

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

THEREZA CRISTINA DE ARRUDA SALOMÉ D'ESPINDULA

**PRIVILÉGIO TERAPÊUTICO E OS CÓDIGOS DE ÉTICA MÉDICA
BRASILEIROS: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA**

CURITIBA

2017

THEREZA CRISTINA DE ARRUDA SALOME D'ESPINDULA

**PRIVILÉGIO TERAPÊUTICO E OS CODIGOS DE ETICA MEDICA
BRASILEIROS: UMA REFLEXAO BIOETICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Escola de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para obtenção do título de mestre em bioética

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Siqueira

CURITIBA

2017

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

D'Espindula, Thereza Cristina de Arruda Salomé
D468p Privilégio terapêutico e os códigos de ética médica brasileiros : uma reflexão
2017 bioética / Thereza Cristina de Arruda Salomé d'Espindula ; orientador: José
Eduardo Siqueira. – 2017.
207 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2017
Bibliografia: f. 88-92

1. Bioética. 2. Paternalismo. 3. Ética médica. I. Siqueira, José Eduardo.
II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação
em Bioética. III. Título.

CDD 20. Ed. – 174.9574



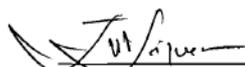
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Bioética - *Stricto Sensu*

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº10/2017
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Em sessão pública às nove horas do dia vinte e quatro de fevereiro do ano de dois mil e dezessete, na sala 2 do mestrado, realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação: "Privilegio Terapêutico e os Códigos de Ética Médica (CEM) brasileiros: uma reflexão bioética" apresentada pela aluna **Thereza Cristina de Arruda Salomé D'Espíndula** sob orientação do **Professor José Eduardo Siqueira** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. José Eduardo Siqueira
PUCPR (orientador e presidente).


Assinatura

Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha
PUCPR (examinador interno).


Assinatura

Prof. Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira
USP (examinador externo).


Assinatura

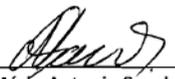
Início: 09:00 Término 11:30

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado Aprovado (aprovado/reprovado).

O (a) aluno (a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno (a): **Thereza Cristina de Arruda Salomé D'Espíndula**


(Assinatura)


Prof. Dr. Mário Antonio Sanches

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

À Débora e Helena.

Companheiras de todos os dias e
incansáveis incentivadoras, sempre
prontas a perdoar minhas ausências
motivadas pela vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor José Eduardo Siqueira, meu orientador, por partilhar seu conhecimento, por sua paciência e suas valiosas sugestões;

Às minhas filhas, por serem do jeitinho que são;

Aos funcionários, professores e colegas do PPGB pelo precioso convívio e aprendizado;

Aos familiares com quem já não mais posso estar, mas cuja presença e convívio fizeram de mim o que sou;

Aos muitos amigos e familiares que incentivam, apontam o Norte e acolhem sempre;

Ao Henrique, pelas parcerias, pelas boas memórias e histórias deixadas.

Viver é afinar o instrumento
De dentro prá fora,
De fora prá dentro,
A toda hora, todo momento.

[...]

Tudo é uma questão de manter
A mente quieta,
A espinha ereta,
E o coração tranquilo.

Walter Franco

RESUMO

O paternalismo médico vem sendo exercido desde há muito, conforme o próprio Juramento de Hipócrates já o preconiza, caracterizando muitas vezes um “privilégio terapêutico” – situação na qual os médicos se auto atribuem o direito acerca daquilo que deve ou não ser de conhecimento do paciente sobre sua própria enfermidade e negam a este último o direito ao exercício da autonomia. A dissertação apresenta como objetivo a análise dos artigos que compõem os Códigos de Ética Médica (CEM) que apontam para uma condição ligada ao privilégio terapêutico no exercício da profissão médica no Brasil. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com revisão bibliográfica narrativa e análise documental crítica dos CEM. Estes artigos foram divididos em cinco categorias – a saber, Veracidade, Sigilo, Evolução da Moralidade, Paradigmas Emergentes e Moralidade Necessária – cada uma delas versando sobre uma característica específica da relação do médico com seu atendido. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos, propiciando um melhor acompanhamento da exposição de resultados e da discussão dos mesmos. Verificou-se que a assimetria entre médicos e pacientes é maior nos CEM mais antigos, enquanto que nos mais recentes já ocorre uma abertura para o exercício da autonomia. Essa condição aponta para a necessidade de uma formação médica cada vez mais atenta às questões éticas, de forma a oportunizar um comportamento menos paternalista por parte do médico e mais autônomo da parte do paciente, numa relação de confiança, há séculos associada ao processo de cura. A bioética de deliberação de autoria de Diego Gracia pode ser de grande auxílio para a reflexão acerca dos valores envolvidos, uma vez que exige uma análise da situação em detalhes. A deliberação não pressupõe um consenso ou unifica posturas; sua ação visa decisões mais razoáveis e prudentes, uma vez que pondera os fatores que contribuem para optar por aquilo que deve ou não deve ser feito.

Palavras-chave: Bioética; Paternalismo; Autonomia; Códigos de Ética; Privilégio terapêutico.

ABSTRACT

Medical paternalism has been exercised for a long time, as the Hippocrates Oath itself already shows, many times characterizing a “therapeutic privilege” – circumstances in which doctors assign themselves the right upon what should or should not be of the patient’s knowledge about his own illness, and deny the patient’s right to exercise autonomy. The present thesis has as its aim the analysis of articles that compose the Codes of Medical Ethics (CME) that point to a condition linked to therapeutic privilege on the exercise of the medical career in Brazil. It’s an exploratory research, with narrative bibliographic review and critical document analysis of the CME. These were divided in five categories - verity, sigil, common morality, new paradigms and necessary morality – each one dealing about a specific characteristic of the relationship between medic and the patient. The data was organized in tables and graphics, allowing a better follow-up of the results exposition and its discussion. It was found that the asymmetry is higher on older CMEs, while on the most recent ones there is already a opening for the exercise of autonomy. This condition points to the need of a medic training increasingly attentive to ethical questions, in order to oportunize a less paternalistic behavior by the medic and more autonomous by the patient, in a relation of trust, for centuries associated to the healing process. The deliberation bioethics created by Diego Gracia may be of great help to the reflection about the involved values, once it requires a detailed situation analysis. The deliberation does not assume a concense or unifys attitude; its action aims more resonable and prudent decisions, once it ponders factors that contribute to opt for what should or shouldn’t be done.

Keywords: Bioethcs; Paternalism; Autonomy; Codes of Ethics; Therapeutic Privilege.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição da "Categoria 1 - Veracidade" nos CEM de cada ano.	36
Figura 2 - Distribuição da "Categoria 2: Sigilo" nos CEM de cada ano.	42
Figura 3 - Distribuição da "Categoria 3: Evolução da Moralidade" nos CEM de cada ano	46
Figura 4 - Distribuição da "Categoria 4: Paradigmas Emergentes" em CEM de cada ano	52
Figura 5 - Distribuição da "Categoria 5: Princípios fundamentais: moralidade necessária" em CEM de cada ano	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categoria 1: Veracidade.....	27
Tabela 2 - Categoria 2: Sigilo	36
Tabela 3 - Categoria 3: Evolução da Moralidade	43
Tabela 4 - Categoria 4: Paradigmas Emergentes	47
Tabela 5 - Categoria 5: Princípios fundamentais: moralidade necessária	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	MÉTODO	5
3	CONCEITOS FUNDAMENTAIS	7
3.1	DO PATERNALISMO	7
3.2	DA AUTONOMIA.....	12
3.3	DO PRIVILÉGIO TERAPEUTICO	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1	CONTEXTO HISTÓRICO DOS CEM	21
4.1.1	CEM DE 1929	22
4.1.2	CEM DE 1931	22
4.1.3	CEM DE 1945	23
4.1.4	CEM DE 1953	24
4.1.5	CEM DE 1965	24
4.1.6	CEM DE 1984	25
4.1.7	CEM DE 1988	26
4.1.8	CEM DE 2010	26
4.2	DA VERACIDADE	27
4.3	DO SIGILO	36
4.4	DA EVOLUÇÃO DA MORALIDADE	43
4.5	DOS PARADIGMAS EMERGENTES.....	47
4.6	DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS: MORALIDADE NECESSÁRIA ...	53
5	DA FORMAÇÃO MÉDICA	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	77
	ANEXO 1 - CÓDIGO DE MORAL MÉDICA DE 1929	82
	ANEXO 2 - CÓDIGO DE DEONTOLOGIA MÉDICA DE 1931	98
	ANEXO 3 - CÓDIGO DE DEONTOLOGIA MÉDICA DE 1945	113
	ANEXO 4	128
	CÓDIGO DE ÉTICA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA DE 1953 ...	128
	ANEXO 5 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE 1965	142
	ANEXO 6 - CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA DE 1984	158
	ANEXO 7 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE 1988	166

1 INTRODUÇÃO

Dentre as obras deixadas por Hipócrates, encontra-se o famoso Juramento Hipocrático, que até hoje é proferido por ocasião da colação de grau, por todos aqueles que, terminada a formação, irão exercer a profissão de médicos. O juramento hipocrático paulatinamente tornou-se conhecido por toda parte, tendo em vista seu elevado teor de conteúdo moral. Seja qual for a tradução ou adaptação, o Juramento continua a manter sua vigência pautado no aspecto da busca da excelência da prática médica (GRACIA, 2010)

Vinte e cinco séculos após Hipócrates elaborar o Juramento, há um consenso de que ainda é possível reconhecer certa assimetria na relação médico-paciente. Essa assimetria é usualmente manifestada numa predominância do saber do médico em relação ao poder de decisão do paciente, gerando forte contraste de atitudes, em condições nas quais os médicos atribuem a si mesmos o direito de decidir o que vai ou não ser informado ao paciente acerca de sua situação de saúde. A esse comportamento dá-se o nome de “privilégio terapêutico”.

Ao longo de quase um século de códigos deontológicos da medicina vigentes no Brasil, os quais têm por função orientar o comportamento ético desses profissionais¹, estão presentes conteúdos que trazem à tona esse contraste, cuja análise e comparação são as indagações que indicaram o caminho trilhado no presente trabalho. Dessa forma, os CEM serão analisados e, a partir deles, serão discutidos seus conteúdos e a ligação destes com questões referentes ao paternalismo médico e à autonomia do paciente. Serão oito os Códigos pesquisados, editados a partir da primeira metade do século XX (a saber: 1929, 1931, 1945, 1953, 1965, 1984, 1988 e 2010), dos quais serão apresentados recortes dos artigos mais ligados ao tema, o que possibilitará uma avaliação do exercício da autonomia dos protagonistas na relação médico-paciente. Tanto a autonomia como a existência de certo grau de paternalismo, os quais aproximam ou afastam o chamado “privilégio

¹ Os primeiros com características apenas voltadas para a classe médica; após algumas edições, já se pode ver que os CEM primavam também por uma proteção à sociedade.

terapêutico”, quando vistos pelo prisma da bioética, oportunizam discussões acerca da atual formação médica, bem como levantam questões acerca dos valores de cada indivíduo atendido por profissionais de saúde.

