde-doença”) relativamente ao grupo a que pertencem esses indivíduos. Temos, assim, uma definição de saúde que procura cobrir os defeitos conhecidos da tese simplificada de que saúde corresponde à mera “ausência de doenças”. Seguindo a definição proposta, é possível afirmar-se, mesmo de uma pessoa diabética, que é “saúdável” (em termos “relativos”), desde que se possa incluí-la no grupo de menor risco

Soma-se a esses parâmetros um dos pilares da ética médica: a autonomia profissional. Essa idéia se acha consubstanciada em vários artigos do CEM, dentre os quais, o Artigo 21, segundo o qual é direito do médico “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”. Emitir juízos clínicos, portanto, é uma prerrogativa médica, e cada médico é autônomo nessa tarefa diante de seu paciente. Mas, note-se que ao médico não é facultado emitir *qualquer* opinião clínica. Seus juízos devem ser “adequados” e condizentes com as práticas clínicas reconhecidas (e legalmente amparadas). Daí porque é vedado ao médico “praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país”.

Mas o que é um ato médico “desnecessário”? Tom Beauchamp e James Childress, em seu famoso livro de Bioética, disseram que há tratamentos médicos “obrigatórios” isto é, tratamentos em que o médico erra ao não empregá-los, e tratamentos “opcionais”, isto é, tratamentos não requeridos nem proibidos, bem como tratamentos que vão além do que se é obrigado empregar (supererrogatórios), e tratamentos em que o médico erra ao empregá-los (sendo, portanto, obrigatório não os usar) (1994, p. 211). Ora, na medida em que tratamentos médicos somente são empregados com o consentimento do paciente, o mais correto é dizer-se que há *prescrições médicas obrigatórias* ou *mandatórias*, *prescrições médicas contra-indicadas* ou *proibitivas*, e que há *prescrições médicas “opcionais”*.

Dado que os pacientes têm direito a recusar recomendações médicas (o Artigo 46 do CEM veda ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente”), segue-se que todo médico têm a obrigação de indicar a seus pacientes tratamentos que consistam em alternativas terapêuticas cujo benefício ache-se *fortemente comprovado* por estudos de alto valor científico (é o que Beauchamp e Childress denominaram de “tratamentos obrigatórios”). Porém, como os médicos também não podem exercer sua autoridade de modo a “limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou bem-estar” (Artigo 48 do CEM), conclui-se que os médicos precisam procurar convencer ou persuadir racionalmente seus pacientes, oferecendo-lhes, não obstante, todas as informações relevantes que embasam suas recomendações. Assim, desde que o paciente sempre pode ter razões pessoais para recusar certo tratamento, é razoável que o médico apresente alternativas. Estas, todavia, devem ser esclarecidas sobre suas respectivas bases científicas, isto é, de que modo cada alternativa se acha reforçada por estudos de boa ou baixa qualidade (uma explicação adaptada à capacidade de compreensão de cada paciente sobre o que significa “maior” ou “menor” qualidade científica é, certamente, necessária).

Um médico pode, não obstante, optar por não recomendar certo tratamento a seus pacientes, por exemplo, caso não seja um tratamento comprovado por estudos de boa qualidade. O médico, todavia, tem a obrigação de não recomendar certos tratamentos, a saber, aqueles que se acham comprovados por estudos de alto valor como sendo efetivamente *prejudiciais* (é o que Beauchamp e Childress denominaram de “obrigações de não tratar”). O quadro abaixo mostra uma classificação das diferentes alternativas de prescrição médica, tendo em vista, de um lado, as provas que as amparam, e, de outro, seu possível benefício ou prejuízo.



Conclui-se disso que os médicos têm a obrigação de recomendar tratamentos caso contêm com fortes evidências ou provas em seu favor (é o que se acha circulado em pontilhado na figura acima). Isso inclui casos de terapêuticas já consagradas.²³ No caso desses tratamentos, é um erro não indicá-los, o que pode implicar *imperícia*, ou mesmo *negligência*. Do mesmo modo, indicar tratamentos comprovadamente prejudiciais ao paciente é igualmente um erro, podendo implicar *imperícia* e *imprudência* (são os “tratamentos absolutamente contra-indicados”).²⁴

Todavia, o mesmo raciocínio não se aplica a tratamentos não comprovados por estudos de forte peso científico, isto é, a tratamentos que contam apenas com evidências menores (níveis III a V). Tais tratamentos não são de prescrição obrigatória. Mas não há necessariamente erro em prescrevê-los. É inclusive sensato que tais tratamentos façam parte de protocolos e diretrizes terapêuticas, nos casos em que não haja tratamentos comprovadamente superiores por estudos de melhor qualidade,

²³ A área oval pontilhada na figura acima busca indicar que tratamentos altamente recomendáveis ou indicáveis não são somente os tratamentos que contam com estudos de nível I e II (estudos multicêntricos, ensaios clínicos randomizados e coortes bem desenhadas, etc.), mas também tratamentos consagrados, para os quais, em que pese não haja estudos controlados recentemente publicados, são terapêuticas com larga experiência clínica (ou séries de casos). Assim, mesmo não havendo estudos controlados recentes que comprovem, por exemplo, os benefícios da apendicectomia no tratamento da apendicite aguda, a experiência médica é largamente suficiente para considerá-la uma forma padrão de tratamento. Daí porque qualquer introdução de novas alternativas de tratamento cirúrgico da apendicite aguda possam ser comparadas em estudos que tomem a apendicectomia clássica como “padrão ouro”.

²⁴ Por exemplo. Há provas suficientes, por estudos de nível I, de que a endarterectomia de carótida em pacientes com acidentes isquêmicos transitórios com mais de setenta por cento de obstrução arterial é benéfica; porém, estudos randomizados de nível I afirma o contrário no caso de pacientes com menos de trinta por cento de estenose. Nestes casos, há evidências de que a cirurgia não é benéfica, podendo ser prejudicial. Os estudos, porém, parecem ser inconclusivos quando a obstrução encontra-se entre 30 e 70 por cento (Sharpe & Faden, 1998, p. 220). Disso conclui-se que a endarterectomia é mandatória no primeiro caso, contra-indicada no segundo, e não indicada no terceiro. Desse modo, *prima facie*, é um erro não indicar cirurgia no primeiro caso, um erro indicá-la no segundo, devendo-se evitar indicá-la no terceiro, salvo considerações clínicas especiais. Ressalte-se, porém, que toda indicação clínica baseia-se não somente em estudos ou razões de eficácia e efetividade, mas também em estudos de eficiência.

ou quando é possível imaginar que outras alternativas possam ou devam ser consideradas, tendo em vista certas razões clínicas (parefeitos ou contra-indicações específicas), preferências eventuais dos pacientes, considerações sobre qualidade de vida, custo-benefício ou outros determinantes contextuais. O que não é sensato é indicá-los ou prescrevê-los, sem o consentimento do paciente, quando há estudos comprovando que outro tratamento deveria ser preferido.

Há ainda tratamentos sem indicação clínica, porém não comprovadamente prejudiciais, bem como tratamentos para os quais se tem pouca prova de que são efetivamente prejudiciais. Destes, há tratamentos rigorosamente sem indicação (pois são comprovadamente ineficazes ou de benefício equívoco, embora não comprovadamente prejudiciais). Mas há também tratamentos cujos estudos são inconclusivos, porém de pouco peso científico. São terapêuticas não recomendáveis. É possível, não obstante, que haja situações em que o médico possa recomendá-las. Por exemplo, diante de doenças graves para as quais não haja tratamentos suficientemente comprovados, ou mesmo potencialmente benéficos, é possível que um paciente possa prescrever tratamentos ainda sem comprovação, desde que não existam provas de que sejam comprovadamente prejudiciais. Trata-se de situações excepcionais, nas quais deve-se considerar, novamente, as preferências do paciente, ou mesmo eventuais rechaços a condutas médicas mais aceitas, ainda que contrariamente ao melhor juízo de seus clínicos.²⁵ Igualmente, considerações sobre qualidade de vida e aspectos contextuais (como a disponibilidade comercial, proibições legais, emergências, etc.) podem influenciar as opções do médico e do paciente.

Não obstante todas essas considerações *casuísticas*, importa ao presente argumento ressaltar que médicos não estão expressamente obrigados a prescrever tratamentos exceto se forem suficiente ou fortemente comprovados. Alan Faden e Virginia Sharpe sustentaram corretamente a esse respeito que:

A profissão médica é orientada pelos compromissos morais de evitar danos aos pacientes e de ajudá-los a manter ou melhorar a sua saúde. Assim, os clínicos têm uma obrigação presumível de não propor tratamentos que não tenham sido provados ou que são contra-indicados. Somado a isso, os médicos são agentes morais, e como tais não podem ser compelidos a violar suas convicções morais pessoais. Por essa razão, uma demanda de um paciente por um cuidado não provado ou contra-indicado que ele julgue desejável não é suficiente para impor obrigações sobre os médicos.

Isso significa que tratamentos somente são obrigatórios se forem indicados ou fortemente indicados por estudos que comprovem sua eficácia, efetividade e eficiência.²⁶ De um modo geral, também é plausível que erros médicos somente

²⁵ Custos elevados, por exemplo, afetam considerações de "custo-benefício" (um tratamento pode ser comprovadamente benéfico, mas seu custo pode ser alto o suficiente para que o paciente possa razoavelmente preferir outra alternativa ainda que insuficientemente comprovada). Em decisões administrativas, considerações de "custo-benefício" merecem ser avaliadas por estudos sistemáticos de boa qualidade (veja-se o quadro recomendado na nota 20, acima).

²⁶ Um tratamento é chamado de eficaz (ou "comprovadamente eficaz") se há evidências fortes de que é benéfico para certo grupo de pacientes portadores de certa doença. Este mesmo tratamento é chamado de efetivo se há provas adicionais de que o tratamento produz benefícios nas condições usuais da prática clínica. É chamado, além disso, de eficiente se, em comparação com outras alternativas eficazes e efetivas, resulta no melhor custo/benefício para o paciente (ou para a terceira parte), incluindo sua melhor aceitabilidade. Um médico certamente não erra (em sentido

deveriam ser atribuídos quando se tornar comprovada a omissão de tratamentos *comprovadamente* eficazes, efetivos ou eficientes, ou nos casos de emprego de tratamentos *comprovadamente* prejudiciais. Nos outros casos, somente situações casuísticas ou excepcionais podem justificar uma eventual prescrição. Nessas, impõe-se a avaliação das particularidades do caso.

Enfatizando o aspecto contextual de toda decisão clínica, alguns autores têm chamado a atenção para certos limites ao emprego do modelo preconizado pela medicina baseada em evidências (MBE). Lipman, por exemplo, lembra corretamente que há uma diferença entre o aprendizado clínico de técnicas baseadas em evidências e o uso dessas técnicas como guias para a produção de diretrizes terapêuticas:

Há um conflito natural entre o desejo dos reguladores de reduzir a variação e de harmonizar a prática clínica e as aspirações profissionais dos clínicos a tomar decisões que se adaptem às necessidades dos pacientes, a seus desejos e circunstâncias. A mesma evidência pode ser usada para ambos os propósitos, e sua aplicação pode ser chamada “MBE”, porém seria um erro representá-las como sendo o mesmo processo (2006, p. 272).

Concordo integralmente. Seguindo o que sustentei em seção acima, há uma diferença entre uma decisão clínica e uma decisão administrativa. Médicos são profissionais autônomos; contudo, certas restrições técnicas e éticas se impõem à sua prática, mas tais restrições derivam-se de considerações internas ao próprio exercício profissional da medicina. Porém, isso significa também que são os médicos os responsáveis, como coletividade profissional, por orientar pacientes e administradores sobre os parâmetros corretos, técnica e eticamente, ao exercício da *boa medicina*. E isso se dá através de consensos técnicos ética e cientificamente embasados. Seu reflexo é a produção de diretrizes clínicas, capazes de orientar decisões administrativas. Lipman tem razão: não se trata do mesmo “processo”. Contudo, parece razoável que a racionalidade que orienta o primeiro não só possa como deva servir de base para determinar obrigações e permissões no segundo.

7. Há razões para a prescrição de tratamentos não comprovados?

A tese de que não há direitos a tratamentos não suficientemente comprovados é persuasiva. Porém, disso não se pode inferir que toda demanda por um tratamento não comprovado é *irracional*. Ora, não é necessariamente insensato, por exemplo, apostar na possibilidade de que certo tratamento seja benéfico, em que pese certas evidências em contrário quando se está diante da ausência completa de alternativas.

Dizer de um tratamento que *não* é comprovadamente eficaz não é o mesmo que dizer que é comprovadamente prejudicial. Em não havendo provas de que seja prejudicial, não é irracional apostar na possibilidade de que seja benéfico, nos casos

estrito) ao indicar um tratamento efetivo, porém menos “eficiente” que outro, igualmente efetivo e eficaz. Porém, considerações de custo/efetividade representam razões que podem levar um paciente a preferir um tratamento a outro (o mesmo pode-se dizer com respeito à terceira parte). Desse modo, parece razoável que o médico deva considerar com o paciente todas as alternativas aceitas como eficazes e eficientes, tornando claras eventuais provas de melhor eficácia ou custo/efetividade. A omissão ao paciente de outras alternativas terapêuticas igualmente eficazes e efetivas, porém de menor custo, logo, comprovadamente mais eficientes, revela uma forma de negligência que pode indicar desonestidade (que razões poderia ter um médico não desatualizado para omitir de seu paciente tratamentos

em que sua omissão pareça significativamente pior. Considere-se o dilema de um único agente diante de duas opções contrárias. Não há uma terceira opção, e suponhamos que não há como saber qual das opções é verdadeira. Imagine-se que, escolhida a segunda opção, a consequência será uma vida *miserável*. Porém, suponhamos que se a primeira opção for escolhida, caso ela venha futuramente a mostrar-se verdadeira, a consequência será uma vida imensamente feliz. Estando indeterminado qual das duas opções é a verdadeira, mas sabendo-se a consequências que podem decorrer de cada uma dessas escolhas, no que deveria o agente apostar?

Ora, parece sensato que há um infinito a ganhar apostando na primeira opção. É o que disse Blaise Pascal (1976), no famoso “argumento da aposta”. O objetivo de Pascal era justificar a aposta na existência de Deus pelo homem incrédulo, argumentando que o agente, ao ter uma vida pia e ao apostar na hipótese de que Deus existe, terá, caso Deus exista, um infinito a ganhar, mas nada a perder, caso, ao contrário, inexistir. O argumento da aposta é especialmente convincente no caso de duas alternativas sob condições de indeterminação, cujas consequências são sabidas.²⁷ Imagine-se o portador de uma doença letal, incurável e particularmente sofrida, diante do dilema de optar por um tratamento não comprovado, mas que, se bem sucedido, lhe levará à cura. Nesse caso, excluindo-se do cálculo os eventuais custos e parefeitos, conclui-se que é razoável apostar. Suponhamos que não haja razões suficientes para acreditar que certo tratamento é prejudicial ou que há razões para acreditar que não cause danos. Não havendo provas de que é benéfico, e sendo a consequência da outra opção a “morte” ou a “infelicidade eterna”, em que deveria apostar uma pessoa racional? É claro que em decisões frente a alternativas terapêuticas em situações de doença de extrema gravidade é preciso levar em conta não só o risco indeterminado de danos ou parefeitos, mas também o custo do tratamento, tanto para o agente como para as terceiras partes. Porém, se o custo for eliminado como problema, e se os riscos forem desprezíveis ou muito pequenos, a aposta não pode ser simplesmente descartada como irracional.

8. A prescrição de medicamentos de uso excepcional.

Vimos que o médico não está eticamente obrigado a prescrever tratamentos suficientemente não comprovados. E vimos também que pacientes não podem exigir de seus médicos que lhes sejam oferecidas alternativas ainda não suficientemente comprovadas, muito menos alternativas comprovadamente prejudiciais. Ora, o mesmo se aplica às terceiras partes. Isto é, a menos que haja algum acordo ou contrato onde tais alternativas estejam explicitamente previstas, é incorreto exigir da terceira parte (no caso em discussão, do gestor público) que garanta tratamentos ainda não suficientemente comprovados. Isso não significa que tais tratamentos não possam ser eventualmente fornecidos. No caso de tratamentos de efeitos potencialmente benéficos

²⁷ O argumento de Pascal não é tido como convincente para forçar o incrédulo, já que a utilidade gerada pela satisfação de prazeres mundanos é simplesmente suposta como neutra, ou simplesmente muito pequena, especialmente se comparada com a insatisfação que Pascal sugere caso Deus seja castigador. Daí porque optar por uma vida ímpia é certamente a pior solução. Sobre os aspectos matemáticos do argumento de Pascal, bem como sobre sua incapacidade de convencer o incrédulo, veja-se livro de Carlos Augusto Crusius (2001).

para aos quais não haja alternativas melhores, isto é, no caso de tratamentos não consagrados que não contem ainda com estudos de boa evidência, não há certamente impedimentos a que sejam prescritos, ou mesmo fornecidos pelo gestor. Todavia, não faz sentido tomá-los como *prima facie obrigatórios*. A não ser que tais tratamentos façam parte de alguma lista oficial, de protocolos ou de diretrizes aceitas pelo sistema público de saúde, não é correto considerá-los como tratamentos cujo fornecimento pelo SUS toda pessoa em nosso país está apta a requerer como direito.

Tratamentos não suficientemente comprovados que, a saber, ou contem com evidências fortes de benefícios equívocos, ou contem com fracas evidências de benefícios equívocos, ou mesmo que contem com evidências discutíveis de que são prejudiciais, não devem constar *obrigatoriamente* de listas, protocolos clínicos ou diretrizes de qualquer natureza. Esse também é obviamente o caso dos tratamentos empregados em protocolos experimentais. Apenas excepcionalmente tais tratamentos podem ser clinicamente recomendados. Mas, nesses casos, não é justo que o ônus recaia sobre a terceira parte, a menos que esta lhe conceda anuência explícita.

9. Decisões médicas diante de recursos escassos: o problema da responsabilidade social no ato de prescrição terapêutica.

Médicos têm compromissos com seus doentes. E sendo a responsabilidade primordial do médico a saúde e o bem-estar de seu paciente, não faz sentido atribuir-se aos médicos compromissos políticos com a coletividade em detrimento do que possa ser julgado melhor para seus pacientes.

No entanto, é comum alegar-se que os médicos também têm responsabilidades com a coletividade. Assim, médicos deveriam “pensar duas vezes” antes de prescrever um tratamento no sistema público, já que isso poderia redundar em dificuldades administrativas capazes de prejudicar a comunidade. De fato, um tratamento oneroso para um paciente portador de alguma doença rara e grave pode significar a falta de recursos para a execução, por exemplo, de ações em saúde coletiva, ou mesmo na área da educação ou da segurança pública. Teriam os médicos o “dever moral” de pensar também nas conseqüências de seus atos para além do que lhes compete como clínicos?

Essa idéia encontra-se implícita no pensamento de algumas lideranças políticas, dentre elas o Senador Tião Viana, que na fundamentação a um projeto de lei recentemente enviado ao Senado (o PLS 00219/2007), afirmou que:

A garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é tão importante quanto o atendimento integral. Essa garantia só será possível se os poucos recursos destinados à saúde forem criteriosamente aplicados. Esses recursos não se multiplicam milagrosamente. Se uma grande parte deles for gasta na assistência a umas poucas pessoas, certamente uma grande parcela da população sofrerá pela falta de medicamentos destinados ao tratamento de doenças como tuberculose, hanseníase, malária, esquistossomose, dengue, aids, diabetes, hipertensão arterial, parasitoses intestinais e tantas outras.

Está certo o Senador; mas este é um problema de política pública! Deveria o médico levar em consideração tais questões ao prescrever certo tratamento a seu

paciente? Ora, diante de seus pacientes, médicos não atuam como *experts* em política pública. Sua tarefa é avaliar qual tratamento é mais apropriado, isto é, o tratamento mais eficiente, para seu paciente. Penso que não é seu compromisso moral avaliar se o fornecimento desse tratamento acarretará ou não problemas para as demais pessoas, muito menos é seu compromisso avaliar se o fornecimento de medicamentos caros resultará em limitações para o cumprimento de outros deveres públicos (como educação e segurança, por exemplo, além de outros compromissos políticos em saúde). Esta é uma tarefa que cabe ao administrador público e não ao médico (talvez seja sensato que médicos ocupem posições de decisão em órgãos de gestão, mas nessa condição o seu conhecimento é empregado para o fim do exercício de uma função *política*, e não para o fim do exercício de sua atividade *clínica*).

Em termos “gerenciais”, porém, a preocupação do Senador é correta. Mas o que significa, nesses casos, “aplicar recursos *critériosamente*”? Ora, além de considerações de eficácia, efetividade e eficiência, atender a direitos consagrados é certamente um critério, e fornecer tratamentos não comprovados, se meus argumentos estiverem corretos, não configura situações de direito. Por outro lado, já que há muitas situações para as quais é possível prescrever tratamentos insuficientemente comprovados ou mesmo de comprovação discutível, é razoável que haja critérios que orientem os governos na elaboração de políticas de medicamentos que contemplem essas possibilidades. Tais critérios devem orientar os gestores a como adjudicar exceções. Assim, mesmo evidências de “nível V”, como meros consensos entre especialistas, podem ser utilizadas para amparar decisões de fornecimento de medicamentos em circunstâncias especiais (dentre as quais, a prevenção de epidemias e a prevenção de doenças contagiosas), em que pese tais consensos possam se basear em comprovações insuficientes. Considerações de eficiência podem levar médicos a preferir eventualmente medicamentos ou tratamentos comprovadamente menos eficazes. Essas mesmas considerações podem orientar igualmente protocolos e diretrizes terapêuticas.

Ora, uma vez que uma política de atenção ou assistência tenha sido criada, suas demandas tornam-se reconhecidas como direitos. Entretanto, e esta é outra consequência de meu argumento: em não havendo comprovação científica suficiente, é facultado ao governo revisar sua escolha. Somente nos casos em que há comprovações *inequívocas* de benefício, medidas em termos de eficácia, efetividade e eficiência, é que os governos não podem esquivar-se da obrigação, constitucional e legislativamente tutelada, de garantir tratamento a todo paciente que dele necessite. Nos outros casos, preserva-se ao administrador público a prerrogativa de programar e produzir políticas, implementar ações ou elaborar “listas de referência”, segundo critérios orientados por objetivos institucionais, dentre os quais, objetivos mandatórios, como a proteção à saúde da coletividade. É no uso dessa prerrogativa que se faculta ao governo tomar considerações de custo-benefício como critério para conceder ou não certos tratamentos excepcionais e de alto custo, os quais, seguindo-se os cânones da ciência médica atual, ainda não são suficientemente comprovados.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXY, Robert. *Teoria de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de; JUCÁ, Vlândia. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 2002: 879-889.
- AZEVEDO, M. A. O. Dois conceitos de direitos. *Ciência em movimento*, 16(1), 2006: 37-54.
- BARZOTTO, L. F. Os direitos humanos como direitos subjetivos: da dogmática jurídica à ética. *Direito & Justiça*, ano XXVII, 31 (1), 2005: 67-119.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 4a Ed. Oxford University Press, 1994.
- BENTHAM, Jeremy. *The works of Jeremy Bentham*, vol. II. Elibron Classics Series, 2005.
- BLACKBURN, S. *Being good. A short introduction to ethics*. Oxford Press, 2001
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BOJER, H. [Resources versus capabilities: a critical discussion](http://www.capabilityapproach.com/pubs/5_2_Bojer.pdf?PHPSESSID=6a3b7ea8816bd4ad6ee21d8f6e6e3499). Disponível em: http://www.capabilityapproach.com/pubs/5_2_Bojer.pdf?PHPSESSID=6a3b7ea8816bd4ad6ee21d8f6e6e3499, acessado em 31 de julho de 2007.
- BOORSE, C. A rebuttal on health. In: HUMBER, J. & ALMENDER, R. (Eds.). *What is disease?* Humana Press, p. 3-134.
- BOORSE, C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 1977: 542-73.
- CALIL DE FREITAS, Luiz Fernando. *Direitos fundamentais: limites e restrições*. Livraria do Advogado, 2007.
- CRUSIUS, Carlos Augusto. *A razão como faculdade calculadora. A "aposta" de Pascal*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2001.
- DUNCAN, Bruce B. & SCHMIDT, Maria Inês. Epidemiologia clínica e medicina baseada em evidências. In: ROUQUAYROL, Z. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
- DWORKIN, R. *Levando os direitos a sério*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FADEN, A.; SHARPE, V. A. *Medical harm*. Cambridge University Press, 1988.
- FEINBERG, J. *Voluntary Euthanasia and the Inalienable Right to Life (1977). The Tanner Lectures on Human Values*. University of Utah Press, 1980.
- FINNIS, J. *Natural law and natural rights*. Clarendon Law Series, Oxford University Press, 1980.
- FREIDSON, Eliot. *Profession of medicine: a study in the sociology of applied knowledge*. Harper and Row, New York, 1970.
- FRIEDLAND, D. J; GO, A. S; DAVOREN, J. B; SHLIPAK, M. G; BENT, S. W; SUBAK, L. L; MENDELSON, T. *Evidence-based medicine: a framework for clinical practice*. Appleton & Lange, 1998.
- GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. *Do mito ao pensamento científico*. Atheneu, 2003.

- HAYEK, F. Law, legislation and liberty. Vol. 2: The mirage of social justice. University of Chicago Press, 1976.
- HOHFELD, W. N. Fundamental legal conceptions as applied in judicial reasoning. Union, New Jersey: The Lawbook Exchange, 2000. (O primeiro desses artigos encontra-se republicado em: HOHFELD, W. N. Fundamental legal conceptions. In: PATTERSON, D (Ed.). Philosophy of law and legal theory. Blackwell Publishing, 2003.)
- JONSEN, A.; SIEGLER, M. & WINSLADE. W. Clinical ethics. Mc Graw-Hill, 4ª edição, 1998.
- LIPMAN, Toby. Evidence and casuistry. Commentary on Tonelli (2006), "Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (3), 2006: 269-272.
- MacINTYRE, Alasdair. *After virtue*. London: Duckworth, 1981.
- MOORE, Geoff, Hives and horseshoes, Mintzberg or MacIntyre: what future for corporate social responsibility? *Business Ethics: a European Review*, 2003, (12) 1: 41-53.
- PASCAL. *Pensées*. Garnier-Flamarion, 1976 (do texto de Leon Brunschvicg, de 1897).
- RAZ, J. *The morality of freedom*. New York: Oxford University Press, 1986.
- SARLET, I. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.
- SOLOMON, Robert C. *Ética e excelência. Cooperação e integridade nos negócios*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- THOMSON, Judith Jarvis. *The realm of rights*. Cambridge University Press, 1990.

LONDRES AUTORIZARÁ EMBRIÕES HÍBRIDOS DE ANIMAIS E HUMANOS

BIOÉTICA

LONDRES - Um órgão regulador britânico deverá autorizar hoje a criação de embriões híbridos de animais e seres humanos, como primeiro passo para o desenvolvimento de técnicas destinadas ao tratamento de doenças como Alzheimer e mal de Parkinson.

Após vários meses de consultas, a Autoridade Para à Fecundação e Embriologia Humanas dará seu esperado sinal verde à prática, segundo antecipou ontem o jornal britânico The Guardian.

Os pesquisadores querem criar embriões híbridos inserindo núcleos de células humanas em óvulos de vacas. A expectativa é de extrair valiosas células embrionárias, e com elas combater doenças neurodegenerativas e até mesmo graves lesões da medula espinhal.

A decisão oficial, depois de publicada, deverá passar até o fim do ano pelo Parlamento. Ela foi precedida por meses de lobby a favor, por parte dos cientistas. Ao mesmo tempo, grupos religiosos vinham criticando a medida.

Transcrito da Gazeta do Povo, 09/2007.

INTERDIÇÃO CAUTELAR DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

CFM*

Os Conselhos de Medicina poderão interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes de sua profissão, esteja prejudicando gravemente a população, ou na iminência de fazê-lo.

Palavras-chave: interdição cautelar, exercício profissional, legitimação ética

CAUTIONARY PROHIBITION IN THE PROFESSIONAL PRACTICE

Key words: cautious prohibitions, professional practice, ethical legitimization

O Conselho Federal de Medicina, no uso das suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina têm como um de seus objetivos primordiais a proteção à sociedade, evitando que o diploma de médico sirva de instrumento para que profissionais dele se sirvam para enganar, prejudicar ou causar danos ao ser humano;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais têm autoridade para disciplinar a ética e o perfeito desempenho da Medicina, usando para tanto o poder de polícia que lhe confere a lei;

CONSIDERANDO que a Medicina é uma profissão a serviço do ser humano e a sua saúde é o alvo de toda a atenção do médico;

CONSIDERANDO que o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais utilizando seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade,

Resolve:

Art. 1º - Os Conselhos de Medicina poderão, por decisão mínima de 11 (onze) votos favoráveis nos Conselhos Regionais, de 15 (quinze) no Conselho Federal

* Conselho Federal de Medicina.

e com parecer fundamentado do conselheiro sindicante, interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes de sua profissão, esteja notoriamente prejudicando gravemente a população, ou na iminência de fazê-lo.

Art. 2º - A interdição cautelar ocorrerá desde que exista prova inequívoca do procedimento danoso do médico e verossimilhança da acusação com os fatos constatados, ou haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, caso o profissional continue a exercer a Medicina.

Art. 3º - Na decisão que determinar o impedimento, o Conselho Regional indicará, de modo claro e precisão, as razões do seu convencimento.

Art. 4º - O interditado ficará impedido de exercer as atividades de médico até a conclusão final do processo ético, obrigatoriamente instaurado quando da ordem de interdição, sendo-lhe retida a carteira de registro profissional junto ao Conselho Regional.

Art. 5º - O processo ético instaurado deverá ser julgado no prazo de 6 (seis) meses, desde que o interditado não dê causa a atraso processual, de caráter protelatório.

Art. 6º - A interdição cautelar poderá ser revogada ou modificada a qualquer tempo, pela plenária, em decisão fundamentada.

Art. 7º - A interdição cautelar poderá ser aplicada em qualquer fase do processo ético-profissional, atendidos os requisitos previstos nesta resolução, inclusive no que se refere aos recursos e prazos.

Art. 8º - A interdição cautelar terá eficácia quando da intimação pessoal do interditado, cabendo recurso ao Pleno do Conselho Federal de Medicina, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento da ordem de interdição, sem efeito suspensivo, devendo ser julgado na reunião plenária subsequente ao recebimento do pedido do recurso.

Art. 9º - Os casos de interdição cautelar ocorridos nos Conselhos Regionais de Medicina serão imediatamente informados ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 10 - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Genário Alves Barbosa
Tesoureiro

Resolução CFM Nº. 1789/2006
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 02/04/2006
Publicado em D.O.U. 16/05/2006

Nota: Sobre o assunto vide Arq Cons Region Med do Pr 23(91):149-150,2006

CABE AO MÉDICO REALIZAR CAUTERIZAÇÃO DE VERRUGAS

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

Palavras-chave: cauterização de verrugas, podologia, médico, técnicas de cauterização, ácido nítrico

IS IT A PHYSICIAN'S JOB TO CAUTERIZE WARTS

Key words: cauterization of warts, podiatry, physician, cauterization techniques, nitric acid

CONSULTA

A Sra. R. M. L. de cidade o interior, realiza consulta a este Conselho sobre a quem cabe o direito legal para realizar cauterização de verrugas, visto este tipo de procedimento estar sendo ensinado em curso técnico em podologia.

Anexa anúncios de podólogos, bibliografia, não identificada a origem, sobre efeitos colaterais dos fenóis, e a tabela de preços de serviços do SENAC, onde consta o valor de R\$ 3,00, por sessão, para a cauterização de verrugas.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

No site do SENAC, acessamos o currículo do curso Técnico em Podologia, onde na grade correspondente à farmacologia, consta o ensino de: drogas e medicamentos de uso tópico em podologia; efeitos colaterais, contra-indicações e as reações adversas das drogas e medicamentos de uso tópico em podologia; características farmacocinéticas das drogas e medicamentos dermatológicos; características farmacodinâmicas das interações medicamentosas relacionadas aos procedimentos resultantes da intervenção dos podólogos.

Em contato realizado com a responsável pelos cursos no SENAC, informou ser orientado o uso de ácido nítrico.

Em contato telefônico com podólogos, de outros locais, informaram utilizar ácido, e eventualmente anestésico e desbaste mecânico.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

CONSIDERAÇÕES

O ácido nítrico é altamente corrosivo e seus vapores são muito irritantes para as membranas oculares e respiratórias. Se a concentração for elevada pode causar alterações respiratórias, edema pulmonar e morte. No sistema nervoso central pode causar cefaléia e tontura. Se no meio ambiente, pode levar a metahemoglobinemia por oxidação do ferro da hemoglobina.

O contato com a pele provoca queimaduras. A severidade das lesões depende da duração da exposição e da concentração.

Após diversas consultas a Conselhos correlatos e à Sociedade Brasileira de Dermatologia, faz-se necessário considerar.

1. A regulamentação do âmbito de atuação de cada categoria profissional.
2. O ácido nítrico não ser utilizado em procedimento cosmético.
3. Que o tratamento de verruga pressupõe um diagnóstico prévio, realizado por médico.
4. A necessidade de diagnóstico diferencial com processo neoplásico.
5. A necessidade de prescrição médica.

CONCLUSÃO

Consideramos que o conhecimento a respeito dos diversos métodos existentes para o tratamento de verrugas e que o uso dos mesmos enseja um correto diagnóstico e manejo cuidadoso, é da área de atuação do médico, pois é este o profissional que faz o diagnóstico, indica a terapêutica e está apto a compreender e solucionar complicações inerentes a qualquer procedimento terapêutico.

O ácido nítrico faz parte do arsenal para o tratamento da manifestação da verruga viral, portanto, é um medicamento, que requer o mesmo cuidado diagnóstico e de manejo.

É o parecer.

Curitiba, 17 de julho de 2006.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 06/2005
Parecer CRMPR N°. 1793/2006
Parecer Aprovado - Câmara IV
Sessão Plenária de 24/07/2006

RELACIONAMENTO DO COOPERADO COM A COOPERATIVA

Carlos Ehlke Braga Filho*

EMENTA - A análise de questões administrativas ligadas ao relacionamento médico e cooperativa fogem à competência do Conselho Regional de Medicina.

Palavras-chave: relacionamento, cooperativa e cooperado, conflito de interesses, conflito administrativo, prejuízo, dano, requisição inadequada

RELATIONSHIP BETWEEN THE MEMBER AND HIS COOPERATIVE

Key words: relationship, cooperative and member, conflict of interests, administrative conflict, harm, damage, inappropriate request

CONSULTA

Em documento encaminhado ao consulente médico, apresenta quesitos dirigidos ao CRM, com perguntas relativas ao comportamento dos funcionários e auditoria de entidade universitária e entre outras reclamações, alega desvio de exames para outros médicos e a realização de auditorias apenas para seus pedidos de exame.

O mesmo questionamento foi encaminhado à Unimed-local, a qual respondeu às perguntas e nelas observa-se que contesta as afirmativas do médico, principalmente a da existência de desvio de clientela. Ainda responde a Unimed, que o consulente freqüentemente pede múltiplos exames na mesma solicitação e por esta razão acontecem as auditorias, procedimento utilizado sempre nessas situações e não especificadamente ao médico.

O médico em ofício à entidade contesta uma a uma as respostas oferecidas.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Pelo teor dos questionamentos é percebido um conflito de interesses entre as partes, conflito meramente administrativo, sem que nele exista participação ou envolvimento moral direto de médicos da cooperativa, só assim este Conselho poderia intervir.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

O Conselho de Medicina, por disposição legal, é o agente fiscalizador do exercício da medicina e atua no interesse da sociedade. Entendo que interesses de natureza privada, sem a participação de médicos é competência da esfera judicial ou administrativa, na dependência do bem envolvido.

Para que esse Conselho atue é preciso que exista dano ou abuso de poder provocado por profissionais da área médica com representação ou mínimo testemunho de pacientes que tiveram seus interesses prejudicados.

CONCLUSÃO

As respostas aos quesitos propostos pelo consulente são de competência administrativa da Unimed já foram oferecidas ao médico. O inconformismo deve ser apresentado à cooperativa e o foi. Não cabe ao Conselho de Medicina envolver-se em tema meramente administrativo.

É o parecer.

Curitiba, 2 de julho de 2007.

Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Parecerista

Processo Consulta CRMPR Nº. 056/2007
Parecer CRMPR Nº 1856/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/07/2007

SUICÍDIO DE PACIENTE É RESPONSABILIDADE DE HOSPITAL

JURISPRUDÊNCIA

O hospital deve responder pela omissão de cuidados a pacientes com tendências suicidas. Esse foi o entendimento da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que condenou o Hospital Luxemburgo (Instituto João Resende Alves) a pagar indenização por dano material e moral em função da morte do marido.

O falecido foi internado em 1995 para tratar um tumor no pulmão.

Após a primeira semana, apresentou um forte quadro de depressão e comentou com a família que desejava cometer suicídio. Preocupada, a filha alertou o médico responsável, o qual esclareceu que o quadro era normal. Sem nenhum impedimento, dezenove dias depois, atirou-se da janela do edifício e faleceu.

Transcrito da Visão Jurídica.

PERITOS: FORMULÁRIO “PADRÃO DE QUESITOS” PARA MÉDICOS DO SERVIÇO PÚBLICO E O SEU PREENCHIMENTO

Luiz Ernesto Pujol*

EMENTA - Médico Assistente - Questionamentos - Condutas - Preenchimento de formulário padrão de órgãos públicos - Necessidade.

Palavras-chave: formulário, padrão de quesito, peritos, serviço público, sonegação de informação

EXPERTS: “STANDARD OF INQUIRIES” FORM FOR PHYSICIAN IN THE PUBLIC SECTOR AND HOW TO FILL IT IN

Key words: form, standard of inquiry, public service, expert evasion of information

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante médico Dr. M.A.T., formula consulta com o seguinte teor:

“Vem-se por meio desta solicitar a este Conselho um parecer sobre um formulário chamado “Padrão de Quesitos” emitido pelos peritos do INSS, Estado e Prefeitura Municipal. Trabalho na Prefeitura do Município e com certa frequência tem-se a necessidade de se afastar os pacientes de suas atividades laborativas, sendo dado ao mesmo um atestado devidamente preenchido, entretanto, ao chegar no médico perito, o mesmo entrega ao paciente este formulário “Padrão de Quesitos” solicitando que ele o devolva preenchido, pelo médico assistente, para poder realizar a perícia e no caso do Estado, o mesmo exige este papel preenchido a cada 15 dias.