Para tal, os artigos selecionados serão apresentados em tabelas, as quais serão organizadas com a finalidade de melhor aferir os dados referentes ao grau assimetria na relação intersubjetiva entre o profissional de saúde e o paciente. Na sequência, as informações serão classificadas pelo ano de entrada em vigência de cada um dos CEM. Os detalhes acerca da estrutura do trabalho encontram-se presentes no item “Método”.

Tem sido frequente ouvir de pacientes que houve um decréscimo da atenção oferecida pela classe médica, em favor de um sem número de exames envolvendo uma tecnologia de ponta, que visam respostas às vezes passíveis de serem obtidas através de um exame clínico mais acurado ou mesmo um vínculo satisfatório entre o profissional e o usuário da saúde.

O paternalismo médico vem sendo exercido desde há muito, conforme o próprio Juramento de Hipócrates já o preconiza. Na relação médico-paciente dos dias atuais, medicamentos e tratamentos passaram a ser vistos como a chave para a cura de todos os problemas, o que também tornou a indústria farmacêutica um ramo capaz de exercer uma influência no ensino e na prática da medicina. Cercada de tantos recursos tecnológicos, a relação médico-paciente oscila entre o paternalismo e a autonomia, numa delicada condição para o exercício do privilégio terapêutico.

O presente trabalho parte do pressuposto de que sempre haverá algum grau de assimetria nas relações entre médico e paciente em decorrência dos diferentes níveis de domínio do saber técnico que naturalmente sempre estará presente entre o profissional e paciente. Questiona-se se em CEM mais atuais terá o privilégio terapêutico desaparecido (ou diminuído). Quiçá a partir das mudanças dos focos dos próprios CEM bem como dos contextos culturais que foram se estabelecendo ao longo do tempo.

Faz-se mister lembrar que o médico tem sua formação acadêmica voltada para a cura, o que o torna um incansável na busca dessa condição. Taquette, Rego et al. escrevem que “o desenvolvimento e a crescente incorporação de tecnologias aplicadas à saúde trazem para os profissionais

que atuam na área situações e questionamentos sobre os quais não existe uma reflexão sedimentada em suas corporações” (2008, p. 23). Desse modo, cresce a tecnologia e decresce a humanização do atendimento, talvez mostrando que os pressupostos de um agir ético estejam necessitando de uma revisão. Ou uma readequação. Ou apenas de um olhar mais atento.

Afinal, sabe-se que, conforme Fortes,

A ética é um dos instrumentos sociais que visam a contribuir para a manutenção da convivência social. Objetiva harmonizar os interesses individuais e os interesses coletivos. Instrumento social criado para orientar aquilo que se deve fazer para se conseguir uma convivência social feliz e justa. (2008, p.697]

O mesmo autor lembra ainda que “a ética nos fala de valores, princípios e normas que servem de base para o comportamento humano; é o refletir, argumentar e fornecer justificativas racionais para as escolhas e tomadas de decisões morais em casos e situações concretas.” (FORTES, 2008, p.697)

Pensamento similar é compartilhado por Siqueira (1997), quando aponta para uma grave crise na tomada de decisão médica, visto que de um lado o paciente é tido como um consumidor e, de outro, como “um ser humano que busca atenção médica como legítima expressão de sua cidadania” (1997, s/p) e entre eles o médico, despreparado para lidar com tal conflito. O autor afirma que para solucionar semelhante crise, há que se promover reflexões em grupos multidisciplinares, tal como propõe a bioética.

O objetivo geral da presente dissertação é, portanto, analisar os artigos que compõem os CEM e que apontam para uma condição de privilégio terapêutico no exercício da profissão médica no Brasil, separados a partir de seu próprio conteúdo. A bioética de deliberação de autoria de Diego Gracia é parte deste cenário, permeando a discussão. Como objetivos específicos, estão presentes:

- Especificar conceitos como paternalismo, autonomia e privilégio terapêutico, conforme são compreendidos por autores da área de bioética;
- Pesquisar, nas oito edições dos CEM brasileiros, artigos cujos conteúdos façam referência às condições de paternalismo e autonomia do paciente, elementos constituintes do privilégio terapêutico;
- Apontar a assimetria nas relações intersubjetivas médico-paciente, presentes nos CEM;

- Vincular os artigos encontrados a contextos históricos importantes, de acordo com época da edição do CEM; e
- Analisar os conteúdos pesquisados à luz da bioética de deliberação (em conformidade com a teoria de Diego Gracia).

2 MÉTODO

O presente trabalho é uma pesquisa exploratória, com revisão bibliográfica narrativa e análise documental crítica dos CEM.

Em conformidade com Cordeiro et al (2007) a revisão narrativa

Apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (CORDEIRO et al, 2007, p.429-430)

A pesquisa do conteúdo dos CEM se pretende a identificar quantos e quais artigos apontam para uma condição paternalista do médico em relação a seu atendido e, da mesma forma, quantos e quais artigos apontam para um maior respeito à autonomia do paciente. Como pano de fundo, esteve a história, particularmente a história do Brasil, considerando as mudanças na moralidade social – já que nenhuma mudança costuma ocorrer sem um contexto histórico que lhe seja pertinente.

Em relação à divisão de capítulos a presente dissertação teve seu conteúdo disposto conforme o seguinte roteiro:

Num primeiro capítulo, o trabalho apresenta uma breve análise de condições éticas pertinentes à investigação pretendida, além de definir de forma clara e a partir de autores da bioética, o que significam termos como paternalismo, autonomia e privilégio terapêutico. Tais definições constituirão a demarcação dos termos-chave para a compreensão do desenvolvimento da dissertação, evitando assim alguma dúvida interpretação.

Um segundo capítulo trata do desenvolvimento do trabalho propriamente dito, isto é, estarão presentes os artigos² selecionados valendo-se do critério de pertinência do conteúdo, a fim de verificar o grau de assimetria presente nas relações intersubjetivas médico-paciente. A seguir, estes foram divididos em categorias e organizados em tabelas, essas últimas em ordem cronológica de

² Entenda-se que no presente trabalho a palavra “artigo” faz referência às normas deontológicas constantes dos CEM e não, como poderia parecer, a publicações presentes em periódicos.

edição dos CEM. Haverá ainda uma breve contextualização histórica dos CEM, visando uma melhor compreensão dos aspectos que cada um apresenta em seus respectivos artigos. Vale a pena mencionar que careceria de sentido apresentar as tabelas e, em capítulo à parte, proceder à discussão; portanto, tabelas, discussões e contexto histórico estarão presentes de forma conjunta, a fim de explorar do melhor modo os elementos pertinentes à análise crítica, propiciando uma ampla compreensão do tema em estudo. Para maior fidedignidade, as grafias pertinentes aos CEM mais antigos serão mantidas.

Um terceiro capítulo versa inicialmente sobre a formação dos médicos, apontando ligações possíveis desta com as condições éticas anteriormente expostas. Em seguida, com base no processo deliberativo em bioética clínica proposto por Gracia (2007), buscou-se um parâmetro para orientar a análise dos resultados obtidos pelo estudo.

3 CONCEITOS FUNDAMENTAIS

3.1 DO PATERNALISMO

Nas proximidades do mar Egeu, no século 5 a.C., nascia uma escola médica destinada a mudar os rumos da história da medicina – que até então se aproximava da magia, da religião e de crenças em causas sobrenaturais das doenças. Um personagem em especial seria, a partir de então, uma figura paradigmática em sua relação com essa nova medicina. Seu nome era Hipócrates e com o advento da escola hipocrática, estabelece-se um norte para a conduta ética dos médicos, notadamente após o surgimento do Juramento Hipocrático, cujo texto é entendido por Gracia (2007) e outros autores como uma apologia ao paternalismo médico.

Antes de discorrer sobre seu conteúdo, é preciso evocar o contexto no qual ele foi criado, no século 5 a.C. na Grécia, onde as manifestações naturais da vida eram vistas como dependentes de “preceitos teleológicos divinos” (SIQUEIRA, 2008, p.86). O médico, nesse contexto, adquiria um papel próximo ao de um mediador entre homens e deuses, sendo visto assim em certa medida, como homem divino. O médico age tal como um sacerdote, tendo em vista seu envolvimento em uma tarefa que se assemelha a um sacerdócio, prestes a estabelecer contato com o mundo dos deuses.

Em sua obra “Fundamentos de Bioética”, Diego Gracia faz uma análise pormenorizada do Juramento, apontando especificamente para seu caráter paternalista na relação do médico com aquele que necessita de seus serviços. Um juramento, segundo ele, é “um compromisso solene realizado perante Deus, colocando-o como testemunha e aceitando seu castigo em caso de transgressão ou não cumprimento.”³ (2007, p.50 – tradução nossa).

Gracia divide o texto hipocrático em duas partes, além de uma introdução e uma conclusão, sustentando que os trechos apresentam grandes diferenças entre si. Em uma das partes – a que ele chama de compromisso – o texto “estuda as relações entre mestre e discípulo no interior da fraternidade

³ No original: “Un juramento es un compromiso solemne realizado ante Dios, por tanto poniendole por testigo y aceptando su castigo en caso de transgresión o incumplimiento.”

médica”⁴ (2007, p.45 – tradução nossa); a outra, a qual ele denomina terapêutica, dita as normas sobre a conduta a ser seguida no tratamento. Conforme sua divisão e com o auxílio da tradução de Rezende (2009), o Juramento ficaria da forma exposta a seguir.

A introdução:

Juro por Apolo médico, por Esculápio, por Higeia, por Panaceia e por todos os deuses e deusas, tomando-os como testemunhas, obedecer, de acordo com meus conhecimentos e meu critério, este juramento: (REZENDE, 2009, p.35)

O compromisso:

Considerar meu mestre nessa arte igual aos meus pais, fazê-lo participar dos meios de subsistência que dispuser e, quando necessitado, com ele dividir os meus recursos; considerar seus descendentes iguais aos meus irmãos; ensinar-lhes esta arte se desejarem aprender, sem honorários nem contratos; transmitir preceitos, instruções orais e todos os outros ensinamentos aos meus filhos, aos filhos do meu mestre e aos discípulos que se comprometerem e jurarem obedecer a Lei dos médicos, porém, a mais ninguém. (REZENDE, 2009, p.35-36)

A terapêutica:

Aplicar os tratamentos para ajudar os doentes conforme minha habilidade e minha capacidade, e jamais usa-los para causar dano ou malefício. Não dar veneno a ninguém, embora solicitado a assim fazer, nem aconselhar tal procedimento. Da mesma maneira não aplicar pessário em mulher para provocar aborto. Em pureza e santidade guardar minha vida e minha arte. Não usar da faca nos doentes com cálculos, mas ceder o lugar aos nisso habilitados. Nas casas em que ingressar apenas socorrer o doente, resguardando-me de fazer qualquer mal intencional, especialmente ato sexual com mulher ou com homem, escravo ou livre. Não relatar o que no exercício do meu mister ou fora dele no convívio social eu veja ou ouça e que não deva ser divulgado, mas considerar tais coisas como segredos sagrados. (REZENDE;2006, P.36)

A conclusão:

Então, se eu mantiver esse juramento e não o quebrar, possa disfrutar honrarias na minha vida e na minha arte, entre todos os homens e por todo o tempo; porém, se transigir e cair em perjúrio, aconteça-me o contrário. (REZENDE, 2006, P.36)

⁴ No original: “estudia las relaciones entre maestro y discípulo en el interior de La fraternidad médica”

Em relação ao trecho que Gracia (2007) tomou pelo nome de compromisso, há uma espécie de fraternidade médica, com um caráter deveras familiar, na qual todos os componentes teriam, uns para com os outros, vínculos estreitos, tal e qual ocorre numa família. A vida familiar ocorre em âmbito íntimo e privado, o que tem, de alguma forma, um caráter de secreto. Conforme Gracia (2007), é este mesmo caráter de secreto que pode ser encontrado nesse trecho do Juramento; o saber médico parece ter prioritariamente um caráter privado (familiar, como aparece no texto), para somente depois assumir um caráter público.