Gostaria de um parecer que esclareça os seguintes pontos:

- 1) É obrigatório o preenchimento do “Padrão de Quesitos” pelo médico assistente?
- 2) Pode o médico assistente negar-se a preencher o “Padrão de Quesitos” ?
- 3) Caso o médico assistente se negue a preencher o “Padrão de Quesitos” o mesmo estaria infringindo o Código de Ética Médica ?
- 4) Há obrigatoriedade de que o “Padrão de Quesitos” seja preenchido necessariamente pelo médico do serviço público? Ou no caso do paciente ter um psiquiatra particular, como médico assistente, este poderá preenchê-lo e o perito deverá aceitá-lo ?

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

5) O não preenchimento do “Padrão de Quesitos”, pelo médico assistente, implica em sonegação de informações a respeito do paciente ?

6) As informações ao médico perito podem ser passadas de outra forma, como por exemplo, relatório médico e/ou atestado ?

7) Há necessidade de preenchimento deste “Padrão de Quesitos” a todo momento em que o perito solicitar ? Pois, em muitos casos o paciente não tem reavaliação programada e vem em busca de uma consulta apenas para o preenchimento do “Padrão de Quesitos”.

8) O perito poderia liberar o paciente para trabalho caso o mesmo não levasse o “Padrão de Quesitos”, sendo que se houvesse levado esse papel o paciente permaneceria afastado ?

9) No caso do paciente não necessitar voltar a consultar com um período inferior a 30 dias, por ser a sua patologia de evolução crônica e com poucas mudanças no período de um mês, porém o mesmo não tem condições de trabalhar nesse intervalo de tempo, poderia o perito diminuir o número de dias de afastamento de 30 dias para 15 dias por exemplo, e exigir que o paciente retorne em 15 dias para realização de uma nova perícia, porém com o “Padrão de Quesitos” preenchido pelo médico assistente, o que implicaria em uma nova consulta, para preenchimento deste “Padrão de Quesitos”.

10) Qual a obrigatoriedade de se preencher o referido “Padrão de Quesitos” em toda consulta que o paciente comparece ?

11) O médico assistente tem obrigação de preencher o “Padrão de Quesitos” solicitado pelo paciente, mesmo que não concordando com a solicitação de afastamento desejado pelo paciente ?

12) O médico assistente tem obrigação de fornecer ao paciente, a qualquer momento, em consulta ou em período fora de consulta qualquer papel que fale a respeito de seu tratamento ou doença ? Há prazo máximo para a entrega do que foi solicitado pelo paciente ? “.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os documentos que informam o estado de saúde dos trabalhadores e que servem de subsídio para afastamento ou persistência da atividade laborativa desses, visam a correta e justa decisão a ser tomada pelos Órgãos Públicos imbuídos desta função. Assim sendo atestados, declarações e questionários sobre a saúde dos trabalhadores são documentos que devem ser preenchidos pelos médicos assistentes, tanto particulares quanto dos serviços públicos, sigilosamente preservados e que servirão, também, para consubstanciar políticas de saúde voltadas à população.

Lembremos que ao fornecer informações a respeito da saúde e tratamentos de seus pacientes, o médico assistente deverá relatar somente o que de interesse é sobre o caso, de forma restrita ao solicitado e, apondo o número do CID-10 correspondente somente com a anuência do paciente.

CONCLUSÃO

Em resposta aos questionamentos do consulente, temos a aduzir:

1) Cabe ao médico assistente atender às solicitações dos Órgãos Públicos, a todos os níveis, que tenham por finalidade a preservação dos reais direitos trabalhistas da população.

2) Não, desde que autorizado pelo paciente ou seu responsável legal e, obedecidos os preceitos éticos das informações com ênfase o resguardo do sigilo profissional das partes envolvidas, ou seja, médico assistente e Instituição Pública.

3) Sim. Em seu Artigo 14 o Código de Ética Médica reza “ O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde ”.

4) O preenchimento pode ser efetuado tanto por médico particular quanto por médico de Serviço Público desde que ambos são considerados médico assistente do doente examinado.

5) Evidencia-se sonegação de informação toda a omissão que se faça quando o doente autorizar a emissão dos fatos que sejam de seu interesse.

6) Pode, no entanto o Padrão de Quesitos parece-nos muito mais prático, ágil e completo à Instituição, ao médico assistente e ao paciente.

7) A necessidade de um novo preenchimento do Padrão de Quesitos é pertinente ao necessário acompanhamento de cada caso pela Instituição Pública e não pela vontade do paciente e, portanto, àquela cabe a decisão de novos preenchimentos.

8) Pode, pois a conclusão prevalente é a do Perito. Nesse caso, em particular, o Perito desarmado das informações sobre a específica situação do doente em decorrência da falta de informações pelo médico assistente, terá que se valer de seu pessoal julgamento e avaliação do caso.

9) Cabe ao Perito tal prerrogativa. No entanto, nestes casos específicos, nada impede o médico assistente de citar no documento sua impressão de que trata-se de patologia cuja evolução e terapêutica serão mais prolongadas, consubstanciando com isso o raciocínio e as decisões a serem tomadas pelo Perito. Desde que tal justificativa do médico assistente não seja considerado pelo médico Perito não há motivo para novo preenchimento do questionário pelo médico assistente.

10) Haverá tal obrigatoriedade desde que o preenchimento tenha sido solicitado pela Instituição Pública.

11) O preenchimento do documento em foco não obriga o médico a decidir sobre o que quer ou não o paciente e sim, ao que o médico julgar necessário a este. Não é função do médico decidir pelo afastamento, cabendo isso ao Perito.

12) Em consulta o Padrão de Quesitos, assim como atestados e declarações, fazem parte do ato “consulta médica” e, portanto, desde que solicitado pelo paciente, há obrigatoriedade em fornecer-lhe. Preferentemente o médico assistente deve estipular e divulgar horário específico para o preenchimento dos Padrões de Quesitos em foco. O prazo para entrega do documento em pauta dependerá da gravidade ou urgência de tal medida, cabendo ao médico assistente a responsabilidade dessa decisão.

É o parecer.

Curitiba, 17 de junho de 2007.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo Consulta CRMPR N.º 045/2007
Parecer CRMPR N.º 1849/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 25/06/2007

ANEXO
RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002

Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

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

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados ao atestado médico;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua a Lei n.º 605, de 5 de janeiro de 1949, no parágrafo 2º de seu artigo 6º, referindo-se à comprovação de doença;

CONSIDERANDO o que determina a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, acerca de licença - para tratamento de saúde, licença à gestante, licença-paternidade, licença por acidente em serviço e licença por motivo de doença em pessoa da família;

CONSIDERANDO o definido no Decreto n.º 3.048/99, alterado pelos Decretos n.ºs 3.112/99 e 3.265/99, que aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências;

CONSIDERANDO os artigos 38, 44, 45 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o artigo 8º do Código de Ética Médica determina que o médico não pode submeter-se a restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros, está sujeito às penas da lei;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO que somente os médicos e odontólogos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM n^os 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 e resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás, Amazonas, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13.12.2002,

RESOLVE:

Art. 1^o O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2^o Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3^o Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

1. especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;
2. estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
3. registrar os dados de maneira legível;
4. identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4^o É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1^o Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2^o Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

Art. 5^o Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art. 6º Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do caput do artigo.

§ 2º O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§ 3º O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§ 4º Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 7º O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art. 8º Revogam-se as Resoluções CFM nºs. 982/79, 1.484/97 e 1.548/99, e as demais disposições em contrário.

Art. 9º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 13 de dezembro de 2002

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CFM nº 1.488/1998

(Publicada no D.O.U., de 06 março 1998, Seção I, pg. 150)

(Modificada pela Resolução CFM n. 1810/2007)

Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador.

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

CONSIDERANDO que o trabalho é um meio de prover a subsistência e a dignidade humana, não devendo gerar mal-estar, doenças e mortes;

CONSIDERANDO que a saúde, a recuperação e a preservação da capacidade de trabalho são direitos garantidos pela Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o médico é um dos principais responsáveis pela preservação e promoção da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar os critérios para estabelecer o nexo causal entre o exercício da atividade laboral e os agravos da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a atividade dos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador;

CONSIDERANDO o estabelecido no artigo 1º, inciso IV, artigo 6º e artigo 7º, inciso XXII da Constituição Federal; nos artigos 154 e 168 da Consolidação das Leis do Trabalho, bem como as normas do Código de Ética Médica e a Resolução CREMESP nº 76/96;

CONSIDERANDO as recomendações emanadas da 12ª Reunião do Comitê Misto OIT/OMS, realizada em 5 de abril de 1995, onde foram discutidos aspectos relacionados com a saúde do trabalhador, medicina e segurança do trabalho;

CONSIDERANDO a nova definição da medicina do trabalho, adotada pelo Comitê Misto OIT/OMS, qual seja: proporcionar a promoção e manutenção do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores;

CONSIDERANDO as deliberações da 49ª Assembléia Geral da OMS, realizada em 25.8.96, onde foram discutidas as estratégias mundiais para a prevenção, controle e diminuição dos riscos e das doenças profissionais, melhorando e fortalecendo os serviços de saúde e segurança ligados aos trabalhadores;

CONSIDERANDO que todo médico, independentemente da especialidade ou do vínculo empregatício - estatal ou privado -, responde pela promoção, prevenção e recuperação da saúde coletiva e individual dos trabalhadores;

CONSIDERANDO que todo médico, ao atender seu paciente, deve avaliar a possibilidade de que a causa de determinada doença, alteração clínica ou laboratorial possa estar relacionada com suas atividades profissionais, investigando-a da forma adequada e, caso necessário, verificando o ambiente de trabalho;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de fevereiro de 1998,

RESOLVE:

Art. 1º - Aos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe:

I - assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;

II - fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, CONSIDERANDO que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento;

III - fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico por à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

Art. 2º - Para o estabelecimento do nexa causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexa causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

Art. 3º - Aos médicos que trabalham em empresas, independentemente de sua especialidade, é atribuído:

I - atuar visando essencialmente à promoção da saúde e à prevenção da doença, conhecendo, para tanto, os processos produtivos e o ambiente de trabalho da empresa;

II - avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação;

III - dar conhecimento aos empregadores, trabalhadores, comissões de saúde, CIPAS e representantes sindicais, através de cópias de encaminhamentos, solicitações e outros documentos, dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como dos outros informes técnicos de que dispuser, desde que resguardado o sigilo profissional;

IV - Promover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortunístico, sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita denexo causal da doença com o trabalho. Deve ser fornecida cópia dessa documentação ao trabalhador;

V - Notificar, formalmente, o órgão público competente quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho.

Art. 4º - São deveres dos médicos de empresa que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade:

I - atuar junto à empresa para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;

II - promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências para o trabalho, desde que este não as agrave ou ponha em risco sua vida;

III - opor-se a qualquer ato discriminatório impeditivo do acesso ou permanência da gestante no trabalho, preservando-a, e ao feto, de possíveis agravos ou riscos decorrentes de suas funções, tarefas e condições ambientais.

Art. 5º - Os médicos do trabalho (como tais reconhecidos por lei), especialmente aqueles que atuem em empresa como contratados, assessores ou consultores em saúde do trabalhador, serão responsabilizados por atos que concorram para agravos à saúde dessa clientela conjuntamente com os outros médicos que

atuem na empresa e que estejam sob sua supervisão nos procedimentos que envolvam a saúde do trabalhador, especialmente com relação à ação coletiva de promoção e proteção à sua saúde.

Art. 6º - São atribuições e deveres do perito-médico de instituições previdenciárias e seguradoras:

I - avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;

II - subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;

III - comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito-médico (CRM, nome e matrícula);

IV - orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária.

Art. 7º - Perito-médico judicial é aquele designado pela autoridade judicial, assistindo-a naquilo que a lei determina.

Art. 8º - Assistente técnico é o médico que assiste às partes em litígio.

Art. 9º - Em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização expressa do próprio assistido.

Art. 10 - São atribuições e deveres do perito-médico judicial e assistentes técnicos:

I - examinar clinicamente o trabalhador e solicitar os exames complementares necessários;

II - o perito-médico judicial e assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem fazer-se acompanhar, se possível, pelo próprio trabalhador que está sendo objeto da perícia, para melhor conhecimento do seu ambiente de trabalho e função;

III - estabelecer o nexo causal, CONSIDERANDO o exposto no artigo 4º e incisos.

Art. 11 - Deve o perito-médico judicial fornecer cópia de todos os documentos disponíveis para que os assistentes técnicos elaborem seus pareceres. Caso o perito-médico judicial necessite vistoriar a empresa (locais de trabalho e documentos sob sua guarda), ele deverá informar oficialmente o fato, com a devida antecedência, aos assistentes técnicos das partes (ano, mês, dia e hora da perícia).

Art. 12. O médico de empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do serviço especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem atuar como peritos judiciais, securitários, previdenciários ou assistentes técnicos, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados). (Redação dada pela Resolução CFM n. 1810/2007)

(Redação anterior:

Art. 12 - O médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresas e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados).)

Art. 13 - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 11 de fevereiro de 1998.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CFM nº 1.810/2006
(Publicada no D.O.U., 09 de maio de 2007, Seção I, pg. 73)

Altera o art. 12 da Resolução CFM nº 1.488, de 11 de fevereiro de 1998, publicada em 6 de março de 1998, que normatiza a perícia médica e a atuação do perito e do assistente técnico.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de junho de 1958 e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO os questionamentos sobre a necessidade de o médico do Trabalho poder ou não ser assistente técnico da empresa em que presta serviço, bem como as interpelações que chegam ao CFM e aos Conselhos Regionais acerca da contradição entre os termos das Resoluções CFM nº 1.488/98 (art. 12) e Cremesp nº 126/05 (art. 8º);

CONSIDERANDO as disposições contidas nos artigos 1º, 2º, 6º ao 12 e 118 a 121 do Código de Ética Médica,

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 12 da Resolução CFM nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. O médico de empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do serviço especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem atuar como peritos judiciais, securitários, previdenciários ou assistentes técnicos, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados)”.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revoga-se o artigo 12 da Resolução nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998.

Brasília-DF, 14 de dezembro de 2006.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Livia Barros Garção
Secretária-Geral

RESOLUÇÃO CFM nº 1.408/94

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 a generalizada revisão crítica por que passam os modelos de assistência psiquiátrica, que permitiu o estabelecimento de normas internacionais como os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", da Organização das Nações Unidas, de 17/12/91, e a "Declaração de Caracas", da Organização Panamericana de Saúde, de 14/11/90.

CONSIDERANDO a necessidade de serem criadas normas brasileiras que estejam em consonância com as internacionais e contemplem a realidade assistencial própria;

CONSIDERANDO que o modelo assistencial psiquiátrico vigente no país é predominantemente hospitalar e cronicador;

CONSIDERANDO o reconhecimento, nos meios científicos, dos riscos inerentes às internações psiquiátricas;

CONSIDERANDO as decisões da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília-DF, no período de 01 a 04 de dezembro de 1992;

CONSIDERANDO as decisões do Seminário Nacional Sobre Reforma Psiquiátrica no Brasil, promovido pelo Conselho Federal de Medicina e realizado em Brasília, nos dias 19 e 20 de maio de 1994;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 08 de junho de 1994;

RESOLVE:

Artigo 1º - É de responsabilidade do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e dos Médicos Assistentes a garantia de que, nos estabelecimentos que prestam assistência médica, as pessoas com transtorno mental sejam tratadas com o respeito e a dignidade inerentes à pessoa humana.

Artigo 2º - O diagnóstico de que uma pessoa é portadora de um transtorno mental deve ser feito de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente e não com base no status econômico, político ou social, orientação sexual, na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

Parágrafo I - O diagnóstico de um transtorno mental não será determinado pelos seguintes fatores quando isoladamente: conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa, ou uma história de tratamento ou hospitalização psiquiátricos anteriores.

Parágrafo II - Nenhum médico pode diagnosticar que uma pessoa é portadora de um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas conseqüências.

Artigo 3º - Cabe ao médico respeitar e garantir o direito ao sigilo profissional de todas as pessoas com transtorno mental sob a sua responsabilidade profissional.

Artigo 4º - Nenhum tratamento será administrado a uma pessoa com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção do consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

Parágrafo único - Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

Artigo 5º - As modalidades de atenção psiquiátrica extra-hospitalar devem ser sempre prioritárias, e, na hipótese de ser indispensável a internação, esta será levada a efeito pelo menor prazo possível.

Parágrafo I - O tratamento e os cuidados a cada pessoa serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ela, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

Parágrafo II - Em qualquer estabelecimento de saúde onde se presta assistência psiquiátrica é vedado o uso de "celas fortes", "camisa de força" e outros procedimentos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes, sendo dever do médico assistente denunciar ao Conselho Regional de Medicina sempre que tiver conhecimento do desrespeito a esta norma.

Artigo 6º - Nenhum estabelecimento de saúde poderá recusar o atendimento ou internação sob a alegação de o paciente ser portador de transtorno mental.

Parágrafo único - Um estabelecimento de saúde mental deverá garantir o acesso dos seus pacientes aos recursos diagnósticos e terapêuticos que se fizerem necessários no curso do tratamento psiquiátrico.

Artigo 7º - Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa com transtorno mental, se for considerado que atende melhor às necessidades de saúde do paciente e quando receber seu consentimento esclarecido, salvo nos casos em que este estiver incapacitado para fazê-lo e então o procedimento será autorizado pelo responsável legal.

Artigo 8º - A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais somente serão realizados em um paciente na medida em que este tenha dado seu consentimento esclarecido, e um corpo de profissionais externos, solicitado ao Conselho Regional de Medicina, estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento esclarecido e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

Artigo 9º - Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais não poderão ser realizados em qualquer paciente com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido.

Parágrafo I - Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente designado pela comissão de ética do serviço e especificamente constituído para este fim, poderão ser realizados tratamentos experimentais, ensaios clínicos ou pesquisas em pacientes que estejam incapacitados a dar seu consentimento esclarecido.

Parágrafo II - Somente poderão ser realizados os procedimentos de que trata o parágrafo I deste artigo se for em benefício do paciente e após autorização expressa do seu representante legal.

Artigo 10 - O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente.

Artigo 11 - As pessoas com transtorno mental têm direito de acesso às informações concernentes a elas, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos pelos estabelecimentos de saúde. Este direito poderá estar sujeito a restrições, com o fim de evitar danos sérios à saúde do paciente ou risco à segurança de outros.

Artigo 12 - Não será permitido o registro, nos Conselhos Regionais de Medicina, de estabelecimentos de saúde que mantenham atendimento psiquiátrico e não atendam às normas éticas enunciadas nesta resolução.

Parágrafo único - Caberá aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização da implantação das presentes normas, com vistas à transformação do modelo assistencial vigente.

Artigo 13 - Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Brasília-DF, 08 de junho de 1994.

Ivan de Araújo Moura Fé
Presidente

Hercules Sidnei Pires Liberal
Secretário-Geral

ANVISA NÃO LIBERA ULTRA-SOM

GORDURA

Um ultra-som que promete eliminar gordura localizada e que virou moda nas clínicas de São Paulo e do Rio de Janeiro está sendo usado irregularmente no país. Conhecido como ultrashape, o aparelho é de origem israelense e não tem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Também não há estudos que garantam segurança e eficácia. Aprovado em 2005 na Europa, mas ainda sem aval nos EUA, o ultra-som chegou ao Brasil em outubro. A promessa do aparelho é tentadora: sem dor ou corte a pessoa perderia dois centímetros de medida corporal, o que pode chegar a 300 gramas de gordura por sessão. A máquina emite ondas acústicas que causam rompimento das células gordurosas, que são jogadas na corrente sanguínea, metabolizadas pelo fígado e eliminadas. Entretanto, endocrinologistas e cardiologistas alertam que a gordura eliminada pode gerar problemas no fígado, pâncreas e pulmão.

Transcrito da Gazeta do Povo, 14/01/2007.

REGISTRO MÉDICO NO CRM SEM TER O SEU DIPLOMA REGISTRADO NO MEC

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque*

EMENTA - Inscrição no CRM/PR de médico sem diploma registrado no MEC – Possibilidade – Apresentação de Certidão e assinatura de termo de compromisso.

Palavras-chave: inscrição no CRM/PR, legislação, diplomação no Brasil, revalidação no Brasil, certidão de conclusão

MEDICAL REGISTRATION IN THE CRM WITHOUT HAVING A REGISTERED DIPLOMA IN THE MINISTRY OF EDUCATION

Key words: registration in the CRM PR, legislation, granting a certificate in Brazil, revalidation in Brazil, certificate of conclusion

CONSULTA

Instado a emitir parecer quando a possibilidade de registrar, neste Conselho Regional de Medicina do Paraná, médicos formados mas que ainda não dispõem do diploma registrado perante o Ministério da Educação, tenho a aduzir o que segue:

Efetivamente o artigo 2º, do Decreto 44045, de 19 de julho de 1958, que regulamenta a Lei Nº 3268/57, elenca os documentos e requisitos que devem constar no seu pedido de inscrição junto ao Conselho Regional de Medicina, dentre os quais apresentar, “original ou fotocópia autenticada do diploma de formatura devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura”.

Todavia, é sabido que essa exigência depende do longo trâmite do diploma na burocracia do MEC, o que resulta muitas vezes, no impedimento do médico recém-formado, de exercer a profissão, por longo tempo.

Destarte, e diante desse impasse, entendendo ser viável que se registre o médico perante este CRM/PR, sendo entregue Certidão que lhe confira este direito, independentemente do registro de seu diploma perante o MEC, desde que a faculdade onde se formou forneça uma certidão de que não existe nenhum impedimento para que este registro se processe. Indispensável ainda, que se comprometa a apresentar o Diploma, até 60 (sessenta) dias de seu registro, sob

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

pena de cancelar-se a sua inscrição, passando então, a não ter o direito de exercer a Medicina, enquanto não regularizar a situação, o que será comunicado a todos os CRM'S do País.

É o parecer.

Curitiba, 22 de janeiro de 2007.

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Consult. Jurídico

Processo Consulta CRMPR Nº. /2007
Parecer CRMPR Nº 1807/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 29/01/2007

VATICANO AFASTA SACERDOTE GAY

RELIGIÃO

CIDADE DO VATICANO - *O Vaticano confirmou que afastou do cargo e abriu uma investigação contra um prelado membro da Congregação para o Clero que tinha confessado, sob anonimato, manter relações homossexuais.*

O sacerdote, cujo nome não foi divulgado, apareceu em um programa do canal de televisão "A7" com a voz distorcida e o rosto coberto, mas o Vaticano conseguiu reconhecê-lo por causa dos detalhes do escritório onde a entrevista foi gravada, informou ontem o jornal La Republica.

O porta-voz do Vaticano, Federico Lombardi, confirmou a notícia divulgada no jornal e acrescentou que "os superiores estão tratando a situação com a devida discricção, apesar de esta pessoa ter se equivocado".

Lombardi acrescentou que "as autoridades vaticanas têm que intervir com decisão e severidade diante de um comportamento não compatível com o sacerdócio e com a missão da Santa Sé".

Segundo as publicações, o sacerdote teria 60 anos e seria um alto prelado que trabalha na Congregação para o Clero e que até alguns meses atrás oficiava a missa para o canal religioso de televisão "Telepace", além de ter um site próprio.

A entrevista do religioso foi exibida em 1º de outubro no programa "Exit", que tinha como tema o homossexualismo na Igreja Católica. O programa gravações foi feitas com uma câmara escondida dos encontros de três sacerdotes homossexuais com pessoas conhecidas através de um chat na internet e confissões de religiosos que se sentem atraídos por pessoas do mesmo sexo.

Um deles era o membro da Congregação do Clero, que revelou que era um "homossexual ativo" e que "não achava que estava pecando".

Transcrito da Gazeta do Povo, 15/10/2007.

MÉDICO PODE EMITIR LAUDOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM SEM POSSUIR ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA

Marília Cristina Milano Campos*

Palavras-chave: laudo, diagnóstico por imagens, título de radiologia, responsabilidade, recomendável especialização

CAN A PHYSICIAN WRITE REPORTS OF DIAGNOSIS THROUGH IMAGING WITHOUT HAVING A SPECIALTY IN RADIOLOGY?

Key words: report, Imaging diagnostics, title in Radiology, responsibility, specialty recommended

CONSULTA

Consulta formulada pela Sra J. K. nos seguintes termos:

“Por favor, gostaria de uma informação, o médico que tem sua especialidade em ginecologia/obstetrícia por exemplo, está apto a fazer laudos e exames de diagnóstico por imagem (ecografias de todo tipo, etc.), por acaso é necessário que o mesmo tenha um especialização em radiologia e isso seja citado no laudo e não apenas seja informado o CRM do médico?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Lei 3268/57 que regulamenta o exercício da profissão médica é clara ao afirmar que o exercício da medicina em toda sua plenitude se dá a partir de diploma de graduação registrado no MEC e posterior inscrição no CRM, podendo o médico não especialista exercer quaisquer atividades nas áreas de diagnóstico e tratamento aos pacientes sob seus cuidados, podendo assinar laudos. No entanto, só podem anunciar especialidades os profissionais cujos títulos de especialista tenham sido registrados no CRM.

A assinatura de laudos é de responsabilidade do médico que realiza o exame, sendo recomendável que seja especialista, o que certifica em relação às suas habilidades técnicas e em relação aos progressos científicos, para os quais foi especificamente treinado.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

Não há, portanto, impedimento legal para que o médico não especialista interprete e assinhe laudos de exames complementares, assumindo total responsabilidade pelos seus atos.

É o parecer.

Curitiba, 07 de dezembro de 2005.

Marília Cristina Milano Campos
Cons^a. Parecerista

Processo Consulta CRMPR Nº. 093 /2005
Parecer CRMPR Nº 1715/2006
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 19/12/2005

DOUTOR MORTE DEIXA A PRISÃO APÓS OITO ANOS

JUSTIÇA - Médico defensor da eutanásia ajudou 130 pessoas a morrer

WASHINGTON - – *Jack Kevorkian, o médico americano que disse ter ajudado cerca de 130 pessoas a morrer durante a última década, foi posto ontem em liberdade condicional, após oito anos de prisão.*

Kevorkian, de 79 anos, conhecido como “Doutor Morte”, foi condenado em 1999 por assassinato em segundo grau, pelo caso de Thomas Youk, de 52 anos, que sofria de esclerose lateral amiotrófica, a quem forneceu uma dose de drogas letais. A pena foi de 10 a 25 anos de prisão, mas a sentença foi reduzida por bom comportamento.

Kevorkian saiu do presídio Lakeland Correctional Facility, em Michigan, e logo em seguida concedeu uma entrevista ao apresentador da “CNN” Larry King, que irá ao ar na segunda-feira. Questionado sobre sua experiência na prisão, o médico brincou: “Foi estupendo, um dos períodos mais interessantes da minha vida”.

O médico disse ainda acreditar no direito dos doentes de decidir a hora em que desejam morrer, mas afirmou que não voltará a ajudar-lhes. Caso não cumpra sua promessa, o Doutor Morte retornará a prisão, pois uma das condições para a concessão de sua liberdade condicional, vigente por dois anos, foi a de não voltar a participar de uma eutanásia.

Sua libertação reavivou o debate sobre a eutanásia nos Estados Unidos, e a julgar pela reação inicial, Kevorkian não terá problemas em chamar a atenção do público. Seus primeiros momentos em liberdade foram transmitidos em rede nacional, e seu advogado disse já ter ofertas de contratos muito lucrativas para que o médico dê conferências pelo país.

Para celebrar sua volta, Baird Jones, um comissário de arte especializado em obras famosas, abriu uma exposição dedicada às telas de Kevorkian no clube noturno Webster Hall de Nova Iorque. Pintar é um de seus hobbies, mas também tem a ver com a eutanásia, pois seus quadros freqüentemente mostram figuras sangrentas, caveiras e rostos tristes. Outro de seus passatempos foi a invenção da chamada “máquina do suicídio”, um aparelho que permitia a um paciente injetar em si mesmo uma dose letal de potássio e cloreto.

Kevorkian foi processado por sua participação em três suicídios mas, em todos os casos, foi declarado inocente. No entanto, em 1998 ele mesmo aplicou, pela primeira vez, as drogas letais em Youk, que estava praticamente paralisado, e permitiu que a televisão registrasse o ato. Nos Estados Unidos, somente o estado do Oregon permite a eutanásia. Lá, um doente com menos de seis anos de esperança de vida pode pedir legalmente a um médico que lhe conceda remédios para suicidar-se.

Embora outras propostas de lei tenham sido rejeitadas em outros estados, um informe do Pew Research Center, de 2006, mostra que os americanos estão divididos sobre a questão. Apesar de 84% deles defenderem que os pacientes deveriam ter o direito de rejeitar um tratamento para mantê-los com vida, 46% dizem que os médicos não devem ter o direito de ajudar seus pacientes a morrer e 45% dizem que sim.

Transcrito da Gazeta do Povo, 03/06/2007.

ATESTADO MÉDICO É DOCUMENTO DE FÉ PÚBLICA. AFASTAMENTO POR NECESSIDADE DO FILHO, MÃE OU PAI

Luiz Ernesto Pujol*

EMENTA - O atestado médico é documento de fé pública e não pode ser contestado pelo seu beneficiário ou responsáveis. Tão pouco pode servir como meio de punição ao seu empregador.

Palavras-chave: atestado médico, atestado ou declaração, respeito a legislação, ao paciente, familiar, escola, clube, CID, justificativa

MEDICAL CERTIFICATES ARE NOTARIZED DOCUMENTS. LEAVE OF ABSENCE IN THE CASE OF NEED FROM SON, MOTHER OR FATHER

Key words: medical certificate, certificate or declaration, respect for legislation, for the patient, for the family, for the school, for the club, CID, justification

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente médico, formula consulta com o seguinte teor:

“Sou pediatra e, embora entenda que filho doente preocupa e que muitas vezes os pais não tem com quem deixá-los durante o período de doença, pois as empresas/patrões não dispensam seus funcionários e nem aceitam as declarações de acompanhante, entendo também que, fornecendo atestado para a mãe (pai) ficar afastada(o) do trabalho durante o período da doença de seu(s) filho(s), esse(s) atestado(s) poderá (ao) contribuir para uma futura demissão.

Outra situação: quando a mãe ou o pai vêm com uma criança apresentando quadro febril sem que seja possível chegarmos a um diagnóstico e nos pressionam para liberarmos a criança para que possa retornar, se possível no mesmo dia, à creche/escola, pois não querem que a criança dela fique afastada.

Diante do exposto, pergunto:

1 Qual a atitude correta: fornecer atestado para o responsável ficar afastado do trabalho ou fornecer uma declaração de acompanhante à consulta médica?

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

2 Como proceder, nos casos de quadro febril, acima referido, já que o diagnóstico não foi possível e pode ser qualquer doença, desde uma simples rinfaringite aguda até uma doença grave (meningite por exemplo), que coloca em risco a saúde das demais crianças?”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A consulente efetua dois questionamentos a respeito do fornecimento de Atestado Médico:

1) Atestado a um dos genitores de criança doente, para que possam prestar os necessários cuidados domiciliares no período crítico da doença de seus filhos, alegando a consulente que este atestado poderia vir a contribuir para demissão do trabalho dos pais da criança doente;

2) Pressões familiares para que crianças com quadro febril de etiologia a esclarecer retornem à creche/escola pelo fato de não poderem permanecer dando-lhes assistência domiciliar ou deixá-las sob cuidados de outrem, insistindo em não aceitar o atestado de afastamento da criança e não entendendo que com essa atitude estarão expondo os demais freqüentadores da creche/escola ao risco de eventual doença infecto-contagiosa.

Ambos os questionamentos deve-se frizar que cabe ao médico zelar pela saúde do ser humano e da coletividade conforme reza o Artigo 1º do Código de Ética Médica (“ A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”).

Frente a suspeita de um quadro infecto-contagioso cabe ao médico informar ao doente, ou ao seu responsável, os riscos de eventual contágio aos circunstantes e as conseqüências disso à comunidade. Cabe salientar que as recomendações de cuidados e terapêutica expectante nos casos em que o diagnóstico ainda não pode ser concretizado, devem ser feitas de maneira a permitir bom entendimento dos doentes ou responsáveis, conscientizando-os das co-responsabilidades no período de observação evolutiva de cada quadro.

Perante fatos concretos que trazem ao médico decisão de solicitar específicos cuidados domiciliares pelos responsáveis aos doentes, o atestado médico de afastamento do trabalho para este mister, não poderá ser contestado por ninguém que seja.

Vale lembrar que, no atestado documental preservado deve ser o segredo profissional, confirma dita o Código de ética Médica em seus artigos 103 (“É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de valiar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente” e 117 “É vedado ao médico elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal”).

CONCLUSÃO

Atestar a necessidade de afastamento de creche/escola por motivo de doença infecto-contagiosa é dever do médico perante o doente e a comunidade e, não havendo entendimento destes aspectos pela clientela ou seus responsáveis, necessário é a comunicação do fato às autoridades sanitárias.

Por ser o atestado médico considerado documento de fé pública, deve ser aceito por empresas públicas e privadas. Atestado que especifique a necessidade e o período de especial atenção domiciliar ao doente não se presta, legalmente, a consubstanciar motivo de demissão do funcionário que designado foi a tal.

É o parecer.

Curitiba, 19 de junho de 2006.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo Consulta CRMPR N°. 134 /2006
Parecer CRMPR N° 1850/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 02/07/2007

CASTRACÃO QUÍMICA EM PEDÓFILO PASSARÁ POR SINDICÂNCIA

INVESTIGAÇÃO

SÃO PAULO - *O Conselho Regional de Medicina de São Paulo decidiu abrir sindicância para apurar o uso de injeções de hormônios femininos em pedófilos tratados no Ambulatório de Transtornos de Sexualidade da Faculdade de Medicina do ABC, em Santo André. O órgão médico não tinha registro de que a terapia, popularmente conhecida como “castração química”, fosse aplicada no país. O tratamento reduz o desejo sexual e prejudica as ereções. Só é aplicado com o consentimento do paciente que não responde a outros remédios, como antidepressivos. Segundo o primeiro secretário do conselho, Reinaldo Azevedo, o órgão quer verificar se o psiquiatra Danilo Baltieri, responsável pelo ambulatório, baseou-se em evidências científicas.*

Transcrito da Gazeta do Povo, 17/10/2007.

TABELA AMB E A CLASSIFICAÇÃO CBHPM

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Listas de portes e valores por parte das Associações Médicas – Não existe nenhuma listagem de procedimentos adotadas pelas instituições, mas uma miscelânea de atos e valores que atendem apenas aos interesses das Operadoras de Saúde – A CBHPM é um novo conceito no referencial médico, alterando os princípios dos entendimentos e negociações.

Palavras-chave: tabela, classificação hierarquizada, AMB, CBHPM, remuneração, procedimentos, operadoras de saúde, CADE

AMB CHART AND THE CBHPM CLASSIFICATION

Key words: table, hierarchical classification, AMB, CBHPM, remuneration, procedures, health operators, CADE

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente, Sra. Anizia Horodenski, Diretora Administrativa da OPPAS- Consaúde, encaminha consulta com o seguinte teor:

“Vimos através da presente solicitar à V. S^a, informações relacionadas à remuneração nos procedimentos abaixo:

Patologia Clínica: São exames anatomopatológicos de biópsia ou peças cirúrgicas, remunerada pela tabela AMB 92 e 96 para cada exame. Solicitamos um parecer vosso sobre essa forma de remuneração.

Anestesiologia: Com relação a esta especialidade os honorários são pagos conforme tabela e porte da cirurgia. A Operadora deve pagar a consulta pré-anestésica em consultório, mesmo este pagamento estando previsto junto aos honorários da cirurgia conforme elenca redação da página 28 da tabela AMB 92, que prevê no ato anestésico a avaliação do paciente no pré operatório. Com a liberação desta consulta ocorrerá a duplicidade de pagamento.

Pela atenção e compreensão agradecemos”.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atenção à solicitação tenho a aduzir:

1- O CADE, órgão do Ministério da Justiça já algum tempo determinou pela não legitimidade das listas de portes e valores por parte das Associações Médicas, caracterizando em sua ótica a existência de processo de cartelização. Portanto, julgo como improcedente a terminologia adotada por VS.

2-Não existe nenhuma listagem de procedimentos adotadas pelas instituições. O que há, é uma miscelânea de atos e valores que atendem apenas aos interesses das Operadoras de Saúde.

3- A Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos, em 2003, após três anos de estudos e análises com as Sociedades de Especialidades Médicas e a FIPE, lançou a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, rol totalmente ético, que contempla todas as especialidades e remunera de forma digna os serviços profissionais e que dá ao cidadão o respeito, justiça e isonomia com relação as possibilidades de assistência a sua saúde. A CBHPM é um novo conceito no referencial médico, alterando os princípios dos entendimentos e negociações. O seu caráter ético, respaldado pela idoneidade das Sociedades de Especialidade, permite à população a identificação dos procedimentos cientificamente comprovados. Torna transparente a conduta dos profissionais atuantes na área da medicina, garantindo e contemplando as relações com as empresas intermediadoras do setor, surge também como um direito básico do consumidor, pois preserva a qualidade no atendimento médico, garante segurança, respeito e dignidade à saúde de todos nós cidadãos brasileiros.

4 – Dentro da Anatomia Patológica a remuneração de biópsias e peças cirúrgicas por portes (complexidade da análise), dos custos necessários para sua elaboração (custo operacional) e, eventualmente, de porte anestésico nos casos de punções.

5 – Os portes anestésicos são em número de oito, tendo correlação com os portes em sua escala hierarquizada, sendo que a sua consulta pré-anestésica é ato totalmente individualizado e diferente do momento cirúrgico, portanto deverá ser remunerado em separado do ato operatório. Para que se torne clara esta determinação, a consulta pré- anestésica é aquela realizada com antecedência de alguns dias do momento cirúrgico propriamente dito.

É o parecer.

Curitiba, 29 de junho de 2007.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo Consulta CRMPR N°. 060 /2007
Parecer CRMPR N° 1853/2007
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 02/07/2007

OS HONORÁRIOS DOS ANESTESIOLOGISTAS, SUAS NORMAS E A RELAÇÃO COM A EQUIPE

Roseni Teresinha Florêncio*

EMENTA - O anestesista tem o direito de combinar com o paciente sobre seus honorários médicos, independente dos outros profissionais médicos, que compõe a equipe cirúrgica. O anestesista deve realizar a consulta pré-anestésica, em todas as cirurgias de caráter eletivo. O anestesista tem o direito de receber o honorário referente à consulta pré-anestésica realizada. Os desacordos entre o anestesista e o cirurgião não podem, sob nenhuma forma, prejudicar o paciente. O diálogo e o respeito mútuo devem ser a melhor maneira de entendimento entre os profissionais médicos.

Palavras-chave: anestesia, honorários, normas de cobrança, relação com a equipe, direito de cobrança

ANESTHESIOLOGIST FEES, THEIR RULES AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE TEAM

Key words: anesthesia, fees, collection rules, relationship with the team, right of collection

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante médico, formula consulta com o seguinte teor:

“Boa tarde, conforme orientado semana passada pelo Departamento Jurídico do CRM, formalizo meu questionamento.