Ainda segundo o pensamento de Diego Gracia (2007), a medicina, mais do que um simples ofício, representa uma profissão. Nesse caso, entenda-se profissão como algo muito particular, que inclua não apenas um fazer de maneira bem-feita, mas fazê-lo com perfeição, o que vai ao encontro do caráter sacerdotal que a medicina assume. Diante dessa proximidade do médico com o âmbito privado, tendo livre acesso à privacidade e intimidade dos indivíduos, criou-se a necessidade de que ele seja alguém notadamente virtuoso, dotado necessariamente de virtudes morais e, segundo Cortina (2005), excelência de caráter, distanciado da mediocridade, sendo o mais competente possível, esforçando-se para alcançar um grau de excelência em sua prática, porquanto seu compromisso é com as pessoas, em cujo benefício deve atuar, a fim de conferir sentido à sua atividade.

No trecho seguinte do Juramento, denominado por Gracia de terapêutica, é bastante relevante a questão relacionada ao segredo. O médico penetra no âmbito dos segredos tal como um religioso age no confessionário. Enquanto terapêutica, estabelece-se a partir do Juramento uma estrutura para cuidado e cura dos doentes, na qual o médico se reveste de um papel paternalista.

Esse paternalismo médico é compreendido por Gracia (2007) como uma forma de dominação, sem, contudo, fazer uso da força; o paternalismo médico se exerce de modo diverso, numa atitude senhorial em sua relação com o doente. Percebe esse doente como incapaz de uma decisão autônoma, sendo ele então compelido a obedecer ao médico. Dessa forma, estrutura-se a relação de paternalismo entre ambos, na qual o médico tem o saber e, com ele,

o poder de curar o doente. A este último, resta prestar uma espécie de obediência gratificante, uma vez que é através dela que obterá a cura. Gracia comenta que

Os pacientes não podem opinar racionalmente sobre a capacidade do médico, já que carecem de conhecimentos adequados, razão pela qual devem confiar no critério profissional⁵ (GRACIA, 2007, p.90 – tradução nossa)

Adela Cortina (2005) retoma esse mesmo conteúdo quando, ao expor seus conceitos de cidadania, lembra que o paternalismo dos governantes leva os cidadãos à convicção de que não são autônomos, mas heterônomos; o estado benfeitor – conforme a autora – gera cidadãos dependentes “com as consequentes sequelas psicológicas que isso comporta” (2005, p.64), assumindo ele “uma atitude de dependência passiva, própria de um incompetente básico. Certamente reivindica, se queixa e reclama, mas ficou incapacitado para perceber que é ele que tem de encontrar soluções” (2005, p.64) e assim, espera do outro (no texto da autora o Estado, mas facilmente pode-se adaptar ao profissional de saúde como legítimo representante daquele) a cura para os males ou a satisfação dos desejos.

Atuando dessa forma paternal e sacerdotal ao mesmo tempo, o médico relacionava-se com seus doentes como súditos, seres passivos ou mesmo como crianças ao longo da história da medicina, numa tradição secular. Gracia alerta que relações assim tão assimétricas, nas quais um membro exerce o poder e o outro se submete a ele, facilmente podem migrar de paternalistas a tirânicas. Segundo ele, num cruel retrato da realidade, muitas vezes a relação médico-paciente esteve mais próxima da tirania do que do paternalismo.

[Muitas vezes] o médico tem procurado sua própria conveniência e só acidentalmente o paciente, utilizando-se dele enquanto essencial para sua própria sobrevivência como amo e senhor.”⁶ (GRACIA, 2007, p.25 – tradução nossa)

⁵ No original: “Los pacientes no pueden opinar racionalmente de la capacidad del médico ya que carecen de conocimientos adecuados, razón por la cual deben confiar en el criterio profesional”

⁶ No original: “El médico ha buscado su propia conveniencia y sólo accidentalmente la del enfermo, utilizándole en tanto que elementos indispensables para su propia subsistencia como amo y señor.”

Aos doentes faltaria a capacidade de juízo, afetando-lhe tanto o físico quanto o moral. Sem terem condições para opinar racionalmente, já que não possuem os conhecimentos adequados, restar-lhes-ia confiar no critério profissional e colocarem-se como objetos de cuidado, em uma clara ação de atendimento às necessidades, prestada pelos profissionais e recebida pelos doentes. Desse modo, as promessas de benefícios que a medicina é capaz de gerar fazem com que pacientes e familiares anseiem por uma cura. (PESSINI, 2010)

Assim, caberia ao médico uma função paternalista e provedora, como um único modo natural de atuar junto aos doentes. A atitude médica descrita no Juramento reflete essa posição, considerando os doentes como seres incapazes, sem condições de decidirem acerca dos passos para a cura de suas enfermidades. O médico deseja o bem maior para o doente, mas sem contar com a vontade e a autonomia deste. (GRACIA, 2007)

O paternalismo surgido com o Juramento envolve três atitudes: uma primeira paternal (impedindo que o paciente decida sobre sua própria enfermidade); outra maternal (fazendo o doente o mais grato possível acerca de sua doença); e sacerdotal (atuando como mediador com a divindade e tendo poder sobre a vida e a morte). O médico vê-se com alguém autoritário, privilegiado, impune e até mesmo como “eleito”, tal como um pai severo ou um rei e pensa tal situação como enquadrada numa ética especial. Tem em mente que sua importante missão de curar não pode ser deixada nas mãos dos portadores das doenças, pois o exercício da medicina se mostra incompatível com a autonomia dos pacientes. (GRACIA, 2007)

Gracia (2007) fala ainda na forma conhecida como paternalismo infantil, a qual entende que o doente deve ser tratado tal e qual uma criança. A partir do século XX, a tendência se volta para um autoritarismo adulto, que afirma a obrigação de tratar o doente como alguém adulto e autônomo, revelando-lhe sempre a verdade. No entanto, talvez isso não seja a melhor solução em casos de doenças graves, cuja comunicação de diagnóstico deverá ser informada aos parentes e estes se incumbirão de repassá-la ao portador da doença.

A forma paternalista de compreender as relações entre as pessoas se ratifica na sociedade patriarcal, em que pese a capacidade e a competência do

doente para a tomada de suas próprias decisões. Diante da possibilidade de risco à sua saúde, o paciente é visto como aquele que não sabe, em contraposição ao médico, que é aquele que sabe, que detém o conhecimento capaz de levar à cura, levando concomitantemente a um poder sobre o corpo individual o qual, por sua vez levaria a um controle do corpo social. (BAGRICHEVSKY et al, 2010)

Tomar uma decisão pode ser aqui entendido como a maneira pela qual se opta por uma ação dentre várias ações possíveis. Isso irá ocorrer baseado, provavelmente, em um conjunto de informações que pressupõem uma possibilidade de desfecho com maior ou menor possibilidade de sucesso. Na prática clínica, essa tomada de decisão tem sido pouco discutida ou valorizada na formação médica, sendo vista quase como algo intuitivo. No entanto, para que possa ser oferecido o melhor serviço possível à sociedade, faz-se mister a consciência dessa prática. (SILVA, 2013)

O doente é visto como capaz para algumas decisões, mas não quando se trata de alguma decisão crucial para a continuidade de sua vida. O médico, por seu turno, também se abstém de comunicar a verdade ao principal interessado, delegando essa tarefa a outrem. Se há a possibilidade de que a informação possa produzir algum mal de cunho físico ou moral, pode-se pressupor a existência daquilo que hoje se conhece como privilégio terapêutico, especialmente se isso foi entendido como privilégio do médico e como norma, anulando o direito do doente à informação.

3.2 DA AUTONOMIA

Autonomia, termo derivado do idioma grego, significa em linhas gerais, o “governo de si próprio. Pode ter significados diversos, a depender do contexto, tais como autogoverno, direitos de liberdade, escolha individual e outros (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013). O governo pessoal pode ser entendido como aquele livre de interferências de outrem tanto quanto livre de limitação e do próprio indivíduo, o qual se vê capaz de agir livremente, dentro de um plano traçado por ele mesmo. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

Para que se deem as condições ideais para ocorrer a autonomia, é necessário que haja, segundo os autores, “a liberdade (independência de influências controladoras e a qualidade do agente (capacidade de agir intencionalmente)” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013, p.138).

A autonomia é percebida ainda como um direito e um dever, implicando no fato de que cada indivíduo deve ser responsável por seus méritos, tanto quanto por seus fracassos. (MORENO, 2010). Respeitar a autonomia é reconhecer no outro a capacidade de ter suas próprias opiniões, como sujeito capaz de responsabilizar-se por suas próprias escolhas e pelo cuidado com sua própria saúde, agindo assim com base em suas crenças e valores pessoais. Autônomo é o paciente que participa ativamente no processo de adesão ao tratamento, bem como nas práticas de promoção e prevenção da saúde. O respeito à autonomia implica em tratar as pessoas de forma a facilitar sua atuação autônoma; o contrário seria manter atitudes e ações que ignoram, insultam ou de alguma forma degradam a ação autônoma, levando a uma desigualdade (assimetria) de relações, especialmente se isso estiver vinculado à relação médico-paciente. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

A Declaração de Direitos do Paciente⁷, redigida em 1973 pela Associação Americana de Hospitais inaugura uma nova fase em relação a autonomia do paciente. Trata-se do que um paciente pode esperar durante seu internamento e aponta os direitos a uma atenção individualizada (a mesma que os médicos gostariam de ter para si); um ambiente adequado; explicações acerca da enfermidade e do plano de tratamento; informações mais detalhadas sobre o paciente, visando conhecer seus objetivos e valores em relação a atenção médica; uma equipe que saiba quem deve tomar as decisões caso o paciente não possa fazê-lo por si mesmo; proteção à privacidade; orientações ao receber alta e em relação aos pagamentos e reclamações que vá apresentar.

Autonomia, porém, não se limita a direitos dos pacientes; ela está presente também na liberdade da pessoa, em sua condição de cidadão. Segundo Cortina, “a autonomia pessoal é imprescindível para construir a

⁷ Revista e republicada posteriormente como “Uma aliança para atendimento do paciente” (2003)

própria identidade, sem a qual uma pessoa é incapaz de se situar na vida, saber o que realmente valoriza ou não.” (2005, p.160)

A autonomia do paciente frequentemente está ligada também ao consentimento informado, usado como autorização autônoma para alguma intervenção médica ou para a participação em pesquisa. Na bioética, respeitar a autonomia pode ser entendida como “ajudar a pessoa a ir ao limite de si mesma, ajudá-la a descobrir e escolher o que está de acordo com o sentido do respeito à dignidade humana” (DURAND, 2012, p.178). Nas questões inerentes ao trabalho em tela, pode-se dizer que ocupa uma posição oposta à do paternalismo médico, tendo em vista que envolve novas formas de relacionamento médico-paciente.

Diego Gracia (2007) é da mesma opinião quando diz que uma ética baseada no princípio da autonomia tende a ser antipaternalista, pois a liberdade de alguém só pode ser coagida quanto atentar contra a liberdade de outrem. Caso contrário, deverá ser escrupulosamente respeitada. Ainda segundo este autor, todo ser humano é autônomo e o enfermo não se configura numa exceção. Nesse caso, entra em cena a comunicação médico-paciente, na qual o primeiro não poderá faltar com a verdade para com o segundo, a fim de que este possa exercer a plenitude de sua autonomia na tomada de decisão acerca de seu tratamento. Ainda que haja riscos e os agravos não possam ser corretamente previstos, no contexto médico, diante da condição de dependência do paciente e de uma posição de autoridade ocupada pelo profissional, autonomia e autoridade podem se tornar incompatíveis, gerando uma assimetria de relações, pressupondo que a autoridade pode não ter sido delegada ou aceita de forma adequada. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

A capacidade de autonomia pode estar reduzida, temporária ou definitivamente; há pessoas que não poderão agir de forma autônoma, cuja capacidade de autonomia não está e nem poderá estar presente, por alguma razão imposta pela própria enfermidade ou por algo decorrente dela; pela ignorância acerca do que ocorre, por dependências químicas, coações, explorações; por se tratar de pacientes de pouca idade, de portadores de doenças neurológicas degenerativas ou por outras condições. Uma pessoa

autônoma tem a capacidade de aceitar racionalmente algo, de identificar-se com ou de repudiar um desejo ou preferência. Um indivíduo pode estar exercendo sua autonomia mesmo quando escolhe aceitar as exigências de uma autoridade ou de uma instituição, ao considerá-las legítimas. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

A capacidade temporária ou definitivamente interrompida gera uma situação (também temporária ou definitiva) de incapacidade, sobre a qual faz-se mister expor. Conforme Beauchamp e Childress, a medicina determina a incapacidade com o intuito de proteger os pacientes contra decisões que estes

Poderiam tomar que não fossem de seu interesse⁸. Muitos [médicos], portanto, acreditam que os modelos de capacidade devem estar estritamente vinculados aos níveis de experiência, maturidade, responsabilidade e bem-estar. (2013, p.158)

Em se tratando de relações médico-paciente, o respeito à autonomia desse último deve levar o profissional a revelar-lhe as informações pertinentes a enfermidade que ora se instaurou, a qual, conforme Foucault (2003) é individual, pois sua ação se desenvolve na forma da individualidade. É preciso, portanto, verificar e assegurar o esclarecimento e a ação voluntária, encorajando as tomadas de decisões por parte do paciente. Numa relação de confiança mútua, as obrigações tanto de revelar quanto de conversar com o paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico devolve aos pacientes uma significativa condição de autonomia. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

Conforme lembram Beauchamp e Childress, na medicina amiúde ocorre a tentação do uso da autoridade e do papel de médico para

Fornecer ou perpetuar a dependência do paciente, em vez de promover sua autonomia. O cumprimento da obrigação de respeitar a autonomia do paciente, entretanto, requer habilitá-lo para superar seu senso de dependência e obter o maior controle possível ou o controle que deseje [ter]. (2013, p. 145)

⁸ O texto induz a pensar que a expressão “seu interesse” se refere aos interesses do paciente, o que condiz com uma situação de incapacidade. Outrossim, se essa expressão fizesse referência aos médicos, aqui estaria presente, de forma clara e explícita, uma situação de privilégio terapêutico.

Há certamente pacientes cuja base de conhecimento é limitada, o que leva a grandes dificuldades para comunicar situações novas, que exijam certo grau de desenvolvimento cognitivo. Além destes e dos já citados, podem haver alguns casos para os quais a comunicação talvez possa ser capaz de encurtar realmente a vida do paciente. Esses tornam-se mais complexos em seu manejo, mas ainda assim a autonomia deverá ser preservada. Se o médico opta por posicionar-se de forma a não colocar o paciente cômico de sua situação, configura-se então o privilégio terapêutico, o qual culmina por dar à classe médica novamente um papel paternalista. Pacientes considerados difíceis (quer pelas características da enfermidade de que é portador, quer por aspectos específicos de sua personalidade ou outros) também têm que ter respeitada sua autonomia, o que, segundo Beauchamp e Childress, inclui basicamente:

- Dizer a verdade;
- Respeitar a privacidade;
- Proteger informações confidenciais;
- Obter consentimentos para intervenções; e quando solicitado, ajudar os outros a tomarem decisões importantes. (Beauchamp e Childress, 2013, p.145).

Pode-se falar em autonomia levando-se em consideração uma condição de capacidade. Esta capacidade pode ser relativa, dependendo inclusive da decisão a ser tomada. Quanto mais graves as consequências para o bem-estar do paciente, maior é a necessidade da equipe de saúde em se certificar de que há a capacidade do paciente na tomada de decisão. Capacidade e autonomia são, portanto, conceitos intimamente ligados, pois um paciente pode ser portador de uma decisão autônoma se possui a capacidade de compreender uma informação recebida pelos profissionais de saúde, proceder a um julgamento dessa informação baseado em seus valores pessoais, e assim comunicar seu desejo. Juntamente com a capacidade de compreensão, a aceitação das informações também terá seu peso. Uma pessoa é mais (ou menos) capaz de para o exercício de sua autonomia de acordo com o grau ou o leque de habilidades que possui, os quais podem estar ligados a expressão de uma preferência, a entender uma situação e suas consequências, entender as informações recebidas, a oferecer um motivo – relativo a seus valores e/ou

aos riscos e benefícios envolvidos – e a tomar uma decisão. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

Em relação a oferecer motivos, pode-se questionar que, ao tomar uma decisão autônoma e tendo passado pela compreensão acerca do que essa decisão implica, talvez deva ser facultativo ao indivíduo em sua condição de paciente expor seus motivos. Uma vez certificada a equipe de saúde de que lhe foram oferecidas todas as informações necessárias e que ele as compreendeu em sua plenitude, talvez não caiba à essa equipe indagar acerca de seus motivos, deixando esse esclarecimento também como uma decisão autônoma do próprio paciente.

3.3 DO PRIVILÉGIO TERAPEUTICO

O caráter paternalista da ação médica tradicional faz com que dificilmente se peça qualquer explicação e tampouco o médico se sente compelido a dá-la; a falta de informação por parte dele sempre teve um caráter de pouca importância. Conforme Gracia (2007) a informação é a antítese do segredo e ao médico sempre foi mais importante manter esse último do que expor aquela, característica presente desde a visão do médico como imbuído de uma tarefa semelhante ao sacerdócio, constituindo-se numa das mais acentuadas e tradicionais características da profissão médica, sendo, talvez, o princípio ético mais rígido e ao mesmo tempo o mais observado e respeitado pelos médicos. Sua observância vem desde os tempos hipocráticos e se encontra presente nas atividades diárias de todos os médicos, nas aulas na academia, nas conversas entre esses profissionais, nas palestras e comunicações científicas e outros, e tende a continuar dessa forma.

Se observados os CEM, há sempre artigos que atentam para o sigilo, quer nos CEM mais antigos, quer nos recentes, respeitadas as redações e formulações, caracterizando o fato de que não há como se dar o exercício da medicina sem a existência e a obediência ao sigilo médico. A sociedade, de uma forma geral, respeita e valoriza esse posicionamento.

Em casos específicos, os profissionais de saúde têm realmente a prerrogativa de agir sem o consentimento do paciente, ou mesmo de algum familiar. São casos emergenciais, em que a vida está em jogo. Entretanto, em ocasiões que não caracterizem emergência, nas quais o médico parte do prejuízo de que seria potencialmente prejudicial ao paciente a divulgação de certa informação acerca de sua condição de saúde (geralmente em casos em que este último está deprimido, emocionalmente abalado, estressado, excepcionalmente fragilizado ou instável) e mantém essa informação oculta ao paciente, caracteriza-se o privilégio terapêutico. Beauchamp e Childress definem-no como o ato de “suprir informações a fim de manipular os pacientes, de modo que consentam num procedimento medicamente desejável” (2013, p.189). Esse ato de influenciar pode se dar por um apelo à razão (como persuasão, portanto) ou por um apelo à emoção.

A relação costuma ocorrer, conforme Fernandes, “entre o médico e a doença do sujeito, independentemente do sujeito da doença. ” (1993, p.23) segundo este mesmo autor,

A definição do que é doença e, em contraposição, do que é saúde passa a depender do achado de substratos anatômicos e fisiopatológicos que identifiquem uma ou, na ausência desta, a outra, e, por conseguinte, estas passam a ser definidas não pelo doente, mas pelo médico. Destitui-se, assim, a experiência da doença do seu caráter subjetivo, negando ao paciente o direito de sentir aquilo que ele relata — caso não exista uma base cientificamente definida para esta sensação. (1993, p.22)

Alguns médicos reagem às críticas acerca dessas atitudes, tomando como base o fato de que fizeram o seu melhor pelo paciente (no caso de decisões por cirurgias e intervenções em geral) ou que dizer-lhes a verdade sobre seu estado, somado às condições emocionais já presentes, iria gerar ansiedade, depressão e efeitos prejudiciais diversos, de maior ou menor gravidade, os quais comprometeriam ainda mais seu estado de saúde.

Contudo, não há solução para o paciente que ofereça apenas benefícios ou, ao contrário, que lhe provoque apenas complicações. Não há, por ora, uma medicina capaz de

Honestamente reconhecer e apresentar aos pacientes as vantagens e as complicações do fazer e do não fazer, que saiba explicar a incerteza

das decisões, que saiba conscientizar o paciente da sua condição e de seu futuro, (BOBBIO, 2016, p.215)

Hossne salienta que

A ciência pretende trazer mais certeza do que incertezas, mas indubitavelmente, ao assim proceder, a ciência induz a novas (ou antigas) incertezas. [...] todo novo conhecimento científico traz profundas implicações e desafios, sobretudo de natureza ética, fazendo aflorar conflitos de valores, geradores de “incertezas” sociais, políticas, morais e, sobretudo, éticas. (HOSSNE, 2010, p.86)

Isso mostra que a incerteza por parte tanto dos médicos e estudantes de medicina, quanto por parte dos pacientes, é uma realidade a ser enfrentada, não podendo ser interpretada como ignorância. Não há uma decisão perfeita, capaz de levar à completa felicidade e é comum que haja decepções e frustrações quando os tratamentos não alcançam o fim esperado. Não há meios para o que o médico saiba mais do que sabe, mas ele assim o crê, pois isso lhe agrada e também ao paciente. Porque conhecimento representa poder e ao paciente convém acreditar na cura. (BOBBIO, 2016)

O privilégio terapêutico também pode se respaldar numa condição medicalizável do estado de saúde sob risco⁹, o qual pode gerar comportamentos voltados para promoção e prevenção da saúde; vinculação com a produção tecnológica; oportunidade para a implantação de uma vigilância médica; demanda por novos produtos, serviços e/ou especialistas, bem como um considerável reforço no poder e no prestígio dos profissionais envolvidos. (CASTIEL, 1996)

Contudo, deixar de obter o consentimento do paciente para procedimentos bem como ocultar-lhe sua real condição não deveria ser mais admissível. Da mesma forma,

A anamnese e o exame clínico jamais podem ser hierarquicamente inferiores aos exames complementares, assim como há fracasso, pelo menos com a tecnologia atual, em substituir o médico por sistemas informatizados no processo diagnóstico. (SILVA, 2013, p.78)

⁹ E, desse modo, pode ser entendido que a ideia de risco parte do médico, o qual se percebe como devidamente capacitado a decidir o que representa ou não representa risco. A partir de sua própria noção de risco, o médico se vê de posse da justificativa necessária para a violação da autonomia do paciente.