Gostaria de saber a posição do CRM quanto à cobrança de honorários da equipe médica.

Sou cirurgião ortopedista e ao combinar o valor da cirurgia com meu paciente, cobro proporcionalmente ao meu valor a taxa de 40% para o anestesista e 30% para o primeiro auxiliar. Semana passada, o anestesista do único hospital da cidade, me comunicou que não anestesiaria meus pacientes sem antes ele conversar com os mesmos pessoalmente e acertar seus honorários independente do meu.

Não acredito ser correta a postura do colega e já formalizei queixa junto ao Diretor Técnico do hospital e a administração.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

Além disso, recebi ontem uma carta dizendo ser obrigatório a consulta pré-anestésica dos pacientes eletivos, segundo Resolução do CFM 1802/06, e que o custo dessa é de R\$ 80,00.

Gostaria de saber se sendo obrigatória, devo então obrigar meu paciente a fazer esta consulta, mesmo aquele que já tem liberação do seu médico pessoal, com o risco de não ser anestesiado, conforme conversa informal com o colega ontem.

Aguardo resposta do CRM para que esta situação seja normatizada o quanto antes, e adianto que tanto a direção técnica e a administração do hospital estão também no aguardo.

Atenciosamente.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O médico deve exercer a sua profissão, baseando-se em princípios éticos e com o melhor de sua capacidade técnica, sempre lembrando que a Medicina é uma profissão, que deve ser exercida visando a saúde do ser humano, em sua plenitude.

É claro que o médico deve receber os honorários referentes ao exercício do seu trabalho, pois dele advém a sua sobrevivência e a de sua família.

Honorário médico é o valor do trabalho prestado pelo profissional ao paciente, mesmo quando esse valor é pago através de alguma operadora de plano de saúde.

A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa (Código de Ética Médica, Capítulo I, Princípios Fundamentais, artigo 3º).

Quando a ética nos fala que a Medicina não deve ser exercida como comércio, ela se refere ao fato de que o honorário deve ser justo, dentro do princípio do bom senso, levando-se em consideração todo o contexto do exercício profissional, aplicado a cada situação e a cada paciente. Ela pede que o médico não trabalhe por preços vis, no entanto, não extrapole valores, de forma extorsiva.

Outro ponto importante a ser considerado é a relação do médico com outros colegas médicos, pois não deve haver espírito mercantilista entre eles, de tal forma, que o médico não explore o trabalho de outro(s) médico(s), com a finalidade de obter lucro.

O Código de Ética médica cita no Capítulo VIII, Remuneração profissional:

1. No artigo 97: "É vedado ao médico reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

2. No artigo 100: "É vedado ao médico deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Nas situações em que o trabalho médico seja exercido em equipe, como ocorre nas equipes cirúrgicas, por exemplo, deve haver um entendimento harmonioso entre os colegas, para que todos possam exercer o seu trabalho com tranquilidade e, acima de tudo, com responsabilidade, sabendo que serão remunerados por ele e sem se sentirem explorados. Essa é a melhor maneira de a equipe se sustentar em bases honestas e justas. O grande beneficiado desse processo é e deverá sempre ser o paciente. Tudo, na verdade, deve ser feito em favor do paciente.

O anestesista é um profissional médico fundamental dentro do contexto da cirurgia; no entanto, deve ele ser preservado em sua autonomia, inclusive na fixação dos valores do seu trabalho. Não cabe, ao cirurgião, ou outro profissional, de forma alguma, determinar os valores a serem cobrados pelos atos praticados pelo anestesista.

O rompimento do relacionamento entre o anestesista e a equipe cirúrgica, sob nenhuma hipótese, poderá prejudicar o paciente.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) N° 1802/2006, que dispõe sobre a prática do ato anestésico, no artigo 1º, determina aos médicos anesthesiologistas que:

“I- Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anesthesiologista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar”.

No Parecer CFM N° 56/99 consta que “A avaliação pré-anestésica é direito do paciente e dever do médico anesthesiologista. As consultas anesthesiológicas realizadas em consultórios e/ou ambulatórios devem ser remuneradas, mantendo tratamento isonômico com os demais médicos”.

CONCLUSÃO

Dessa forma, buscando esclarecer as dúvidas do Consulente, respondo que:

1. O anestesista tem o direito de combinar com o paciente sobre os seus honorários médicos, independente dos outros profissionais médicos, que compõe a equipe cirúrgica.

2. Conforme Resolução do CFM, é direito do paciente e dever do anestesista realizar a consulta pré-anestésica, em todas as cirurgias de caráter eletivo. Essa consulta não depende da avaliação efetuada pelo médico pessoal do paciente.

3. O anestesista tem o direito de receber o honorário referente à consulta pré-anestésica realizada.

4. Os desacordos entre o anestesista e o cirurgião não podem, sob nenhuma forma, prejudicar o paciente.

5. O diálogo e o respeito mútuo devem ser a melhor maneira de entendimento entre os profissionais médicos.

É o parecer.

Curitiba, 28 de junho de 2007.

Roseni Teresinha Florêncio
Cons^a. Parecerista

Processo Consulta CRMPR N°. 040/2007

Parecer CRMPR N° 1851/2007

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 02/07/2007



1927 - OFTALMOLOGISTA VIENENSE EM CURITIBA

“Professor Ernest Fucks, Catedrático de Oftalmologia (ao centro) da Universidade de Viena, visitando o Hospital de Misericórdia de Curitiba, entre colegas médicos e estudantes. 1º de Maio de 1927.

Doação: Família. Álbum de fotografias do Prof. Alô Guimarães

Palavras-chave - fotografia, prof. Ernest Fucks, história da medicina, Museu de Medicina

Key-words - photography, prof. Ernest Fucks, medicine history, Medicine Museum

* Diretor do “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/Museu de História da Medicina](http://www.amp.com.org/Museu%20de%20Hist%C3%B3ria%20da%20Medicina).

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES.

NÚMEROS 93 À 96/2007

OBSERVAÇÕES

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou e-mail;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 à 56 estão a disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8 - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 9 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-Pr.

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>
Aborto					Acúmulo				
Anencefálica com 5 meses de idade	94	82	24	2007	Compatibilidade	93	24	24	2007
Argentina	93	29	24	2007	Funções médicas	93	24	24	2007
Bioética	93	52	24	2007	Legalidade e ética	93	24	24	2007
Católico	93	29	24	2007	Resolução CFM Nº 1342/1991	93	24	24	2007
Clandestino	93	52	24	2007	Acúmulo de funções				
Comentários	94	119	24	2007	Certificado de qualificação	95	166	24	2007
Dignidade à mãe	94	82	24	2007	Desempenho ético	94	85	24	2007
Impedimento na justiça	93	29	24	2007	Limite de responsabilidade	95	166	24	2007
Legalização	93	52	24	2007	Limite do técnico	95	166	24	2007
Lei sancionada	94	94	24	2007	Limite ético de função	94	85	24	2007
Portugal	93	52	24	2007	Radiologia	95	166	24	2007
Portugal	94	94	24	2007	Responsabilidade	94	85	24	2007
Procedimentos legais	94	94	24	2007	Resolução CFM Nº 1352/92	94	85	24	2007
Tribunal mineiro autoriza	94	82	24	2007	Resolução CFM Nº 1342/91	94	85	24	2007
Visão antropológica	94	119	24	2007	Albuquerque, Antonio Celso				
Abuso sexual					Cavalcanti de				
Histerectomia preventiva	93	52	24	2007	Artigo	93	26	24	2007
Paralisia cerebral	93	52	24	2007	Artigo	94	67	24	2007
Acompanhante em consulta					Artigo	95	163	24	2007
Assistente técnico	95	182	24	2007	Artigo	95	182	24	2007
Consulta médico-pericial	95	182	24	2007	Artigo	96	230	24	2007
Exame médico-pericial	95	182	24	2007	Alexandre Gustavo Bley				
Interferência no ato	95	182	24	2007	Artigo	93	30	24	2007
Médico assistente	95	182	24	2007	Artigo	94	73	24	2007
Presença de terceiro	95	182	24	2007	Artigo	94	81	24	2007
Segurança	95	182	24	2007	Artigo	95	184	24	2007
Acordo interno					Alô Guimarães				
Administração	95	163	24	2007	Museu de medicina	93	60	24	2007
Ambulatório	95	163	24	2007	Alta hospitalar				
Assembleia	95	163	24	2007	Análise individual	94	63	24	2007
Encargos	95	163	24	2007	Autonomia do paciente	94	63	24	2007
Entidade jurídica	95	163	24	2007	Capacidade de decidir	94	63	24	2007
Integração	95	163	24	2007	Criança	94	63	24	2007
Internação	95	163	24	2007	Doença psiquiátrica	94	63	24	2007
Intra hospitalar	95	163	24	2007	Norma	94	63	24	2007
Relacionamento	95	163	24	2007	Pedido	94	63	24	2007
Serviços	95	163	24	2007	Perigo de vida	94	63	24	2007
Tercerização	95	163	24	2007	Recusa de internação	94	63	24	2007
Termo de ajuste interno	95	163	24	2007	Registro em prontuário	94	63	24	2007
Parceria	95	163	24	2007	Responsabilidade médica	94	63	24	2007

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>
Alto custo					Assembléia				
Comprovações clínicas	96	187	24	2007	Administração	95	163	24	2007
Direito a tratamento	96	187	24	2007	Ata	95	163	24	2007
Medicação	96	187	24	2007	Contrato	95	163	24	2007
Obrigação governamental	96	187	24	2007	Encargos	95	163	24	2007
Prescrição ética	96	187	24	2007	Pareceria	95	163	24	2007
Amorim, Edilberto					Regimento interno	95	163	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Termo de ajuste	95	163	24	2007
Anencefalia					Assinatura médica				
Aborto	94	82	24	2007	Ato médico	94	71	24	2007
5º mês de idade	94	82	24	2007	Cirurgia	94	71	24	2007
5 meses de vida	94	84	24	2007	Inclusão irregular de nome	93	71	24	2007
Dignidade à mãe	94	84	24	2007	Médico assistente	94	71	24	2007
Minas Gerais	94	84	24	2007	Assistência pós operatória				
Tribunal autoriza aborto	94	84	24	2007	Honorários	94	107	24	2007
Anestesiologista					Plantão hospitalar	94	107	24	2007
Código Ética médica, art. 97	96	239	24	2007	Responsabilidade do médico assistente	94	107	24	2007
Entendimento prévio	96	239	24	2007	Assistente técnico				
Equipe	96	239	24	2007	Perícia médica	96	217	24	2007
Honorário	96	239	24	2007	Resolução CFM N° 1810/2006	96	217	24	2007
Norma	96	239	24	2007	Assistente técnico pericial				
Parecer CFM N° 56/99	96	239	24	2007	Exame médico-pericial	95	182	24	2007
Resolução CFM N° 1802/06	96	239	24	2007	Interferência	95	182	24	2007
Anestesiata					Presença de terceiro	95	182	24	2007
Condenação	95	167	24	2007	Ata de resoluções				
Condenação à pena máxima	94	72	24	2007	Acordo interno	95	163	24	2007
Contaminação de paciente	94	72	24	2007	Administração	95	163	24	2007
Contaminou pacientes	95	167	24	2007	Ambulatório	95	163	24	2007
Hepatite C	94	72	24	2007	Assembléia	95	163	24	2007
Hepatite C	95	167	24	2007	Condições	95	163	24	2007
Indenização	95	167	24	2007	Contrato	95	163	24	2007
Viciado	94	72	24	2007	Encargos	95	163	24	2007
Angiologia					Entidade jurídica	95	163	24	2007
Confusão AMB	94	73	24	2007	Integração	95	163	24	2007
Doppler vascular	94	73	24	2007	Interação	95	163	24	2007
Titulação	94	73	24	2007	Regimento interno	95	163	24	2007
Anorexígeno					Relacionamento	95	163	24	2007
Dosagem	94	65	24	2007	Serviços	95	163	24	2007
Femproporex	94	65	24	2007	Terceirização	95	163	24	2007
Monodroga	94	65	24	2007	Termo de ajuste e parceria	95	163	24	2007
Resolução CFM N° 1477/97	94	65	24	2007	Atenção ao paciente crítico				
Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque					Plano hospitalar	95	129	24	2007
Artigo	93	26	24	2007	Política nacional	95	129	24	2007
Artigo	94	67	24	2007	Portaria MS 1071, 04/07/05	95	129	24	2007
Artigo	95	163	24	2007	Unidades pediátricas	95	129	24	2007
Artigo	95	182	24	2007	Vaga hospitalar	95	129	24	2007
Artigo	96	230	24	2007	Atendimento clínico				
Anvisa					Assistente plantonista	94	107	24	2007
Eliminar gordura localizada	96	229	24	2007	Consentimento familiar	94	107	24	2007
Não libera ultrassom	96	229	24	2007	Hospital psiquiátrico	94	107	24	2007
Anvisa alerta					Responsabilidade do hospital e médico	94	107	24	2007
Auto-hemoterapia proibida	94	117	24	2007	Transferência	94	107	24	2007
Falta de comprovação científica	94	117	24	2007	Urgência/emergência	94	107	24	2007
Vigilância sanitária	94	117	24	2007	Atendimento multidisciplinar				
Arthur Otto Schwab					Assistência domiciliar	95	168	24	2007
Museu de medicina	95	186	24	2007	Internação domiciliar	95	168	24	2007
Artigo					Óbito	95	168	24	2007
Aptidão física	93	30	24	2007	Resolução CFM N° 1671/03	95	168	24	2007
Atestado médico	93	28	24	2007	Responsabilidade	95	168	24	2007
Curso de socorrista	93	35	24	2007	Atestado médico				
Filmagem	93	19	24	2007	Afastamento de atividade	96	234	24	2007
Fototeca	93	60	24	2007	Assistência médica ao trabalhador	96	217	24	2007
Funções médicas	93	24	24	2007	Condição de aptidão para cirurgia	93	31	24	2007
Medicação de alto custo	96	187	24	2007	Documento	96	234	24	2007
Morrer	93	01	24	2007	Fé pública	96	234	24	2007
Morte	93	01	24	2007	Especialidade	93	31	24	2007
Paciente incurável terminal	93	13	24	2007	Justificativa	96	234	24	2007
Prontuário	93	26	24	2007	Parecer CFM N° 28/1987	93	31	24	2007
Protocolos clínicos	93	46	24	2007	Resolução CFM N° 1658/2002	96	217	24	2007
Prova terapêutica	93	32	24	2007	Resolução CFM N° 1488/1998	96	217	24	2007
Ver publicação	00	00	00	00	Responsabilidade do emissor	93	31	24	2007
Ver Trabalho	00	00	00	00	Sonegação de informação	96	217	24	2007
Visita hospitalar	93	20	24	2007					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Athandásio, Rodrigo					Capacidade de decisão				
Artigo	93	01	24	2007	Alta a pedido	94	63	24	2007
Ato cirúrgico					Criança	94	63	24	2007
Assinatura do ato	94	71	24	2007	Doente psiquiátrico	94	63	24	2007
C.E.M. artigo 33 e 88	94	71	24	2007	Recusa de internação	94	63	24	2007
Descrição	94	71	24	2007	Responsabilidade	94	63	24	2007
Inclusão irregular de nome	94	71	24	2007	Carlos Edmundo Rodrigues Fontes				
Responsabilidade ética/legal	94	71	24	2007	Artigo	94	109	24	2007
Resolução CFM N° 1490/1998	94	71	24	2007	Carlos Ehlke Braga Filho				
Auto-hemoterapia					Artigo	95	175	24	2007
Anvisa alerta médicos	94	116	24	2007	Artigo	95	180	24	2007
Anvisa alerta médicos	94	117	24	2007	Artigo	96	215	24	2007
Falta de comprovação científica	94	117	24	2007	Castração química				
Fiscalização	94	116	24	2007	Consentimento	96	236	24	2007
Não há comprovação científica	94	116	24	2007	Ética	96	236	24	2007
Procedimento legal	94	116	24	2007	Injeção de hormônio feminino	96	236	24	2007
Sociedade de Hemoterapia e Hematologia	94	116	24	2007	Pedófilo	96	236	24	2007
Vigilância sanitária	94	116	24	2007	Cautelar				
Autonomia					Interdição	96	211	24	2007
Alta	94	63	24	2007	Resolução CFM N° 1789/2006	96	211	24	2007
Consulta médica	94	61	24	2007	Cauterização				
Intervalo inter consulta	94	61	24	2007	Ácido nítrico	96	213	24	2007
Médica	94	61	24	2007	Ato médico	96	213	24	2007
Paciente	94	63	24	2007	Podologia	96	213	24	2007
Responsabilidade	94	61	24	2007	Verruga	96	213	24	2007
Autonomia médica					Cauterização de verruga				
Cirurgia estética	94	81	24	2007	Ácido nítrico	94	111	24	2007
Cirurgia não indicada	94	81	24	2007	Ato médico	94	111	24	2007
Azevedo, Marco Antonio Oliveira de					Ato não cosmético	94	111	24	2007
Artigo	94	187	24	2007	Censo podólogo	94	111	24	2007
Beleza					Podólogo técnico	94	111	24	2007
Medicina estética	95	155	24	2007	Célia Inês Burgardt				
Resolução CFM N° 1701/2003	95	155	24	2007	Artigo	94	69	24	2007
Sem especialidade	95	155	24	2007	Artigo	94	98	24	2007
Sem publicidade	95	155	24	2007	Cirurgia				
Sem residência	95	155	24	2007	Assinatura do ato	94	71	24	2007
Bertol, Romeu					Ato médico	94	71	24	2007
Artigo	93	28	24	2007	Autonomia médica	94	81	24	2007
Artigo	94	71	24	2007	Auxiliar de cirurgia	94	71	24	2007
Artigo	94	77	24	2007	Cirurgia estética	94	81	24	2007
Artigo	95	173	24	2007	Cirurgião	94	71	24	2007
Bessa, Marco Antonio do S.M. Ribeiro					Descrição de procedimento	94	71	24	2007
Artigo	94	101	24	2007	Inclusão irregular de nome	94	71	24	2007
Bley, Alexandre Gustavo					Não indicada	94	81	24	2007
Artigo	93	30	24	2007	Responsabilidade ética/legal	94	71	24	2007
Artigo	94	73	24	2007	Cirurgião				
Artigo	94	81	24	2007	Assistência pós operatória	94	107	24	2007
Artigo	95	184	24	2007	Honorários	94	107	24	2007
Boaventura, Camila					Plantão hospitalar	94	107	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Responsabilidade do médico assistente	94	107	24	2007
Braga Filho, Carlos Ehlke					Turnos de 24 horas semanais	94	107	24	2007
Artigo	95	175	24	2007	Classificação				
Artigo	95	180	24	2007	Procedimentos	96	237	24	2007
Artigo	96	215	24	2007	Cobrança				
Burgardt, Célia Inês					Anestesiistas	96	239	24	2007
Artigo	94	69	24	2007	Entendimento prévio	96	239	24	2007
Artigo	94	98	24	2007	Equipe	96	239	24	2007
Burkiewicz, Raquela Rotta					Honorário	96	239	24	2007
Artigo	94	107	24	2007	Resolução CFM N° 1802/06	96	239	24	2007
CBHPM					Código Internacional de Doenças (CID)				
AMB	96	237	24	2007	Agência Nacional de Saúde				
CADE	96	237	24	2007	Suplementar	94	113	24	2007
Procedimento	96	237	24	2007	Empresas operadoras de saúde	94	113	24	2007
Remuneração	96	237	24	2007	Impedimento de solicitar CID	94	113	24	2007
Tabela médica	96	237	24	2007	Realização de exames e consultas	94	113	24	2007
Caio Nunes					Representação CREMERJ	94	113	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Coletor de sangue				
Camila Boaventura					Exame complementar	94	95	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Gasometria arterial	94	95	24	2007
Campos, Marília Cristina Milano					Interface médico/enfermeira	94	95	24	2007
Artigo	95	158	24	2007	Sangue arterial	94	95	24	2007
Artigo	96	232	24	2007	Comissão de Ética Médica Hospitalar				
Capa de livro					Acesso por cooperativa, Unimed e plano de saúde	93	26	24	2007
Encadernação com pele humana	93	31	24	2007	Prontuário médico	93	26	24	2007