Conforme já foi discutido, a assimetria relevante de outrora, bem como um paternalismo extremo, não mais cabem em tempos que já está consolidado o papel autônomo do paciente, o uso do consentimento informado e até mesmo as Diretivas Antecipadas de Vontade¹⁰.

Conforme Beauchamp e Childress, “a formulação precisa do privilégio terapêutico varia de acordo com as jurisdições legais.” (2013, p.172). Assim,

Algumas formulações permitem que os médicos suprimam informações se a revelação puder causar **qualquer** deterioração na condição do paciente. Outras formulações permitem que o médico suprima informações se e somente se sua revelação para o paciente tiver consequências sérias para a saúde. (Beauchamp e Childress, 2013, p.172 – grifo do autor).

Os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que o privilégio terapêutico somente seria válido se o médico tivesse razões para crer que uma revelação tornaria o paciente um indivíduo incapaz de consentir ou de recusar o tratamento, isto é, se viesse a tirar deste paciente a sua condição de autonomia (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013); se uma revelação feita ao paciente o deixasse em tal estado que ele não fosse mais capaz de exercer sua autonomia, neste caso o médico poderia optar pelo privilégio terapêutico.

No entanto, não há como garantir *a priori* que uma informação dada a um paciente sobre sua saúde vai levá-lo a uma incapacidade para decidir acerca de consentir ou não em uma dada intervenção. Outrossim, também não há garantias de que, de posse de tal informação, sua decisão será mais fácil ou mais rápida. Conforme já foi discutido, o respeito à autonomia e às capacidades do paciente permearão as escolhas deste, baseadas em sua própria escala de valores.

¹⁰ Não se trata de assunto diretamente ligado à discussão que vem sendo travada na presente dissertação, mas já é fato, ainda que não presente nos CEM, constante de Resolução específica do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM 1995/12) e definida em seu Artigo 1º como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.”

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa serviu-se de todos os CEM já editados no Brasil – a saber, nos anos de 1929, 1931, 1945, 1953, 1965, 1984, 1988 e 2010 – para neles verificar o grau de assimetria presente nas relações intersubjetivas médico-paciente.

Num primeiro momento, foram separados em cada CEM os artigos que apontavam para o tema do privilégio terapêutico, quer em prol deste ou não, para que em seguida se procedesse a algum tipo de organização. A partir da coleta desses artigos, eles foram separados em grupos, dadas as características em comum. Tais características redundaram em categorias, as quais foram nomeadas usando-se o mesmo critério de proximidade de tema que agrupou os artigos. Também foram conservadas as grafias originais.

Após a apresentação dos dados coletados em cada categoria, foram discutidos os artigos presentes; quando porventura em uma dada categoria não houver menção a algum dos CEM, isso deve ser entendido como não havendo, nessa edição específica, qualquer artigo que se enquadrasse naquela categoria, respeitado o foco da pesquisa. Trechos sublinhados devem ser entendidos como grifos nossos, a fim de destacar expressões que enfatizam sobremaneira o tema em discussão.

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DOS CEM

A despeito de uma infinidade de eventos ocorridos no exterior e da criação de diversos códigos, relatórios, declarações e outros documentos, proceder-se-á a um breve resumo da situação histórica brasileira referente à época de vigência de cada um dos CEM, com o intuito maior de contextualizar a emergência de cada novo CEM no panorama interno do país, a partir de Bertolli Filho (2003)

Antes, porém, faz-se mister compreender que as associações em geral, quando decidem promulgar um código de profissão, tem por intenção se autorregular, bem como resolver possíveis conflitos antes de bater às portas da

justiça. Necessário se faz também associar um código ético ao código deontológico, a fim de não estar restrito às regulamentações, mas a çambarcar igualmente os bens e objetivos da profissão, qualquer que seja ela. Afinal, assim como os profissionais devem ter preservados seus direitos, devem, da mesma forma, assumir a responsabilidade pela retidão do exercício profissional. (CORTINA, 2005)

4.1.1 CEM DE 1929

Em conformidade com Martin (1993), a partir da fundação do Sindicato Médico Brasileiro em 1927, iniciou-se também uma preocupação com as questões éticas. Assim, essa entidade faz publicar, em 1929, uma tradução do Código de Moral Médica, aprovado pelo Congresso Médico Latino-Americano. Esse Código entra em vigor ainda durante a chamada República Velha (1889-1930). O país começa seu despertar de república enfrentando alguns percalços na área da saúde já no começo do século. Uma reforma urbana tem início no Rio de Janeiro e, posteriormente, em São Paulo. Em 1904, o Rio de Janeiro enfrenta a Revolta da Vacina.

A intensa leva de recém chegados, imigrantes de diversas partes da Europa, somada à condição de pobreza de boa parte da população urbana, faz (res)surgir algumas epidemias como a Gripe Espanhola (1918). A “raça brasileira” é entendida como portadora de baixa qualidade, como “biologicamente inferior” devido a seu constante adoecimento e sua pouca resistência. (BERTOLLI FILHO, 2003)

A economia nacional obtém lucros com o café e já há um serviço sanitário nas principais cidades, de caráter higienista. No que concerne à medicina, são paulatinamente afastados aqueles que a exerciam por prática e apenas médicos diplomados passam a ter o direito de cuidar da saúde da população

4.1.2 CEM DE 1931

Em 1930 tem início a Era Vargas, a qual até hoje divide opiniões no país. A primeira Constituição, datada de 1891, é suspensa pelo presidente e o país passa a ser governado por decreto até a nova Constituição (1934) entrar em vigor. Em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública e em 1937 tem início o chamado Estado Novo, que implanta campanhas de educação popular em saúde. Vargas implanta medidas populistas durante seu governo e passa a oferecer algumas garantias de saúde para os trabalhadores. Irregulares a princípio, essas garantias vão se transformar no embrião de um sistema previdenciário, implantado anos mais tarde.

Na área de saúde, é criada uma organização centralizada de serviços, a qual dá ênfase apenas a algumas enfermidades, deixando de lado outras questões sanitárias. Médicos são substituídos por burocratas nas decisões sobre saúde e críticas a isso podem levar a uma interpretação errônea de afiliação ao regime comunista, que começa a tomar vulto em outros países, culminando com a Segunda Guerra Mundial. A fim de concentrarem esforços na defesa e expansão de privilégios, assim como uma forma de unir a classe, os médicos se unem em torno da criação do CEM. (BERTOLLI FILHO, 2003)

4.1.3 CEM DE 1945

Este CEM, chamado de Código de Deontologia Médica, situa-se exatamente no final da Era Vargas e também no final da Segunda Guerra Mundial, fase em que se inicia lentamente uma democratização da saúde no Brasil. O governo ainda tem um perfil populista e há uma entrada de capital estrangeiro no país. Forma-se um Conselho de Medicina provisório.

Bulcão et al (2007) coadunam com essa assertiva e comentam que foi também a partir de 1945 que “houve um incremento da prestação de serviços próprios de assistência médica e de compra de serviços privados pelo Estado.” (2007, p.472). Dessa forma, a saúde foi paulatinamente se adaptando as transformações, nas quais a atenção médica deveria estar voltada para diferentes necessidades, segundo as necessidades dos grupos para os quais se voltava, com a prática médica privada, a seguridade social. Essa diversificação exprimia a rapidez do processo de urbanização e industrialização da época. A urbanização e as mudanças dos padrões sanitários à

época, fomentavam a necessidade da formação médica, com vistas a maior organização da atenção à saúde, atendendo, simultaneamente, às necessidades da população e do Estado, este último caracterizado como um Estado populista. (BULCÃO et al, 2007, p.472)

4.1.4 CEM DE 1953

A década de 1950 é marcada por manifestações nacionalistas e em 1953 ocorre a criação do Ministério da Saúde, mas suas verbas ainda não se apresentam suficientes para efetuar trabalhos maiores. O trabalhador recebe assistência médica via previdência, mas com filas grandes, dificuldades de internamento, consultas curtas e mortalidade relativamente alta. O setor privado acaba por exercer pressões sobre o governo, o qual culmina por sancionar a Lei Orgânica da Previdência Social, uniformizando as contribuições salariais para a previdência.

Nessa mesma década, é criado um programa com fins de diminuir a mortalidade infantil. A medicina passa a ser entendida como prática social, capacitada para lutar pelo bem-estar coletivo. Em 1951 surge o Conselho Federal de Medicina (CFM), o qual, em 1957 é transformado em autarquia, consolidando a legislação profissional.

Em fins dos anos 50, a valorização dos especialistas vai paulatinamente aumentando, tornando importante para a classe médica a incorporação da tecnologia, em detrimento da experiência clínica. Os profissionais passam a reformular sua prática, com vista a uma medicina mais tecnológica, uma maior habilidade técnica e um trabalho hospitalar mais respaldado por equipamentos. Seria necessária uma atualização constante em relação ao desenvolvimento científico e tecnológico, maior utilização de recursos para o diagnóstico, medicamentos produzidos em escala industrial, recurso de hospitalização e outros tipos de serviços técnicos. (BULCÃO et al, 2007)

4.1.5 CEM DE 1965

Este CEM é o primeiro a receber efetivamente o nome pelo qual todo o conjunto é conhecido hoje – Código de Ética Médica – e passa a vigorar durante o Regime Militar, o que o coloca no interior de um período permeado pelo autoritarismo e violações aos direitos humanos. O Regime durou 20 anos (1964-1984) e o CEM vigorou por 19 deles, só havendo uma nova versão do CEM exatamente no ano em que o Regime Militar chega ao fim. Durante esse tempo, fatos históricos ocorridos não interferiram para a criação de um CEM; todavia, interferiram sobremaneira na saúde e bem-estar da população, algumas medidas afetando diretamente a atuação da classe médica.

A saúde passou a ser vista de forma individual, sem ser levada em conta como fenômeno coletivo. Em 1966 o governo cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos anteriormente existentes de Previdência Social e tornando o Estado o único a coordenar as aposentadorias, pensões e a assistência médica. Já em 1967, a Constituição propõe que o Estado deveria apoiar as atividades privadas, apenas mantendo serviços suplementares. Na década de 70 surge a medicina de grupo, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a Dataprev.

4.1.6 CEM DE 1984

Ainda que produzido à sombra do Regime Militar, o CEM de 1984 afirma valores relativos à uma ética humanitária. Já existe uma medicina com atendimento rápido e eficiente, mas que não é acessível a todos e a população de baixa renda continua dependente da saúde pública. Na mesma época, indústrias farmacêuticas nacionais são adquiridas por grupos estrangeiros, os quais veem o Brasil como um bom e rentável campo de investimento para a saúde. Inúmeras novas drogas passam a ser adquiríveis no mercado nacional.

Após a queda do Regime Militar, o país clama por eleições diretas, que só irão acontecer em 1989. Por ora (1985), as eleições indiretas põem no cargo de presidente o então Governador Tancredo Neves, que nunca chegou a governar o país, numa das situações mais inusitadas já vivenciadas pelos brasileiros.

4.1.7 CEM DE 1988

Nesse ano, a Assembleia Nacional Constituinte promulgou a nova Constituição Brasileira, que apresenta a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse documento define as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e em 1990 é promulgada a lei que regulamenta o Sistema (Lei Orgânica, nº.8.080/90), trazendo uma ampliação do conceito de Saúde como sendo resultado de condições de trabalho, saneamento, moradia, renda, transporte, alimentação, educação e lazer. A seguir, é promulgada também a lei que cria os Conselhos de Saúde Lei nº.8142/90)

O país passa por descontrole inflacionário e a crise financeira se agrava. Há uma proliferação de faculdades de Medicina, propiciando a proletarização desses profissionais. O desenvolvimento da tecnologia aliada à saúde propicia a existência de uma medicina cada vez mais preparada para eliminar sofrimentos e salvar vidas, criando assim uma expectativa de que, através da intervenção da medicina, tudo possa ser resolvido, o que não é verdade, pois ainda há muitas perguntas as quais a ciência não é capaz de responder. O desequilíbrio entre a complexidade da técnica e os aspectos ligados às relações humanas torna-se cada vez mais visível, evidenciando alguns problemas de assimetria entre o médico e seu paciente. (CREMESP, 2001)

4.1.8 CEM DE 2010

O presente código teve sua elaboração final em 2009, mas entrou em vigor apenas em 2010, quando então o Brasil teve pela primeira vez uma mulher à frente da Presidência da República. O país vivenciava uma situação de saúde caracterizada por novas conquistas e inúmeros desafios. Conviviam simultaneamente por todo o território nacional as doenças ditas infecciosas, as causas externas e as doenças crônicas, cujo controle e tratamento não mais dependerão apenas dos profissionais de saúde e tampouco dos portadores da enfermidade. Com o advento do Controle Social, a partir da existência dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a saúde passa a ser também uma questão ligada à mobilização social, impondo mudanças culturais e de

atitudes. Já em 2008, todos os Municípios e Estados brasileiros tinham criado seus respectivos Conselhos de Saúde.

Esse movimento dá início às Conferências de Saúde, que são

Grandes fóruns com representação de todos os segmentos sociais, que acontecem a cada quatro anos e têm como objetivo avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. (BRASIL, 2016, p.66)

Contextualizados os CEM, seguem-se as tabelas de cada categoria, acompanhadas pela discussão acerca dos artigos nelas elencados.

4.2 DA VERACIDADE

Categoria 1: Veracidade

Tabela 1

Categoria 1 - Veracidade	
Ano CEM	Artigo
1929	<p>Capítulo 1: Dos deveres dos médicos para com os enfermos:</p> <p>Artigo 4º- O médico, em suas relações com o enfermo, procurara tolerar seus caprichos e fraquezas enquanto não se oponham as exigências do tratamento, nem exerçam uma influência nociva ao curso da afecção.</p> <p>Artigo 5º- Ainda que o character, curso ou gravidade da moléstia exijam que o enfermo seja visitado com freqüência, o médico evitara as visitas desnecessárias, porquanto tendem a torná-lo suspeito de fins interesseiros.</p> <p>Artigo 6º- O médico evitará em seus atos, gestos e palavras, tudo que possa agir desfavoravelmente no ânimo do doente e deprimi-lo ou alarmá-lo sem necessidade; mas si a moléstia for grave e se teme um desenlace fatal, ou são esperadas complicações capazes de torná-lo, a notificação oportuna é de regra e o médico a fará a quem, <u>a seu juízo</u>, deva sabê-lo</p> <p>Artigo 14º- O cirurgião não fará operação alguma mutilante (amputação, castração, etc.), sem a prévia autorização do enfermo perante testemunhas idôneas.</p> <p>Artigo 16º- O cirurgião não poderá fazer operação alguma destinada a esterilizar a mulher, sem uma indicação terapêutica determinada e o fará somente depois de ter esgotado todos os recursos conservadores dos órgãos da reprodução.</p>
1931	<p>Capítulo I: Dos deveres dos médicos para com os enfermos:</p>

	<p>Artigo 6º- O médico evitará, em seus atos, gestos e palavras, tudo que possa atuar desfavoravelmente no ânimo do doente e deprimi-lo ou alarmá-lo, sem necessidade; mas, se a moléstia for grave e se temer desenlace fatal, ou se forem previstas complicações capazes de determiná-lo, a notificação oportuna é de regra, e o médico a fará a quem, a seu juízo, deva sabê-lo.</p>
1945	<p>Capítulo 1: dos deveres dos médicos em relação aos enfermos</p> <p>Artigo 3º- É dever do médico: 1- Observar, nas relações com o doente e durante o tratamento deste, as normas seguintes: b) procurar tolerar os caprichos e as fraquezas do doente, que não se oponham às exigências do tratamento, nem possam agravar a afecção.</p> <p>Artigo 3º- É dever do médico: 1- Observar, nas relações com o doente e durante o tratamento deste, as normas seguintes: d) evitar, em seus atos, gestos e palavras, tudo que possa atuar desfavoravelmente no ânimo do doente, deprimi-lo ou alarmá-lo sem necessidade;</p> <p>Artigo 4º - É vedado ao médico: 2 - Praticar intervenção cirúrgica ou não, destinada a esterilizar, mulher ou homem, sem indicação terapêutica; e, em qualquer caso, somente o fazer a juízo de uma junta médica, constituída de três profissionais, lavrando-se imediatamente ata de ocorrência.</p>
1953	<p>Capítulo IV: Relações com o doente</p> <p>Artigo 31º- O médico tem o dever da veracidade para com o seu doente, devendo informá-lo do diagnostico, salvo se essas informações puderem causar-lhe dano, caso em que serão prestadas à família.</p> <p>Capítulo VI: Responsabilidade profissional</p> <p>Artigo 49º- O médico salvo caso de 'imminente perigo de vida', não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento, tácito ou explícito, do paciente ou do seu representante legal, se se tratar de menor ou de incapaz de consentir.</p>
1965	<p>Capítulo 4: Relações com o doente</p> <p>Artigo 31º- O médico tem o dever de informar o doente quanto ao diagnostico, prognostico e objetivos do tratamento, salvo se as informações puderem causar-lhe dano, devendo ele neste caso, prestá-las á família ou aos responsáveis.</p>
1984	<p>Capítulo 1: Dos princípios</p> <p>Princípio 2- O alvo de toda a atenção do médico é o paciente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.</p> <p>Princípio 7- É de exclusiva competência do médico a escolha do tratamento, podendo em benefício do paciente, sempre que julgar necessário, solicitar a colaboração de colegas.</p> <p>Capítulo 2: Das infrações</p> <p>Relações com os Pacientes</p> <p>Artigo 25º- Deixar de informar o paciente, sua família ou responsável do diagnostico terapêutico, prognostico e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa provocar</p>

	<p>danos ao paciente.</p> <p>Artigo 26º- Exercer sua autoridade de maneira a limitar ou direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa e seu bem estar.</p>
1988	<p>Capítulo II: Direitos do Médico Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.</p> <p>Capítulo III: Responsabilidade Profissional Art. 41 - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.</p> <p>Capítulo V: Relações com Pacientes e Familiares Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.</p> <p>Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.</p> <p>Art. 67 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.</p> <p>Art. 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.</p>
2010	<p>Capítulo V: Relação com Pacientes e Familiares É vedado ao médico:</p> <p>Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.</p> <p>Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.</p> <p>Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.</p> <p>Capítulo X: Documentos Médicos É vedado ao médico:</p> <p>Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe</p>

dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Fonte: a autora.

Enquadram-se nessa categoria todos os artigos cujo teor remete a uma relação direta entre médico e paciente, em que pese a veracidade das informações, variando conforme o contexto da época em que o CEM está em vigor. Em relação ao CEM de 1929, o primeiro capítulo versa sobre os deveres dos médicos para com os enfermos. Em seu artigo 4º, temos que “O médico, em suas relações com o enfermo, procurará tolerar seus caprichos e fraquezas enquanto não se oponham as exigências do tratamento, e, exerçam uma influência nociva ao curso da afecção.”

É pertinente aqui tentar compreender quem ou o que vai julgar nociva essa influência, assim como compreender o que seriam considerados “caprichos e fraquezas” por parte do enfermo. Se tais questões forem, como parecem, de caráter puramente subjetivo, ficaria a critério exclusivo do médico o julgamento acerca do que é tolerável vindo de seu enfermo, assim como em quais situações e/ou momentos ele – médico – irá ser tolerante. Da mesma forma, fica à mercê do entendimento do médico em que momento o enfermo ultrapassa ou não os limites do cuidado em seu próprio tratamento.

O artigo 16 também fala em intervenção cirúrgica, desta feita com o enfoque específico na esterilização feminina. Embora aponte para um cuidado referente ao esgotamento de recursos, ele menciona também indicação terapêutica determinada. Diz o artigo:

Artigo 16º- O cirurgião não poderá fazer operação alguma destinada a esterilizar a mulher, sem uma indicação terapêutica determinada e o fará somente depois de ter esgotado todos os recursos conservadores dos órgãos da reprodução.

Numa suposta indicação terapêutica determinada, seria preciso clarificar qual médico a determinaria. Instala-se então um quadro paternalista, o qual deixa claro quem determina as medidas a serem tomadas e quem tem o dever de segui-las, sem direito a argumentação. Portanto, a assimetria de relações médico-paciente, nesse caso, não parece oferecer oportunidade à mulher de

optar pela ou opinar sobre a esterilização, ainda que seja seu o corpo e que isso provavelmente possa (ou vá) causar-lhe sofrimento.