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Comissão hospitalar					Cooperativa médica				
Paciente crítico	95	129	24	2007	Acesso à prontuário médico	93	26	24	2007
Plano de atenção	95	129	24	2007	Criança				
Portaria MS 1071, 04/07/05	95	129	24	2007	Alta hospitalar	94	63	24	2007
Comprovação clínica					Capacidade de decidir	94	63	24	2007
Comprovações clínicas	96	187	24	2007	Pedido de alta	94	63	24	2007
Direito e obrigação	96	187	24	2007	Recusa de internação	94	63	24	2007
Medicação de alto custo	96	187	24	2007	Responsabilidade	94	63	24	2007
Medicina baseada em evidências	96	187	24	2007	Crime				
Compulsória					Propaganda de remédio	93	56	24	2007
Doença de notificação	94	69	24	2007	Curso de Podologia				
Laboratório	94	69	24	2007	Ácido nítrico	94	111	24	2007
Médico	94	69	24	2007	Ato médico	94	111	24	2007
Responsabilidade	94	69	24	2007	Ato não cosmético	94	111	24	2007
Vigilância epidemiológica	94	69	24	2007	Cauterização de verruga	94	111	24	2007
Conclusão de curso					Técnico	94	111	24	2007
Registro no CRM	96	230	24	2007	Curso de socorrista				
Registro no MEC	96	230	24	2007	Atendimento	93	35	24	2007
Conflito de interesse					Competência	93	35	24	2007
Cooperativo	96	215	24	2007	Emergência	93	35	24	2007
Relação social	96	215	24	2007	Fundamentação	93	35	24	2007
Consulta médica					Limitação	93	35	24	2007
Autonomia médica	94	61	24	2007	Normas CFM	93	35	24	2007
Humanização	94	61	24	2007	Portaria MS 2048/2002	93	35	24	2007
Intervalo inter consulta	94	61	24	2007	Resolução CFM N° 1671/2003	93	35	24	2007
Responsabilidade ética/penal	94	61	24	2007	Restrição	93	35	24	2007
Tempo de atendimento	94	61	24	2007	Declaração médica				
Triagem ou diagnóstica	94	61	24	2007	Atestado médico	96	234	24	2007
Consulta médico-pericial					Fé pública	96	234	24	2007
Assistente técnico	95	182	24	2007	Justificativa	96	234	24	2007
Médico assistente	95	182	24	2007	Respeito a legislação	96	234	24	2007
Presença de terceiro	95	182	24	2007	Desconto				
Contaminação					Antiético	94	91	24	2007
Anestésista	94	72	24	2007	Fator redutor	94	91	24	2007
Enfermaria coletiva	94	98	24	2007	Honorário médico	94	91	24	2007
Hepatite C	94	72	24	2007	Resolução CFM N° 29/2000	94	91	24	2007
HIV positivo	94	98	24	2007	Resolução CFM N° 1642/2002	94	91	24	2007
Internação	94	98	24	2007	Descrição				
Paciente psiquiátrico	94	98	24	2007	Assinatura médica	94	71	24	2007
Revelação de diagnóstico	94	98	24	2007	Ato cirúrgico	94	71	24	2007
Contrato					Inclusão irregular de nome	94	71	24	2007
Acordo interno	95	163	24	2007	Responsabilidade médica	94	71	24	2007
Administração	95	163	24	2007	Desfibrilador				
Ambulatório	95	163	24	2007	Automático externo	94	105	24	2007
Assembléia	95	163	24	2007	Legislação	94	105	24	2007
Condições	95	163	24	2007	Lei estadual n° 14427, 07/06/2004	94	105	24	2007
Encargos	95	163	24	2007	Ofício Min. Público n° 2293/04	94	105	24	2007
Entidade jurídica	95	163	24	2007	Parada cardíaca	94	105	24	2007
Integração	95	163	24	2007	Qualificação técnica	94	105	24	2007
Internação	95	163	24	2007	Treinamento	94	105	24	2007
Intra hospitalar	95	163	24	2007	Uso	94	105	24	2007
Parceria	95	163	24	2007	Direito à saúde				
Regimento interno	95	163	24	2007	Alto custo	96	187	24	2007
Relacionamento	95	163	24	2007	Comprovações clínicas	96	187	24	2007
Serviços	95	163	24	2007	Medicação	96	187	24	2007
Terceirização	95	163	24	2007	Obrigação governamental	96	187	24	2007
Termo de ajuste interno	95	163	24	2007	Prescrição ética	96	187	24	2007
Cooperado					Direito de morrer				
Abuso de poder	96	215	24	2007	Distanásia	95	179	24	2007
Auditoria	96	215	24	2007	Doença incurável	95	179	24	2007
Conflito administrativo	96	215	24	2007	Doença terminal	95	179	24	2007
Conflito de interesse	96	215	24	2007	Eutanásia	95	179	24	2007
Dano	96	215	24	2007	Morrer com dignidade	95	179	24	2007
Desvio de clientela	96	215	24	2007	Direito de terapia				
Prejuízo	96	215	24	2007	Médico	94	114	24	2007
Relação com Cooperativa	96	215	24	2007	Paciente	94	114	24	2007
Cooperativa					Direito do paciente				
Abuso de poder	96	215	24	2007	Agência Nacional de Saúde Suplementar	94	114	24	2007
Auditoria	96	215	24	2007	Escolha da terapia é do médico	94	114	24	2007
Conflito administrativo	96	215	24	2007	Não compete ao plano de saúde	94	114	24	2007
Conflito de interesse	96	215	24	2007	Diretoria CRMPR				
Dano	96	215	24	2007	Período 2007/2008	93	23	24	2007
Desvio de clientela	96	215	24	2007					
Prejuízo	96	215	24	2007					
Relação com cooperado	96	215	24	2007					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Distanásia					Ehrenfried Othmar Wittig				
Doença incurável	93	13	24	2007	Artigo	94	60	24	2007
Ética	93	13	24	2007	Artigo	93	124	24	2007
Eutanásia	93	13	24	2007	Artigo	96	242	24	2007
Internação domiciliar	95	168	24	2007	Artigo	95	186	24	2007
Limite de atuação	93	13	24	2007	Endereço				
Morte	93	13	24	2007	Comunicação	93	45	24	2007
Morte	95	179	24	2007	Legislação	93	45	24	2007
Paciente terminal	93	13	24	2007	Mudança	93	45	24	2007
Paciente terminal	95	179	24	2007	Obrigação	93	45	24	2007
Qualidade de vida	93	13	24	2007	Enfermeiro				
Recusa terapêutica	93	13	24	2007	Bioquímico	94	95	24	2007
Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007	Resolução CR Farmac. e Biol.	94	95	24	2007
Distrofia muscular progressiva					Resolução CRM N° 1582/99	94	95	24	2007
Cuidado permanente	95	168	24	2007	Parecer CFM N° 51/99	94	95	24	2007
Distanásia	95	168	24	2007	Resolução Normativa CF				
Espanha	93	17	24	2007	Química N° 99, 09/12/86	94	95	24	2007
Internação domiciliar	95	168	24	2007	Equipe				
Óbito	95	168	24	2007	Acordo prévio	96	239	24	2007
Solicitar eutanásia	93	17	24	2007	Cobrança	96	239	24	2007
Tratamento domiciliar	95	168	24	2007	Honorário	96	239	24	2007
Ventilação mecânica	95	168	24	2007	Erro				
Documento					Diagnóstico	93	25	24	2007
Afastamento de atividade	96	234	24	2007	Indenização	93	25	24	2007
Atestado médico	96	234	24	2007	Laboratório	93	25	24	2007
Fé pública	96	234	24	2007	Especialista				
Filmaagem	93	20	24	2007	Assinatura de laudo	96	232	24	2007
Fotografia	93	20	24	2007	Contrato	95	163	24	2007
Reconhecimento da verdade	96	234	24	2007	Dificuldade de integração	95	163	24	2007
Doença					Em hospital	95	163	24	2007
Autonomia	93	13	24	2007	Radiologia	96	232	24	2007
Distanásia	93	13	24	2007	Regimento interno	95	163	24	2007
Eutanásia	93	13	24	2007	Relacionamento	95	163	24	2007
Incurável	93	13	24	2007	Terceirização	95	163	24	2007
Limites procedimento	93	13	24	2007	Estética				
Limites terapêutica	93	13	24	2007	Medicina	95	155	24	2007
Morte e morrer	93	13	24	2007	Resolução CFM N° 1701/2003	95	155	24	2007
Recusa terapêutica	93	13	24	2007	Sem anúncio	95	155	24	2007
Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007	Sem especialidade	95	155	24	2007
Suicídio assistido	93	13	24	2007	Sem residência	95	155	24	2007
Terminal	93	13	24	2007	Ética				
Doença de notificação					Autonomia	93	13	24	2007
Compulsória	94	69	24	2007	Complementação diagnóstica	95	184	24	2007
Laboratório	94	69	24	2007	Distanásia	93	13	24	2007
Médico	94	69	24	2007	Doença incurável	93	13	24	2007
Portaria n° 05/06 da Vigilância					Eutanásia	93	13	24	2007
Sanitária	94	69	24	2007	Indicação responsável	95	184	24	2007
Responsabilidade	94	69	24	2007	Laudo diagnóstico divergente	95	184	24	2007
Vigilância epidemiológica	94	69	24	2007	Morte e morrer	93	13	24	2007
Doença psiquiátrica					Paciente terminal	93	13	24	2007
Pedido de alta	94	63	24	2007	Paciente incurável	93	13	24	2007
Recusa de Internação	94	63	24	2007	Qualidade de vida	93	13	24	2007
Donizetti Dimer Giamberardino Filho					Radiologia	95	184	24	2007
Artigo	94	91	24	2007	Recusa terapêutica	93	13	24	2007
Doutor Morte					Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007
Deixa prisão	96	233	24	2007	Suicídio assistido	93	13	24	2007
Distanásia	96	233	24	2007	Suspender procedimento	93	13	24	2007
Dr. Jack Kevorkian	96	233	24	2007	Suspender tratamento	93	13	24	2007
Eutanásia	96	233	24	2007	Terminalidade de vida	93	13	24	2007
Ecografia					Teste terapêutico/diagnóstico	93	32	24	2007
Contrato de prestação	94	77	24	2007	Eutanásia				
Pagamento de honorário	94	77	24	2007	Associação Pró-eutanásia	93	17	24	2007
Radiologia	94	77	24	2007	Autonomia	93	13	24	2007
Recusa de convênio	94	77	24	2007	Autonomia	93	17	24	2007
Ectásia venosa					Caso de distrofia muscular				
Autonomia médica	94	77	24	2007	progressiva	93	17	24	2007
C.E.M. artigo 28/29/42	94	77	24	2007	Direito	93	56	24	2007
Cirurgia não indicada	94	77	24	2007	"Direito de morrer com				
Estética	94	77	24	2007	dignidade"	93	17	24	2007
Edilberto Amorim					Distanásia	93	13	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Distanásia	96	233	24	2007
					Doença incurável	93	13	24	2007
					Doutor morte	96	233	24	2007

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>
Eutanásia					Fé pública				
Dr. Jack Kevorkian	96	233	24	2007	Afastamento de atividade	96	234	24	2007
Ética	93	13	24	2007	Atestado	96	234	24	2007
Igreja católica nega	93	56	24	2007	Documento	96	234	24	2007
Igreja recusa enterro religioso	93	56	24	2007	Reconhecimento da verdade	96	234	24	2007
Internação hospitalar	95	168	24	2007	Femproporex				
Italiano acende debate	93	56	24	2007	Anorexígeno	94	65	24	2007
Médico desliga aparelho	93	56	24	2007	Dosagem oficial	94	65	24	2007
Morte	93	13	24	2007	Farmacopéia	94	65	24	2007
Morte	95	179	24	2007	Monodroga	94	65	24	2007
Morte digna	93	56	24	2007	Prescrição	94	65	24	2007
Paciente espanhola	93	17	24	2007	Resolução CFM N° 1477/97	94	65	24	2007
Paciente terminal	93	13	24	2007	Filmagem				
Paciente terminal	93	17	24	2007	CODAME	93	19	24	2007
Paciente terminal	93	56	24	2007	Consentimento expresso	93	19	24	2007
Paciente terminal	95	179	24	2007	Diretor clínico	93	19	24	2007
Paciente tetraplégico	93	56	24	2007	Documento	93	19	24	2007
Qualidade de vida	93	13	24	2007	Documento fotográfico	93	19	24	2007
Qualidade de Vida	93	56	24	2007	Hospital, ambulatório, consultório	93	19	24	2007
Recusa terapêutica	93	56	24	2007	Indenização	93	19	24	2007
Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007	Paciente	93	19	24	2007
Solicitar eutanásia	93	17	24	2007	Preservação de identidade	93	19	24	2007
Suicídio assistido	93	56	24	2007	Princípios éticos	93	19	24	2007
Exame laboratorial					Publicação	93	19	24	2007
Errado	94	90	24	2007	Pudor	93	19	24	2007
Indenização	94	90	24	2007	Resolução CRMPR N° 148/2006	93	19	24	2007
Sangue	94	90	24	2007	Responsabilidade ética e legal	93	19	24	2007
Exame médico-pericial					Fisioterapeuta				
Acompanhante em consulta	95	182	24	2007	Decisão judicial	94	87	24	2007
Assistente técnico	95	182	24	2007	Perito judicial	94	87	24	2007
Código de processo penal (art. 158)	95	175	24	2007	Florêncio, Roseni Terezinha				
Especialista	95	175	24	2007	Artigo	93	20	24	2007
Honorário	95	175	24	2007	Artigo	93	32	24	2007
Indicação judicial	95	175	24	2007	Artigo	93	34	24	2007
Interferência no ato	95	182	24	2007	Artigo	94	95	24	2007
Médico assistente	95	182	24	2007	Artigo	95	127	24	2007
Presença de terceiro	95	182	24	2007	Artigo	95	168	24	2007
Proibição	95	175	24	2007	Artigo	96	239	24	2007
Psiquiatria forense	95	175	24	2007	Fonoaudiólogo				
Segurança	95	182	24	2007	Decisão judicial	94	87	24	2007
Exame pelo SUS					Perito judicial	94	87	24	2007
Direito	95	173	24	2007	Fontes, Carlos Edmundo Rodrigues				
Médico particular	95	173	24	2007	Artigo	94	109	24	2007
Negação	95	173	24	2007	Formulário Padrão de Requisito				
Requisição particular	95	173	24	2007	Atestado médico	96	217	24	2007
Exame radiológico					Perito	96	217	24	2007
Complementação diagnóstica	95	184	24	2007	Preenchimento	96	217	24	2007
Indicação responsável	95	184	24	2007	Resolução CFM N° 1658/2002	96	217	24	2007
Laudo divergente	95	184	24	2007	Serviço público	96	217	24	2007
Exclusividade de atuação hospitalar					Sonegação de informação	96	217	24	2007
Acionista	95	180	24	2007	Fotografia				
Regimento interno hospitalar	95	180	24	2007	CODAME	93	19	24	2007
Resolução CFM N° 1481/97	95	180	24	2007	Consentimento expresso	93	19	24	2007
Ewaldal Von Rosen Seeling Stahlke					Diretor clínico	93	19	24	2007
Artigo	93	24	24	2007	Documento	93	19	24	2007
Artigo	94	79	24	2007	Filmagem	93	19	24	2007
Artigo	94	83	24	2007	Hospital, ambulatório, consultório	93	19	24	2007
Artigo	94	85	24	2007	Indenização	93	19	24	2007
Artigo	94	111	24	2007	Paciente	93	19	24	2007
Artigo	95	155	24	2007	Preservação de identidade	93	19	24	2007
Artigo	96	213	24	2007	Princípios éticos	93	19	24	2007
Farmácia					Publicação	93	19	24	2007
Indicação médica	94	103	24	2007	Pudor	93	19	24	2007
Fator redutor					Resolução CRMPR N° 148/2006	93	19	24	2007
Antiético	94	91	24	2007	Responsabilidade ética e legal	93	19	24	2007
Desconto	94	91	24	2007	Fototeca				
Honorário médico	94	91	24	2007	Coleção Alô Guimarães	93	60	24	2007
Resolução CFM N° 29/2000	94	91	24	2007	Coleção 1921-1927	93	60	24	2007
Resolução CFM N° 1642/2002	94	91	24	2007	História da Medicina	93	60	24	2007
Unimed	94	91	24	2007	Vida acadêmica e médica	93	60	24	2007