O CEM datado de 1945 carrega o título “dos deveres dos médicos em relação aos enfermos em seu primeiro capítulo. Nele, o artigo 3º tem como caput “É dever do médico: ” e em seu item 1 “Observar, nas relações com o doente e durante o tratamento deste, as normas seguintes:” Na alínea b), fala em “procurar tolerar os caprichos e as fraquezas do doente, que não se oponham às exigências do tratamento, nem possam agravar a afecção.” Interessante observar que o contido nessa alínea difere muito pouco do já contido no artigo 4º do código de 1929, embora novamente se possa questionar o que seriam esses caprichos e essas fraquezas, uma vez que já são passadas quase duas décadas. Ainda no mesmo item, na alínea d) há uma tentativa de preservar o ânimo do enfermo (aqui já chamado de doente, embora o título do capítulo ainda se reporte ao enfermo), evitando tudo o que lhe possa ser desfavorável nesse aspecto. “ d) evitar, em seus atos, gestos e palavras, tudo que possa atuar desfavoravelmente no ânimo do doente, deprimi-lo ou alarmá-lo sem necessidade.” Tal discernimento, no entanto, ocorre a critério do médico – como convém em tempos de paternalismo e relevante assimetria de relações – não sendo a inclusão de tal alínea, portanto, mesmo que seguida à risca, garantia de que o ânimo do doente será preservado.

O CEM de 1953 aborda em seu capítulo IV, o tema "Relações com o doente", no qual o artigo 31 aponta o dever da veracidade do médico para com o doente, agora focando diretamente para este último a informação de seu diagnóstico. Em 1953 já é de conhecimento amplo o Código de Nuremberg (1947) e a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), os quais possivelmente passam a influenciar a redação de artigos como esse que ora se apresenta. O Código de Nuremberg é apontado como um dos primeiros documentos a falar do livre direito de consentimento dos indivíduos participantes de algum experimento. No entanto, o presente CEM deixa aberta ao médico a possibilidade de informar esse diagnóstico à família, caso entenda que tal diagnóstico causará danos ao doente, caracterizando que a decisão de informar ao cliente fica atrelada aos critérios do médico, detentor do privilégio

terapêutico. O artigo em tela não é explícito quanto ao que poderia ser entendido como dano, o que se pressupõe, ficará a critério da interpretação de cada médico.

Artigo 31º- O médico tem o dever da veracidade para com o seu doente, devendo informá-lo do diagnóstico, salvo se essas informações puderem causar-lhe dano, caso em que serão prestadas à família.

Vê-se neste código o ser humano que procura ou é foco do atendimento ser chamado de doente, enquanto nos códigos anteriores ele era – salvo alguns poucos artigos de nomenclatura divergente – o enfermo; os que têm vínculo com esse doente já foram chamados inicialmente de parentes, depois de interessados e agora se apresentam pela denominação de família. Estas pequenas – porém não inócuas – variações mostram uma mudança no modo de ver a relação médico-paciente ao longo do tempo.

O capítulo VI trata da responsabilidade profissional e, em seu artigo 49 aborda novamente a questão relativa ao consentimento para intervenção cirúrgica. Tal consentimento não é necessário, segundo o artigo deixa claro, em caso de "imminente perigo de vida" – expressão empregada pela primeira vez no código em tela – mas é necessário em quaisquer outras situações e pode ser dado pelo paciente (outra expressão nova) ou seu representante legal. Diz textualmente: “Artigo 49º- O médico salvo caso de ‘imminente perigo de vida’, não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento, tácito ou explícito, do paciente ou do seu representante legal, se se tratar de menor ou de incapaz de consentir.”

No CEM subsequente, datado de 1965, as relações com o doente encontram-se no capítulo 4. O artigo 31 tem uma redação deveras similar à do artigo 31 do código precedente (1953), mas inclui agora, além do diagnóstico, prognóstico e objetivos.

Já no CEM de 1984, o tema da relação médico-paciente está presente nos Princípios Fundamentais, o que poderia levar a elencá-los em outra categoria – a da moralidade necessária. No entanto, seu teor parece estar mais adequado a ser apresentado aqui, pois o princípio 2 coloca o paciente como

alvo de toda a atenção do médico (e agora não mais se fala de enfermo ou doente) e este deverá dar o melhor de sua capacidade profissional ao agir.

Princípio 2 – O alvo de toda a atenção do médico é o paciente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Outro princípio, o de número 7, dá ao médico a exclusividade na escolha do tratamento, podendo contar com seus pares, mas não com o paciente – principal interessado. O paciente parece excluído da possibilidade de contribuir ou opinar em seu próprio tratamento, sendo esse de exclusiva competência do médico, deixando claro por meio da expressão “exclusiva competência” a assimetria presente nessa relação.

Princípio 7- É de exclusiva competência do médico a escolha do tratamento, podendo em benefício do paciente, sempre que julgar necessário, solicitar a colaboração de colegas.

O capítulo 2ª tem como referência as infrações, sendo divididas em relações com os pacientes e relações com os colegas. No que concerne as relações com os pacientes, o artigo 25 veda a não-comunicação a pacientes e familiares o diagnóstico, prognóstico e objetivos do tratamento, mas deixa livre o médico para não o fazer, caso isso possa provocar danos ao paciente. É importante pensar o que poderia ser entendido como dano e a extensão deste; a partir de então, determinar se este paciente poderia não receber tais informações, não deixando essa avaliação unicamente vinculada à percepção subjetiva do médico.

Artigo 25º- Deixar de informar o paciente, sua família ou responsável do diagnóstico terapêutico, prognóstico e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa provocar danos ao paciente.

O artigo 26 proíbe o médico de exercer uma autoridade tal que limite os direitos de decidir do paciente. Também aí deveria haver uma definição de autoridade e uma clara definição de quais seriam os direitos desse paciente, bem como a que bem-estar ele está se referindo.

Artigo 26º- Exercer sua autoridade de maneira a limitar ou direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa e seu bem-estar.

O CEM datado de 1988 aborda a discussão desta categoria em seu capítulo V, nas Relações com Pacientes e seus Familiares. Em seu artigo 56 parece complementar o artigo 46 (discutido mais adiante, na categoria 4), mas ainda coloca o médico em posição de decidir caso haja risco maior. Se há perigo de vida, o paciente parece perder seu direito de decidir, uma vez que as normas de proteção à vida, juntamente com o conteúdo do CEM investem o médico de tal prioridade. A este último, é vedado:

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

O artigo 59 se assemelha ao artigo 25 do código antecedente, com uma redação similar e, tal como ela, não faz menção a qual tipo de dano está sendo aludido, mantendo o privilégio do médico em calculá-lo, baseado em seus próprios critérios, vedando este de

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

No artigo 70, o foco são os prontuários e similares, vedando ao médico

Art. 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Não há, no entanto, maiores esclarecimentos acerca do que poderia ser interpretado como risco para o paciente ou para terceiros.

Como será visto adiante, o CEM de 2010, sucessor deste, já se utiliza da expressão “cuidados paliativos” em seu princípio XXII, ao discutir sobre tratamento desproporcional. De qualquer forma, a partir do presente CEM, já se pode perceber alguma intenção em impedir uma obstinação terapêutica.

No CEM de 2010, o tema também está disposto no capítulo V, que versa sobre a Relação com Pacientes e Familiares, contendo artigos que apenas

apresentam o que é vedado à classe médica. No artigo 31, quiçá fruto das discussões bioéticas que vêm paulatinamente se implantando no país, já há um cuidado a fim de não “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.”.

O artigo 34 também já não é novo, contendo redação similar ao artigo 59 do CEM anterior (1988), com a variação de “responsável legal” para “representante legal”. O artigo 42 trata dos métodos contraceptivos, tal como no artigo 67 do código anterior.

No capítulo X o foco recai sobre os Documentos Médicos. O artigo 88 veda ao médico

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar



explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Este artigo conta com teor semelhante ao do artigo 70 do código anterior, mas ainda não elucida o que ou quais poderiam ser os riscos.

Diante do panorama descrito, foi elaborado um gráfico no qual é possível visualizar a porcentagem da fatia que cabe a cada CEM, na categoria veracidade. Neste e nos gráficos subsequentes, o total analisado se refere ao total de artigos elencados como pertencentes à cada categoria.

Figura 1 - Distribuição da "Categoria 1 - Veracidade" nos CEM de cada ano.

Fonte: a autora.

Dentre os artigos encontrados nas oito versões dos CEM que apontam para questões ligadas à veracidade, pode-se notar que a maioria está situada no CEM de 1988, acompanhada de perto pelos CEM de 2010 e de 1929 (ainda que este último apresente características diferentes, como pode ser visto na exposição dos artigos). Seguem com proporções menores os CEM de 1984, 1945, 1953 e, empatados com 4% cada, os CEM de 1931 e 1965.

Os CEM de 1929, 1984, 1988 e 2010 lideram o número de artigos presentes nessa categoria, pressupondo uma maior ênfase nas relações entre o paciente/doente/enfermo com seu médico. Essas relações mostram um caráter menos assimétrico conforme vão se aproximando os tempos atuais, gerando quando mesmo uma atitude de cautela para que tais relações sejam mais próximas e a veracidade seja mais constante.

4.3 DO SIGILO

Categoria 2: Sigilo

Tabela 2

Categoria 2 - Sigilo	
1929	<p>Capítulo 9: Do segredo médico</p> <p>Artigo 81 – O médico guardará o mais absoluto segredo si chegar a comprovar uma moléstia venérea em uma mulher casada. Não somente se absterá de tomal-a conhecedora da natureza da moléstia como também evitará que sobre o marido recaia a suspeita de ser o autor do contágio. Consequentemente não dará nenhum atestado nem fará relato algum sobre isto, embora o marido dê o seu consentimento.</p> <p>Artigo 83º- O médico, sabendo que uma ama de leite está amamentando uma criança syphilica, deve advertir os pais da criança, os quais estão na obrigação de levar isso ao conhecimento da ama de leite. Se recusarem fazê-lo, o médico, sem nomear a moléstia, imporá a ama de leite à necessidade de desmamar a criança imediatamente procurando que permaneça na casa o tempo necessário para certificar-se de que não foi contagiada. Se os pais</p>

	<p>não dão o seu consentimento e insistem em que a ama continue a amamentar a criança, o médico far-lhes-á as reflexões necessárias; se não obstante isto insistirem, o médico deve informar a ama de leite do risco que corre, contraindo uma moléstia contagiosa, se continuar à amamentação.</p> <p>Artigo 88º- O médico não deve responder às perguntas que lhe sejam feitas sobre a natureza ou caráter da moléstia de seu cliente; mas, é autorizado não só a dizer o prognóstico do caso aos mais íntimos do paciente, como também o diagnóstico, se alguma vez o julgar necessário para a salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou para melhor direção do tratamento.</p>
1931	<p>Capítulo IX: Do segredo médico</p> <p>Artigo 83º- O médico não deve responder ás perguntas que lhe forem feitas sobre a natureza ou caráter da moléstia do seu cliente; mas é autorizado não só a dizer uma vez que o julgue necessário para salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou para melhor direção do tratamento.</p>
1945	<p>Capítulo 9: Do segredo médico</p> <p>Artigo 34º- É dever do médico: 5- Comunicar a um dos responsáveis ou interessados pelo enfermo, ou a este, a seu juízo, o diagnóstico da doença.</p> <p>Artigo 35º- É permitido ao médico: 2- Comunicar a um dos responsáveis ou interessados pelo doente, ou a este, a seu juízo, o diagnóstico da moléstia, uma vez que o julgue necessário à salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou à melhor direção do tratamento.</p> <p>Artigo 35º- É permitido ao médico:</p> <p>Parágrafo único: Tratando-se de doença venérea em marido ou mulher, é vedada qualquer informação ao outro cônjuge.</p>
1953	<p>Artigo 36º- O médico está obrigado, pela ética e pela lei a guardar segredos sobre fatos que tenha conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, ficando na mesma obrigação todos os seus auxiliares. Parágrafo único: O consentimento do cliente não exime o médico da obrigação de guardar sigilo.</p> <p>Artigo 38º- É admissível a quebra do sigilo profissional nos seguintes casos: a) Quando o paciente for menor impúbere e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família, ou envolva a responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico, nesses casos, revelar o fato aos pais, tutores ou pessoa outra sob cuja guarda ou dependência esteja o paciente.</p>
1965	<p>Capítulo 5: Segredo médico</p> <p>Artigo 39º- Salvo nos casos previstos no artigo anterior, os atestados médicos só podem ser fornecidos, ao próprio interessado, neles ficando declarado que foram dados a pedido do mesmo, evitando-se ao máximo mencionar diagnóstico.</p>