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Funções médicas					Incurável				
Acúmulo	93	24	24	2007	Distanásia	93	13	24	2007
Compatibilidade	93	24	24	2007	Eutanásia	93	13	24	2007
Legalidade e ética	93	24	24	2007	Paciente terminal	93	13	24	2007
Resolução CFM N° 1342/1991	93	24	24	2007	Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007
Giamberardino Filho, Donizetti Dimer					Suspender terapêutica	93	13	24	2007
Artigo	94	91	24	2007	Suicídio assistido	93	13	24	2007
Gordura localizada					Indenização				
Anvisa não libera	96	229	24	2007	Erro diagnóstico	93	25	24	2007
Ultrassom	96	229	24	2007	Exame de sangue	94	90	24	2007
Hanna Sobrinho, Miguel Ibraim Abboud					Exame de AIDS errado	94	90	24	2007
Artigo	94	63	24	2007	Laboratório	93	25	24	2007
Artigo	94	103	24	2007	Negligência	96	216	24	2007
Artigo	95	166	24	2007	Previsão	96	216	24	2007
Hélcio Bertolozzi Soares					Responsabilidade hospitalar	96	216	24	2007
Artigo	96	237	24	2007	Suicídio	96	216	24	2007
Hemoterapia					Indicação de farmácia				
Anvisa alerta médicos	94	116	24	2007	Ato antiético	94	103	24	2007
Auto-hemoterapia	94	116	24	2007	CEM Art. 10 e art. 98	94	103	24	2007
Comprovação científica	94	116	24	2007	Indicação de laboratório	94	103	24	2007
Histerectomia preventiva					Médico cooperado	94	103	24	2007
Abuso sexual	93	52	24	2007	Recomendação de	94	103	24	2007
Paralisia cerebral	93	52	24	2007	Unimed do interior	94	103	24	2007
História da medicina					Indicação de laboratório				
Álbum Alô Guimarães	93	60	24	2007	Ato antiético	94	103	24	2007
Arthur Otto Schwab (1926)	95	186	24	2007	CEM Art. 10 e art. 98	94	103	24	2007
Balança analítica de					Indicação de farmácia	94	103	24	2007
precisão de 1940	94	124	24	2007	Médico	94	103	24	2007
Carteira de Identidade					Integração				
Acadêmica	95	186	24	2007	Contrato	95	163	24	2007
Ehrenfried Othmar Wittig	93	60	24	2007	Em hospital	95	163	24	2007
Ehrenfried Othmar Wittig	96	242	24	2007	Entre especialistas	95	163	24	2007
Fototeca	93	60	24	2007	Regimento interno	95	163	24	2007
Prof. Ernest Fucks (1927)	96	242	24	2007	Relacionamentos	95	163	24	2007
Visita de oftalmologista	96	242	24	2007	Terceirização	95	163	24	2007
Homicídio					Internação				
Colocação de fogo	94	100	24	2007	Confirmação de vaga	95	127	24	2007
Médicos acusados	94	100	24	2007	Paciente crítico	95	127	24	2007
Tentativa	94	100	24	2007	Política nacional	95	127	24	2007
Vítima estudante	94	100	24	2007	Portaria MS 1071, 04/07/05	95	127	24	2007
Homossexual					Solicitação prévia	95	127	24	2007
Vaticano afasta sacerdote	96	230	24	2007	UTI	95	127	24	2007
Honorário					Vaga prévia	95	127	24	2007
Acordo prévio	96	239	24	2007	Internação domiciliar				
Anestesiologista	96	239	24	2007	Atendimento pré-hospitalar	95	168	24	2007
Atendimento clínico	94	107	24	2007	Cuidado permanente	95	168	24	2007
Código Ética médica, art. 97	96	239	24	2007	Distrofia muscular progressiva	95	168	24	2007
Equipe	96	239	24	2007	Óbito	95	168	24	2007
Hospital psiquiátrico	94	107	24	2007	Prontuário médico	95	168	24	2007
Norma	96	239	24	2007	Ventilação mecânica	95	168	24	2007
Parecer CFM N° 56/99	96	239	24	2007	Interdição cautelar				
Resolução CFM N° 1802/06	96	239	24	2007	Exercício profissional	96	211	24	2007
Honorário médico					Resolução CFM N° 1789/2006	96	211	24	2007
Desconto	94	91	24	2007	luri Neville				
Ética	94	91	24	2007	Artigo	93	01	24	2007
Fator redutor	94	91	24	2007	Jack Kevorkian				
Resolução CFM N° 29/2000	94	91	24	2007	Direito	96	233	24	2007
Resolução CFM N° 1642/2002	94	91	24	2007	Distanásia	96	233	24	2007
Hospital Psiquiátrico					Doutor morte	96	233	24	2007
Assistente plantonista	94	107	24	2007	Eutanásia	96	233	24	2007
Atendimento clínico	94	107	24	2007	Sai da prisão	96	233	24	2007
Consentimento familiar	94	107	24	2007	Julián Marias				
Responsabilidade	94	107	24	2007	Artigo	94	119	24	2007
Transferência	94	107	24	2007	Justificativa				
Urgência/emergência	94	107	24	2007	Afastamento de atividade	96	234	24	2007
Humanização médica					Atestado	96	234	24	2007
Autonomia médica	94	61	24	2007	Documento	96	234	24	2007
Consulta	94	61	24	2007	Fé pública	96	234	24	2007
Responsabilidade	94	61	24	2007	Reconhecimento de verdade	96	234	24	2007
					Respeito a legislação	96	234	24	2007
					Kastrup, Mônica de Biase Wright				
					Artigo	94	65	24	2007

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Laboratório					Médico				
Compulsório	94	69	24	2007	Colocação de fogo	94	100	24	2007
Doença de notificação	94	69	24	2007	Queimado	94	100	24	2007
Exame de sangue	94	90	24	2007	Sorocaba	94	100	24	2007
Exame de AIDS errado	94	90	24	2007	Tentativa de homicídio	94	100	24	2007
Indenização	94	90	24	2007	Vítima estudante	94	100	24	2007
Indicação médica	94	103	24	2007	Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho				
Portaria nº 05/06 da Vigilância Epidemiológica	94	69	24	2007	Artigo	94	63	24	2007
Laudo de exame					Artigo	94	103	24	2007
Densitometria	94	77	24	2007	Artigo	95	166	24	2007
Exame de imagem	94	77	24	2007	Ministério Público do Paraná				
Observação	94	77	24	2007	Alternativa de fármaco	93	46	24	2007
Recomendação/sugestão	94	77	24	2007	Diretriz terapêutica	93	46	24	2007
Repetição como controle	94	77	24	2007	Obrigação médica	93	46	24	2007
Repetição para esclarecimento	94	77	24	2007	Protocolo médico	93	46	24	2007
Sugerir outro complemento	94	77	24	2007	Recomendação administrativa N° 11/2006	93	46	24	2007
Ultrassonografia	94	77	24	2007	Secretaria de Estado da Saúde	93	46	24	2007
Laudo diagnóstico					Secretaria Municipal da Saúde	93	46	24	2007
Imagem	96	232	24	2007	Mônica de Biase Wright Kastrop				
Radiologia	96	232	24	2007	Artigo	94	65	24	2007
Recomendação de especialização	96	232	24	2007	Monografia premiada 2007				
Responsabilidade	96	232	24	2007	Arq Cons Reg Med do PR	93	01	24	2007
Título de especialista	96	232	24	2007	Concurso CRM/PR	93	60	24	2007
Laudo radiológico					Marco A. O. Azevedo	96	187	24	2007
Complementação diagnóstica	95	184	24	2007	Medicação de alto custo	96	187	24	2007
Divergente	95	184	24	2007	Morte/morrer	93	60	24	2007
Ética	95	184	24	2007	Morrer				
Indicação responsável	95	184	24	2007	Artigo	93	01	24	2007
Sugerir complementação de exame	95	184	24	2007	Atitude acadêmica	93	01	24	2007
Limite de função					Bioética	93	01	24	2007
Acúmulo ético de função	94	85	24	2007	Despreparo	93	01	24	2007
Desempenho	94	85	24	2007	Direito de morrer	95	179	24	2007
Resolução CFM N° 1352/92	94	85	24	2007	Distanásia	95	179	24	2007
Resolução CFM N° 1342/91	94	85	24	2007	Doença incurável	95	179	24	2007
Luiz Ernesto Pujol					Doença terminal	95	179	24	2007
Artigo	94	61	24	2007	Eutanásia	95	179	24	2007
Artigo	95	171	24	2007	Ensino médio	93	01	24	2007
Artigo	95	177	24	2007	Estudante	93	01	24	2007
Artigo	96	217	24	2007	Ética	93	01	24	2007
Artigo	96	234	24	2007	Eutanásia	95	179	24	2007
Luz pulsada (LIP)					Limite de atuação	93	01	24	2007
Condição de segurança	94	83	24	2007	Monografia premiada	93	01	24	2007
Indicação médica	94	83	24	2007	Morrer com dignidade	95	179	24	2007
Responsabilidade médica	94	83	24	2007	Morte	93	01	24	2007
Restrição de uso	94	83	24	2007	Negação do assunto	93	01	24	2007
Marco Antonio do S.M. Ribeiro Bessa					Publicação	93	01	24	2007
Artigo	94	101	24	2007	Questionário	93	01	24	2007
Marco Antonio Oliveira de Azevedo					Ver artigo	00	00	00	00
Artigo	94	187	24	2007	Morte				
Marias, Julián					Artigo	93	01	24	2007
Artigo	94	119	24	2007	Atitude acadêmica	93	01	24	2007
Marília Cristina Milano Campos					Bioética	93	01	24	2007
Artigo	95	158	24	2007	Com dignidade	93	56	24	2007
Artigo	96	232	24	2007	Despreparo	93	01	24	2007
Mario Stival					Direito	95	179	24	2007
Artigo	94	87	24	2007	Distanásia	95	179	24	2007
Medicamento					Doença incurável	93	56	24	2007
Dificuldade	95	158	24	2007	Doença incurável	95	179	24	2007
Nova receita	95	158	24	2007	Ensino médio	93	01	24	2007
Receita	95	158	24	2007	Estudante	93	01	24	2007
Revisão	95	158	24	2007	Ética	93	01	24	2007
Tempo de validade	95	158	24	2007	Eutanásia	93	56	24	2007
Uso contínuo	95	158	24	2007	Eutanásia	95	179	24	2007
Medicina de grupo					Limite de atuação	93	01	24	2007
Acesso à prontuário médico	93	26	24	2007	Monografia premiada	93	01	24	2007
Medicina do trabalho					Morrer	93	01	24	2007
Engenheiro do trabalho					Morrer com dignidade	95	179	24	2007
(Perícia de insalubridade)	94	87	24	2007	Negação do assunto	93	01	24	2007
Fisioterapeuta perito judicial	94	87	24	2007	Paciente terminal	95	179	24	2007
Fonoaudiólogo perito judicial	94	87	24	2007	Publicação	93	01	24	2007
Medicina estética					Questionário	93	01	24	2007
Não anunciável	95	155	24	2007	Recusa terapêutica	93	56	24	2007
Não é especialidade	95	155	24	2007					
Resolução CFM N° 1701/2003	95	155	24	2007					
Sem residência médica	95	155	24	2007					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Morte Encefálica					Paciente				
Central de Transplante	94	67	24	2007	Recusa terapêutica	93	13	24	2007
Comissão intrahospitalar	94	67	24	2007	Relação médico-paciente	94	101	24	2007
Lei Federal nº 9434, 4/2/2006	94	67	24	2007	Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007
Relatório diário da UTI	94	67	24	2007	Suicídio assistido	93	13	24	2007
Resolução SESA 0466/2005	94	67	24	2007	Superior Tribunal de Justiça	94	114	24	2007
Transplante	94	67	24	2007	Suspender tratamento	93	13	24	2007
Mudança de endereço					Suspender procedimento	93	13	24	2007
Comunicação	93	45	24	2007	Terminal	93	13	24	2007
Legislação	93	45	24	2007	Transferência médica intra-hospitalar	94	101	24	2007
Obrigação	93	45	24	2007	Paciente crítico				
Museu de História					Leitos	95	129	24	2007
Arthur Otto Schwab (1926)	95	186	24	2007	Neonatalogia	95	129	24	2007
Balança analítica de precisão de 1940	94	124	24	2007	Plano estadual	95	129	24	2007
Carteira de Identidade Acadêmica	95	186	24	2007	Plano hospitalar	95	129	24	2007
Fotografia de oftalmologista	96	242	24	2007	Política nacional	95	129	24	2007
Museu de Medicina					Portaria MS 1071, 04/07/05	95	129	24	2007
Álbum da vida médica acadêmica	93	60	24	2007	Solicitação prévia	95	129	24	2007
Ehrenfried Othmar Wittig	93	60	24	2007	Unidade hospitalar	95	129	24	2007
Ehrenfried Othmar Wittig	96	242	24	2007	UTI	95	129	24	2007
Fototeca	93	60	24	2007	Vaga confirmada, antecipada	95	129	24	2007
História da medicina	93	60	24	2007	Vaga hospitalar	95	129	24	2007
Prof. Ernest Fucks (1927)	96	242	24	2007	Paciente psiquiátrico				
Visita de oftalmologista	96	242	24	2007	Enfermaria coletiva	94	98	24	2007
Nedy Neves					Evitar contaminação	94	98	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	HIV positivo	94	98	24	2007
Negligência					Revelação de diagnóstico	94	98	24	2007
Condenação Médica	94	118	24	2007	Paciente terminal				
Negligência hospitalar					Associação Pró-eutanásia	93	17	24	2007
Indenização	96	216	24	2007	Distrofia muscular progressiva	93	17	24	2007
Previsão de possibilidade	96	216	24	2007	Doença incurável	93	56	24	2007
Responsabilidade	96	216	24	2007	Espanha	93	17	24	2007
Suicídio	96	216	24	2007	Eutanásia	93	56	24	2007
Neves, Nedy					Morte com dignidade	93	56	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Recusa terapêutica	93	56	24	2007
Neville, Iuri					Solicitar eutanásia	93	17	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Parada Cardíaca				
Notificação compulsória					Desfibrilador automático externo	94	105	24	2007
Doença Laboratório	94	69	24	2007	Estabelecimento público e privado	94	105	24	2007
Médico	94	69	24	2007	Lei estadual nº 14427, 07/06/2004	94	105	24	2007
Vigilância epidemiológica	94	69	24	2007	Ofício Min. Público nº 2293/04	94	105	24	2007
Nunes, Caio					Qualificação técnica	94	105	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Treinamento	94	105	24	2007
Obrigações governamentais					Paralisia cerebral				
Alto custo	96	187	24	2007	Apendicectomia preventiva	93	52	24	2007
Comprovações clínicas	96	187	24	2007	Desenvolvimento somático precoce	93	52	24	2007
Direito a tratamento	96	187	24	2007	Ética	93	52	24	2007
Prescrição ética	96	187	24	2007	Histerectomia para evitar abuso sexual	93	52	24	2007
Saúde	96	187	24	2007	Incapacidade motora e mental total	93	52	24	2007
Ortotanásia					Seattle - USA	93	52	24	2007
Atestado de irreversibilidade	93	59	24	2007	Tratamento anticrescimento	93	52	24	2007
Distanásia	93	59	24	2007	Pedófilo				
Eutanásia	93	59	24	2007	Castração química	96	236	24	2007
Justiça Argentina discute	93	59	24	2007	Consentimento	96	236	24	2007
Morte encefálica	93	59	24	2007	Ética	96	236	24	2007
Paciente de 5 anos em coma	93	59	24	2007	Perícia médica				
Paciente					Assistente técnico	96	217	24	2007
Agência Nacional de Saúde Suplementar	94	114	24	2007	Código de processo penal (art.158)	95	175	24	2007
Autonomia	93	13	24	2007	Especialista	95	175	24	2007
Direito	94	114	24	2007	Indicação judicial	95	175	24	2007
Distanásia	93	13	24	2007	Perito médico	96	217	24	2007
Doença incurável	93	13	24	2007	Psiquiatria forense	95	175	24	2007
Escolha da terapia é do médico	94	114	24	2007	Resolução CFM Nº 1810/2006	96	217	24	2007
Eutanásia	93	13	24	2007					
Incurável	93	13	24	2007					
Morte e morrer	93	13	24	2007					
Não compete ao plano de saúde	94	114	24	2007					
Normas do SUS	94	101	24	2007					
Qualidade de vida	93	13	24	2007					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Perito					Prescrição ética				
Atestado médico	96	217	24	2007	Comprovações clínicas	96	187	24	2007
Formulário padrão de requisito	96	217	24	2007	Direito à saúde	96	187	24	2007
Preenchimento	96	217	24	2007	Medicação de alto custo	96	187	24	2007
Resolução CFM N° 1658/2002	96	217	24	2007	Obrigações governamentais	96	187	24	2007
Serviço público	96	217	24	2007	Previsão				
Sonegação de informação	96	217	24	2007	Negligência	96	216	24	2007
Perito judicial					Possibilidade	96	216	24	2007
Fisioterapeuta	94	87	24	2007	Responsabilidade hospitalar	96	216	24	2007
Fonoaudiólogo	94	87	24	2007	Suicídio	96	216	24	2007
Norma Regulamentadora n° 15	94	87	24	2007	Procedimento				
Plano de atenção					Distanásia	93	13	24	2007
Comissão hospitalar	95	129	24	2007	Doença incurável	93	13	24	2007
Paciente crítico	95	129	24	2007	Eutanásia	93	13	24	2007
Portaria MS 1071, 04/07/05	95	129	24	2007	Paciente terminal	93	13	24	2007
Plano de Saúde					Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007
Acesso à prontuário médico	93	26	24	2007	Terapêutica	93	13	24	2007
Agência Nacional de Saúde					Prontuário médico				
Suplementar	94	114	24	2007	Acesso	93	20	24	2007
Escolha da terapia é do médico	94	114	24	2007	Acesso por cooperativa médica	93	26	24	2007
Não compete ao plano	94	114	24	2007	Acesso por plano de saúde	93	26	24	2007
Seguradora não pode interferir	94	114	24	2007	Acesso por medicina de grupo	93	26	24	2007
Superior Tribunal de Justiça	94	114	24	2007	Alta	94	63	24	2007
Plantão a distância					Artigo CEM 102	93	26	24	2007
Exclusividade de atendimento	95	177	24	2007	Artigo 154 do Código Penal				
Início e término	95	177	24	2007	Brasileiro	93	26	24	2007
Plantão de disponibilidade	95	177	24	2007	Artigo 102 e 103 CEM	93	20	24	2007
Plantonista e clientela	95	177	24	2007	Artigo 154 Código Penal				
Previsão/norma	95	177	24	2007	Brasileiro	93	20	24	2007
Regimento interno hospitalar	95	177	24	2007	Atendimento domiciliar	95	168	24	2007
Urgência/emergência	95	177	24	2007	Atendimento multidisciplinar	95	168	24	2007
Plantão de disponibilidade					Autonomia do paciente	94	63	24	2007
Exclusividade de atendimento	95	177	24	2007	Autorização	93	20	24	2007
Início e término	95	177	24	2007	Capacidade de decidir	94	63	24	2007
Previsão/normas	95	177	24	2007	Comissão de ética médica				
Regimento interno hospitalar	95	177	24	2007	hospitalar	93	26	24	2007
Responsabilidade médica	95	177	24	2007	Consulta	93	26	24	2007
Urgência/emergência	95	177	24	2007	Consulta ao CRM	93	26	24	2007
Plantão médico					Direito de leitura e explicação	93	20	24	2007
Paciente crítico	95	129	24	2007	Entrega	93	26	24	2007
Plano hospitalar	95	129	24	2007	Finalidade	93	26	24	2007
Portaria MS 1071, 04/07/05	95	129	24	2007	Hospital	93	26	24	2007
Unidade pediátrica	95	129	24	2007	Hospital psiquiátrico	93	20	24	2007
UTI	95	129	24	2007	Imposição antiética	93	26	24	2007
Podologia					Internação domiciliar	95	168	24	2007
Ato médico	96	213	24	2007	Justa causa/dever legal	93	26	24	2007
Cauterização de verruga	96	213	24	2007	Limitação de consulta	93	26	24	2007
Podólogo					Óbito	95	168	24	2007
Ato médico	94	111	24	2007	Permissão expressa do paciente	93	26	24	2007
Ato não cosmético	94	111	24	2007	Recusa de internação	94	63	24	2007
Cauterização de verruga	94	111	24	2007	Registro	94	63	24	2007
Curso técnico	94	111	24	2007	Resolução CFM N° 1408/94	93	20	24	2007
Política nacional					Resolução CFM N° 1598/94	93	20	24	2007
Atenção do paciente crítico	95	129	24	2007	Resolução CFM N° 1605/2000	93	20	24	2007
Plano hospitalar	95	129	24	2007	Responsabilidade médica	94	63	24	2007
Unidades pediátricas	95	129	24	2007	Segredo médico	93	20	24	2007
Vaga hospitalar	95	129	24	2007	Unimed	93	26	24	2007
Portaria MS 1071					Visita hospitalar	93	20	24	2007
Confirmação antecipada	95	129	24	2007	Propaganda de remédio				
De 04 de julho de 2005	95	129	24	2007	Automedicação	93	54	24	2007
D.O.U. n° 130, 08/07/05	95	129	24	2007	Pode ser crime	93	54	24	2007
Política nacional de atenção					Regulamento ineficaz	93	54	24	2007
ao paciente crítico	95	129	24	2007	Protocolo clínico				
Solicitação prévia	95	129	24	2007	Alternativa de fármaco	93	46	24	2007
Vaga em UTI	95	129	24	2007	Diretriz terapêutica	93	46	24	2007
Premio					Ministério Público do Paraná	93	46	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Obrigações médica	93	46	24	2007
Monografia	93	01	24	2007	Recomendação administrativa				
Monografia	96	187	24	2007	N° 11/2006	93	46	24	2007
Prescrição de medicamento					Secretaria de Estado da Saúde	93	46	24	2007
Nova receita	95	158	24	2007	Secretaria Municipal da Saúde	93	46	24	2007
Repetição de receita	95	158	24	2007					
Revisão	95	158	24	2007					
Tempo de validade	95	158	24	2007					
Uso contínuo	95	158	24	2007					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Prova terapêutica/diagnóstico					Recusa terapêutica				
Medicamentosa	93	32	24	2007	Autonomia	93	13	24	2007
Permissão ética	93	32	24	2007	Distanásia	93	13	24	2007
Suspeita clínica	93	32	24	2007	Doença incurável	93	13	24	2007
Teste diagnóstico e terapêutico	93	32	24	2007	Eutanásia	93	13	24	2007
Tuberculose	93	32	24	2007	Paciente terminal	93	13	24	2007
Psiquiatria					Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007
Forense	95	175	24	2007	Suicídio assistido	93	13	24	2007
Exame médico-pericial	95	175	24	2007	Redutor				
Especialista	95	175	24	2007	Fator redutor	94	91	24	2007
Honorário	95	175	24	2007	Regimento interno				
Obrigação	95	175	24	2007	Acordo interno	95	163	24	2007
Publicação					Administração	95	163	24	2007
Ver artigo	00	00	00	00	Ambulatório	95	163	24	2007
Ver trabalho	00	00	00	00	Assembleia	95	163	24	2007
Pujol, Luiz Ernesto					Ata de resoluções	95	163	24	2007
Artigo	94	61	24	2007	Condições	95	163	24	2007
Artigo	95	171	24	2007	Contrato	95	163	24	2007
Artigo	95	177	24	2007	Encargos	95	163	24	2007
Artigo	96	217	24	2007	Entidade jurídica	95	163	24	2007
Artigo	96	234	24	2007	Integração	95	163	24	2007
Qualidade de Vida					Internação	95	163	24	2007
Distanásia	93	13	24	2007	Relacionamento	95	163	24	2007
Doença incurável	93	56	24	2007	Serviços	95	163	24	2007
Eutanásia	93	13	24	2007	Terceirização	95	163	24	2007
Eutanásia	93	56	24	2007	Termo de ajuste e parceria	95	163	24	2007
Limite de atuação	93	13	24	2007	Regimento interno hospitalar				
Morte com dignidade	93	56	24	2007	Acionista	95	180	24	2007
Paciente terminal	93	13	24	2007	Assembleia	95	177	24	2007
Recusa terapêutica	93	13	24	2007	Exclusividade hospitalar	95	180	24	2007
Recusa terapêutica	93	56	24	2007	Plantão de disponibilidade	95	177	24	2007
Suspender terapêutica	93	13	24	2007	Plantão à distância	95	177	24	2007
Suicídio assistido	93	13	24	2007	Previsão/norma	95	177	24	2007
Terminalidade de vida	93	13	24	2007	Resolução CFM Nº 1481/97	95	180	24	2007
Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007	Registro de diploma médico				
Radiologia					Certidão de conclusão	96	230	24	2007
Acúmulo de funções	95	166	24	2007	Legislação	96	230	24	2007
Atendimento	95	166	24	2007	No CRM	96	230	24	2007
Certificado de qualificação	95	166	24	2007	No MEC	96	230	24	2007
Complementação diagnóstica	95	184	24	2007	Revalidação	96	230	24	2007
Especialização	96	232	24	2007	Registro médico				
Imagem	96	232	24	2007	Certidão de conclusão	96	230	24	2007
Indicação responsável	95	184	24	2007	Legislação	96	230	24	2007
Inscrição no CRM	96	232	24	2007	No CRM	96	230	24	2007
Interpretação e assinatura	96	232	24	2007	Revalidação	96	230	24	2007
Laudo diagnóstico divergente	95	184	24	2007	Sem diploma no MEC	96	230	24	2007
Laudo de diagnóstico	96	232	24	2007	Relacionamento				
Limite de responsabilidade	95	166	24	2007	Abuso de poder	96	215	24	2007
Limite do técnico	95	166	24	2007	Auditoria	96	215	24	2007
Responsabilidade	96	232	24	2007	Conflito administrativo	96	215	24	2007
Raquele Rotta Burkiewicz					Conflito de interesse	96	215	24	2007
Artigo	94	107	24	2007	Contrato	95	163	24	2007
Receita					Cooperado	96	215	24	2007
Dificuldade	95	158	24	2007	Cooperativa	96	215	24	2007
Nova receita	95	158	24	2007	Entre especialistas	95	163	24	2007
Repetição	95	158	24	2007	Intra hospitalar	95	163	24	2007
Revisão	95	158	24	2007	Prejuízo	96	215	24	2007
Tempo de validade	95	158	24	2007	Questão administrativa	95	163	24	2007
Uso contínuo	95	158	24	2007	Regimento interno	95	163	24	2007
Recusa					Remuneração				
Eutanásia	93	56	24	2007	Classificação CBHPM	96	237	24	2007
Ortotanásia	93	56	24	2007	Operadoras de saúde	96	237	24	2007
Terapêutica	93	56	24	2007	Tabela AMB	96	237	24	2007
Recusa de internação					Requisição de exame				
Análise individual	94	63	24	2007	Convênio SUS	95	173	24	2007
Autonomia	94	63	24	2007	Direito	95	173	24	2007
Capacidade de decidir	94	63	24	2007	Médico particular	95	173	24	2007
Criança	94	63	24	2007	Negação	95	173	24	2007
Doença psiquiátrica	94	63	24	2007	Realização pelo SUS	95	173	24	2007
Pedido de alta	94	63	24	2007	Residência médica				
Perigo de vida	94	63	24	2007	Angiologia	94	73	24	2007
Responsabilidade médica	94	63	24	2007	Cirurgião vascular	94	73	24	2007
					Confusão de convênio	94	73	24	2007
					Doppler vascular	94	73	24	2007
					Registro de área de atuação	94	73	24	2007
					Título de especialista	94	73	24	2007

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Resolução CFM 1805/2006					Saúde				
Suspender terapêutica	93	13	24	2007	Obrigações governamentais	96	187	24	2007
Resolução CRM/RP Nº 148/2006					Schwab, Arthur Otto				
Fotografia e filmagem	93	19	24	2007	Museu de história	95	186	24	2007
Resolução CFM Nº 1789/2006					Secretaria de Estado da Saúde				
Interdição cautelar	96	211	24	2007	Ministério Público do Paraná	93	46	24	2007
Resolução CFM Nº 1810/2006					Protocolo clínico	93	46	24	2007
Assistente técnico em perícia	96	217	24	2007	Recomendação administrativa				
Perícia médica	96	217	24	2007	Nº 11/2006	93	46	24	2007
Resolução CFM Nº 1488/1998					Secretaria Municipal da Saúde				
Assistência médica ao trabalhador	96	217	24	2007	Ministério Público do Paraná	93	46	24	2007
Perícia médica	96	217	24	2007	Protocolo clínico	93	46	24	2007
Resolução CFM Nº 1658/2002					Recomendação administrativa				
Atestado médico	96	217	24	2007	Nº 11/2006	93	46	24	2007
Resolução CFM Nº 1408/1994					Serviço público				
Responsabilidade do diretor	96	217	24	2007	Atestado médico	96	217	24	2007
Técnico diretor clínico e médicos					Formulário padrão de requisito	96	217	24	2007
assistentes com pacientes com					Perito	96	217	24	2007
transtornos mentais	96	217	24	2007	Resolução CFM Nº 1658/2002	96	217	24	2007
Responsabilidade do cirurgião					Sonegação de informação	96	217	24	2007
Alta hospitalar	94	107	24	2007	Sigilo médico				
Assistência clínica	94	107	24	2007	Contaminação	94	98	24	2007
Assistência pós operatória	94	107	24	2007	Enfermaria coletiva	94	98	24	2007
Honorários	94	107	24	2007	HIV positivo	94	98	24	2007
Plantão hospitalar	94	107	24	2007	Revelação	94	98	24	2007
Responsabilidade do médico					Soares, Hélcio Bertolozzi				
assistente	94	107	24	2007	Artigo	96	237	24	2007
Turnos de 24 horas semanais	94	107	24	2007	Socorrista				
Responsabilidade hospitalar					Curso	93	35	24	2007
Indenização	96	216	24	2007	Fundamentos	93	35	24	2007
Negligência	96	216	24	2007	Normas CFM	93	35	24	2007
Previsão de possibilidade	96	216	24	2007	Sonegação de informação				
Suicídio	96	216	24	2007	Formulário padrão de requisito	96	217	24	2007
Responsabilidade médica					Preenchimento	96	217	24	2007
Consulta médica	94	61	24	2007	Souza Filho, Zacarias Alves				
Criança	94	61	24	2007	Artigo	94	103	24	2007
Doente psiquiátrico	94	61	24	2007	Stahlke, Ewalda Von Rosen Seeling				
Recusa de internação	94	61	24	2007	Artigo	93	24	24	2007
Revalidação de diploma					Artigo	94	79	24	2007
Certidão de conclusão	96	230	24	2007	Artigo	94	83	24	2007
No CRM	96	230	24	2007	Artigo	94	85	24	2007
No MEC	96	230	24	2007	Artigo	94	111	24	2007
Registro	96	230	24	2007	Artigo	95	155	24	2007
Revelação diagnóstica					Artigo	96	213	24	2007
Enfermaria coletiva	94	98	24	2007	Stival, Mario				
Evitar contaminação	94	98	24	2007	Artigo	94	87	24	2007
HIV positivo	94	98	24	2007	Suicídio				
Paciente psiquiátrico	94	98	24	2007	Indenização	96	216	24	2007
Revisão médica					Negligência	96	216	24	2007
Anvisa Port. nº 6, 29/10/94	95	158	24	2007	Prever possibilidade	96	216	24	2007
Parecer CFM nº 12/06	95	158	24	2007	Responsabilidade do hospital	96	216	24	2007
Prescrição de medicamento	95	158	24	2007	Suicídio assistido				
Resolução CFM nº 1408/94	95	158	24	2007	Distanásia	93	13	24	2007
Uso contínuo	95	158	24	2007	Ética	93	13	24	2007
Rodrigo Athanásio					Eutanásia	93	13	24	2007
Artigo	93	01	24	2007	Paciente terminal	93	13	24	2007
Romeu Bertol					Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007
Artigo	93	28	24	2007	Superior Tribunal de Justiça				
Artigo	94	71	24	2007	Agência Nacional de Saúde				
Artigo	94	77	24	2007	Suplementar	94	114	24	2007
Artigo	95	173	24	2007	Escolha da terapia é do médico	94	114	24	2007
Roseni Terezinha Florêncio					Não compete ao plano de saúde	94	114	24	2007
Artigo	93	20	24	2007	Seguradora não pode interferir	94	114	24	2007
Artigo	93	32	24	2007	SUS				
Artigo	93	34	24	2007	Burocracia	94	101	24	2007
Artigo	94	95	24	2007	Direito	95	173	24	2007
Artigo	95	127	24	2007	Médico particular	95	173	24	2007
Artigo	95	168	24	2007	Negação	95	173	24	2007
Artigo	96	239	24	2007	Realizar pelo SUS	95	173	24	2007
Sangue arterial					Relação médico-paciente	94	101	24	2007
Coleta arterial	94	95	24	2007	Requisição particular de exame	95	173	24	2007
Cuidados	94	95	24	2007	Transferência médica intra-				
Gasometria arterial	94	95	24	2007	hospitalar	94	101	24	2007
Interface médico/enfermeira	94	95	24	2007	Transferência de paciente intra-				
Responsabilidade médica	94	95	24	2007	hospitalar	94	101	24	2007

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>
Suspender					Transferência de paciente				
Tratamento	93	13	24	2007	Convênio	94	101	24	2007
Tabela AMB					Intra-hospitalar médica	94	101	24	2007
CADE	96	237	24	2007	Mudança de médico	94	101	24	2007
Classificação CBHPM	96	237	24	2007	Normas do SUS	94	101	24	2007
Hierarquizada	96	237	24	2007	Relação médico-paciente	94	101	24	2007
Listagem	96	237	24	2007	Transplante				
Operadoras de saúde	96	237	24	2007	Central de Controle	94	67	24	2007
Procedimento	96	237	24	2007	Comissão intrahospitalar	94	67	24	2007
Remuneração	96	237	24	2007	Lei Federal nº 9434, 4/2/2006	94	67	24	2007
Tempo de consulta médica					Pacientes em morte encefálica	94	67	24	2007
Autonomia médica	94	61	24	2007	Resolução SESA 0466/2005	94	67	24	2007
Humanização	94	61	24	2007	Resolução CFM Nº 1605/2000	94	67	24	2007
Intervalo inter consulta	94	61	24	2007	Resolução CFM Nº 1614/2000	94	67	24	2007
Responsabilidade ética/penal	94	61	24	2007	Relatório diário da UTI	94	67	24	2007
Triagem ou diagnóstica	94	61	24	2007	Transplante de útero				
Tempo de validade					Bioética	93	54	24	2007
Nova receita	95	158	24	2007	Caráter experimental	93	54	24	2007
Prescrição	95	158	24	2007	Experiência em animal	93	54	24	2007
Receita	95	158	24	2007	USA	93	54	24	2007
Revisão	95	158	24	2007	Transtornos mentais				
Uso contínuo	95	158	24	2007	Resolução CFM Nº 1408/1994	96	217	24	2007
Tentativa de homicídio					Tratamento				
Colocação de fogo	94	100	24	2007	Alto custo	96	187	24	2007
Médicos acusados	94	100	24	2007	Comprovações clínicas	96	187	24	2007
Vítima estudante	94	100	24	2007	Direito à saúde	96	187	24	2007
Terapêutica					Distanásia	93	13	24	2007
Agência Nacional de Saúde					Eutanásia	93	13	24	2007
Suplementar	94	113	24	2007	Limitação	93	13	24	2007
Ato médico	94	113	24	2007	Medicamentos	96	187	24	2007
Não compete ao plano de saúde	94	113	24	2007	Obrigação governamental	96	187	24	2007
Reconhecimento dos direitos dos clientes	94	113	24	2007	Paciente incurável	93	13	24	2007
Superior Tribunal de Justiça	94	113	24	2007	Prescrição ética	96	187	24	2007
Terapia					Resolução CFM 1805/2006	93	13	24	2007
Direito do médico	94	113	24	2007	Suspender	93	13	24	2007
Direito do paciente	94	113	24	2007	Tratamento domiciliar				
Terceirização					Assistência multidisciplinar	95	171	24	2007
Assembléia	95	163	24	2007	Atendimento pré-hospitalar	95	168	24	2007
Ata de resoluções	95	163	24	2007	Atendimento multidisciplinar	95	168	24	2007
Condições	95	163	24	2007	Cuidados permanente	95	168	24	2007
Contrato	95	163	24	2007	Distanásia	95	168	24	2007
Encargos	95	163	24	2007	Distanásia	95	171	24	2007
Entidade jurídica	95	163	24	2007	Distrofia muscular progressiva	95	168	24	2007
Intra hospitalar	95	163	24	2007	Hipoxia cerebral	95	171	24	2007
Regimento interno	95	163	24	2007	Internação domiciliar	95	168	24	2007
Terminal					Óbito	95	168	24	2007
Distanásia	93	13	24	2007	Prontuário médico	95	168	24	2007
Eutanásia	93	13	24	2007	Resolução CFM Nº 1671/03	95	168	24	2007
Incurável	93	13	24	2007	Responsabilidade	95	171	24	2007
Paciente	93	13	24	2007	Resultados insatisfatórios	95	171	24	2007
Recusa terapêutica	93	13	24	2007	Tratamento fútil	95	171	24	2007
Suicídio assistido	93	13	24	2007	Ventilação mecânica	95	168	24	2007
Suspender procedimento	93	13	24	2007	Triagem				
Suspender tratamento	93	13	24	2007	Consulta médica	94	61	24	2007
Teste diagnóstico					Responsabilidade médica	94	61	24	2007
Infração ética	93	32	24	2007	Ultrassonografia				
Suspeita clínica	93	32	24	2007	Angiologia	94	77	24	2007
Teste terapêutico	93	32	24	2007	Unidades assistenciais pediátricas				
Tuberculose	93	32	24	2007	Neonatologia	95	129	24	2007
Teste terapêutico					Paciente crítico	95	129	24	2007
Infração ética	93	32	24	2007	Plano hospitalar	95	129	24	2007
Suspeita clínica	93	32	24	2007	Portaria MS 1071, 04/07/05	95	129	24	2007
Teste diagnóstico	93	32	24	2007	UTI	95	129	24	2007
Tuberculose	93	32	24	2007	Vaga hospitalar	95	129	24	2007
Trabalhador					Unidades intermediárias				
Assistência médica	96	217	24	2007	Neonatologia	95	129	24	2007
Resolução CFM Nº 1488/1998	96	217	24	2007	Paciente crítico	95	129	24	2007
Trabalho					Plano hospitalar	95	129	24	2007
Ver artigo	00	00	00	00	Unidade pediátrica	95	129	24	2007
Ver publicação	00	00	00	00	UTI	95	129	24	2007
					Vaga hospitalar	95	129	24	2007
					Unimed				
					Acesso à prontuário médico	93	26	24	2007

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Vol.</u>	<u>Ano</u>
Útero					Verdade				
Experimental em humano	93	54	24	2007	Atestado	96	234	24	2007
Transplante nos USA	93	54	24	2007	Declaração	96	234	24	2007
UTI					Fé pública	96	234	24	2007
Confirmação de leito	95	127	24	2007	Reconhecimento da verdade	96	234	24	2007
Internação	95	127	24	2007	Respeito a legislação	96	234	24	2007
Leitos no Brasil	95	127	24	2007	Verruga				
Paciente crítico	95	127	24	2007	Ato médico	96	213	24	2007
Política nacional	95	127	24	2007	Cauterização	94	111	24	2007
Portaria MS 1071, 04/07/05	95	127	24	2007	Cauterização	96	213	24	2007
Solicitação prévia	95	127	24	2007	Podologia	96	213	24	2007
Vaga					Vida				
Confirmação antecipada	95	127	24	2007	Alta hospitalar	94	63	24	2007
Leitos no Brasil	95	127	24	2007	Perigo	94	63	24	2007
Paciente crítico	95	127	24	2007	Visão antropológica				
Política nacional	95	127	24	2007	Aborto	94	119	24	2007
Portaria MS 1071, 04/07/05	95	127	24	2007	Comentários	94	119	24	2007
Solicitação prévia	95	127	24	2007	Visita hospitalar				
UTI	95	127	24	2007	Autorização do paciente	93	20	24	2007
Validade de receita					Direito e dever	93	20	24	2007
Anvisa Port. n° 6, 29/10/94	95	158	24	2007	Familiar	93	20	24	2007
CFM consulta 26.517/98	95	158	24	2007	Parente médico	93	20	24	2007
Parecer CFM n° 12/06	95	158	24	2007	Prontuário médico	93	20	24	2007
Prescrição	95	158	24	2007	Psiquiátrica	93	20	24	2007
Resolução CFM n° 1408/94	95	158	24	2007	Resolução CFM N° 1407/94	93	20	24	2007
Revisão	95	158	24	2007	Segredo profissional	93	20	24	2007
Uso continuado	95	158	24	2007	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Vaticano afasta sacerdote					Artigo	93	60	24	2007
Relação homossexual	96	230	24	2007	Artigo	94	124	24	2007
					Artigo	95	242	24	2007
					Artigo	96	186	24	2007
					Zacarias Alves de Souza Filho				
					Artigo	94	103	24	2007