	<p>Capítulo 8: Relações com instituições assistenciais e hospitalares, com auxiliares de serviço médico</p> <p>Artigo 76º- O médico não formulará, junto aos doentes, críticas aos serviços hospitalares ou assistenciais, á sua enfermagem ou aos seus médicos, devendo dirigi-las á apreciação das autoridades competentes.</p>
1984	<p>Artigo 44º - Revelar fatos de que tenha conhecimento por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, permanecendo esta proibição mesmo que o paciente já tenha falecido, salvo em justa causa ou para obedecer a dever legal.</p>
1988	<p>Capítulo IX - Segredo Médico</p> <p>Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.</p> <p>Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.</p>
2010	<p>Capítulo IX - Sigilo Profissional</p> <p>É vedado ao médico:</p> <p>Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.</p> <p>Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.</p>

Fonte: a autora.

O sigilo quanto aos dados do paciente é um dever médico inquestionável, salvo em questões de doenças de notificação compulsória e outras questões previstas em lei. Na maioria das vezes, os pacientes conhecem o dever do sigilo e, portanto, se sentem protegidos por ele, acreditando que tudo o que for dito e revelado não será de forma alguma revelado a terceiros. Atualmente, com o grande desenvolvimento tecnológico, esse sigilo já se encontra sob ameaça algumas vezes, devido a interesses econômicos de operadoras de saúde, ávidas de maior lucratividade e de melhores condições para conduzir seus negócios. (CREMESP, s/d)

Como o próprio título da categoria já indica, os pontos abordados a seguir terão ligação com questões relativas ao caráter confidencial da profissão.

No artigo 82 do CEM de 1929, o médico se interpõe aos noivos em caso de doença venérea constatada. O artigo aponta claramente para o possível portador da doença como sendo o noivo, uma vez que à época seria bastante incomum ocorrer o oposto, tendo em vista o papel feminino vigente. É interessante perceber o quanto o médico pode intervir, inclusive informando à família da noiva acerca do caso. Ainda que se leve em conta o caráter higienista pelo qual passa o país e a proteção a futura prole, o médico se mostra investido de um grande poder atribuído à sua função.

O mesmo ocorre no artigo 83, o qual versa sobre o contágio da sífilis e a importância do desmame, em uma época que ainda se acreditava que a criança pudesse contagiar a ama de leite. O médico, contudo, não estava autorizado a nomear a moléstia para a ama de leite, embora insista em sua dispensação, com a devida certeza de que não tenha sido contagiada.

O artigo 88 mostra que, a critério do médico, prognóstico e diagnóstico só devem ser expostos para os mais íntimos daquele, e nunca ao próprio paciente. Não há, contudo, nenhuma alusão a quem seriam esses “mais íntimos” ou a quem caberia selecionar tais pessoas, dando a ideia de que isso permanece também como um critério baseado na subjetividade do médico.

Artigo 88º- O médico não deve responder às perguntas que lhe sejam feitas sobre a natureza ou caráter da moléstia de seu cliente; mas, é autorizado não só a dizer o prognóstico do caso aos mais íntimos do paciente, como também o diagnóstico, se alguma vez o ele julgar necessário para a salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou para melhor direção do tratamento.

No CEM subsequente (1931), é o capítulo IX que trata do segredo médico, e seu artigo 83 conserva redação similar à do artigo 88 do código de 1929.

Artigo 83º- O médico não deve responder às perguntas que lhe forem feitas sobre a natureza ou caráter da moléstia do seu cliente; mas é autorizado não só a dizer uma vez que o julgue necessário para salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou para melhor direção do tratamento.

Nessa nova redação já se pode notar que o médico deve continuar com sua discricção, mas quando autorizado a dizer, não há mais um direcionamento para os “mais íntimos do paciente”. Não há como saber, portanto, a quem será direcionada essa informação, ficando mais uma vez a critério do médico o privilégio de decidir.

O CEM datado de 1945 tem o tema exposto em seu artigo 35, o qual elenca dois itens que são permitidos ao médico. Dentre estes, o item 2 também aborda a comunicação do diagnóstico. Com uma redação de início igual à do artigo 34, item 5, traz uma oração a mais, salvaguardando a responsabilidade do médico e a direção do tratamento.

Artigo 35º- É permitido ao médico: 2- Comunicar a um dos responsáveis ou interessados pelo doente, ou a este, a seu juízo, o diagnóstico da moléstia, uma vez que o julgue necessário à salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou à melhor direção do tratamento.

Na leitura do artigo na íntegra, fica a impressão de que o enfermo só será informado de seu diagnóstico caso isso possa parecer ao médico estar salvaguardando sua responsabilidade enquanto profissional e/ou esta ser a melhor opção em termos de direcionar o tratamento. Pode-se pensar aqui que, caso o enfermo seja alguém de temperamento mais difícil, que tenha dificuldades em lidar com sua doença ou mesmo que não esteja preparado para ouvir o diagnóstico, este diagnóstico será apresentado a outro interessado (familiar?) e do enfermo será omitido; da mesma forma, se for uma doença para a qual não haja cura ou tratamento, alguma que exija isolamento ou outro procedimento diverso do usual. Por outro lado, o caput do artigo fala em itens permitidos ao médico e não em deveres atribuídos a este, o que leva a uma nova visão da relação médico-paciente.

Ainda no que concerne ao artigo 35, em seu parágrafo único, este apresenta a proibição de se revelar quer ao marido quer à mulher que o cônjuge seja portador de doença venérea. Já não parece haver uma discriminação tão clara acerca dos gêneros, como era apresentado no código de 1929.

O CEM de 1953 vai abordar o tema em seu artigo 36, que versa sobre a obrigatoriedade de guardar sigilo, tanto para o médico quanto para seus auxiliares. Em seu parágrafo único, o artigo expressa ainda que “O consentimento do cliente não exime o médico da obrigação de guardar sigilo”

No artigo 38 são elencados os casos em que o sigilo é passível de ser quebrado, dentre eles

Quando o paciente for menor impúbere e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família, ou envolva a responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico, nesses casos, revelar o fato aos pais, tutores ou pessoa outra sob cuja guarda ou dependência esteja o paciente.

No CEM datado de 1965, é o capítulo 5 que trata do segredo médico e, em seu artigo 39 discorre especificamente sobre atestado médico, assunto até então pouco comentado nos regramentos anteriores. Segundo este,

Artigo 39º- Salvo nos casos previstos no artigo anterior, os atestados médicos só podem ser fornecidos, ao próprio interessado, neles ficando declarado que foram dados a pedido do mesmo, evitando-se ao máximo mencionar diagnóstico.

O capítulo 8 que fala das Relações com instituições assistenciais e hospitalares, com auxiliares de serviço médico aponta, no artigo 76, que

O médico não formulará, junto ao doente, críticas aos serviços hospitalares ou assistenciais, à sua enfermagem ou aos seus médicos, devendo dirigi-las à apreciação das autoridades competentes.

O CEM subsequente, de 1984, chama a atenção, em seu artigo 44, para a condição do médico que presenciou ou deduziu fatos em sua atividade profissional, os quais também devem ser mantidos sob sigilo. Lembra o referido artigo que, mesmo após o óbito do paciente o sigilo deve continuar, salvo em condições especiais como, por exemplo, a obediência a dever legal.

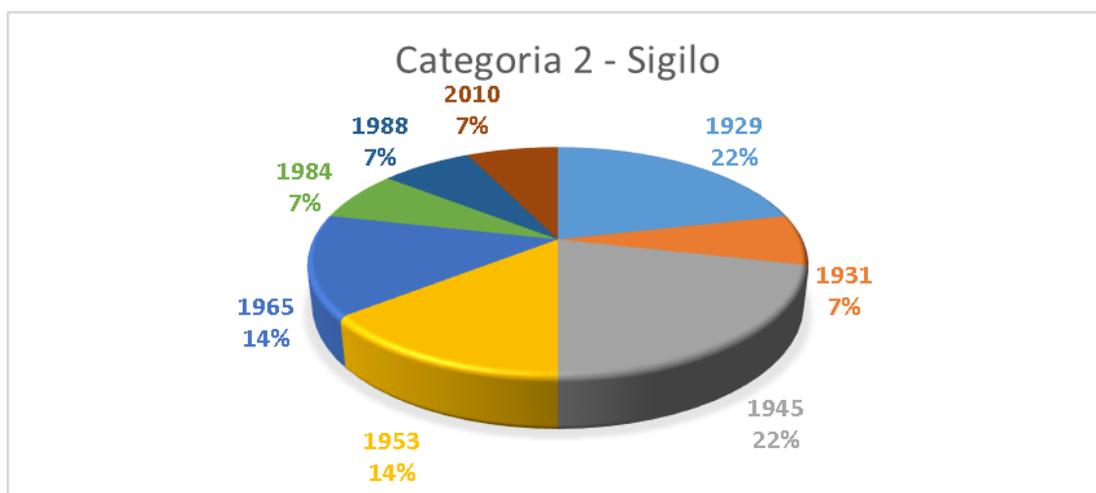
Já o CEM de 1988 apresenta no artigo 102 uma redação similar àquela apresentada no artigo 44 do CEM de 1984, eximindo o médico da responsabilidade em manter o sigilo apenas nos casos já elencados ou com autorização do paciente. A proibição permanece mesmo se o fato for de conhecimento público e após o falecimento do paciente. Alude ao fato ainda de

que, se o médico for chamado como testemunha judicial, deverá declarar seu impedimento e manter o sigilo. Essa última hipótese apresenta-se como uma inovação.

Finalizando, o CEM em vigor (2010) apresenta, em seu artigo 73, uma redação similar ao artigo 102 do CEM de 1988, mas informa que o consentimento do paciente para quebra de sigilo deverá se dar por escrito. Seu parágrafo único alude às mesmas exceções do artigo correlato do CEM anterior, com o acréscimo da alínea “c” onde diz que “na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.”

Abaixo a figura na qual aparecem os CEM por ano e porcentagem na presente categoria.

Figura 2 - Distribuição da "Categoria 2: Sigilo" nos CEM de cada ano.



Fonte: a autora

Nos artigos que enfocam o tema sigilo em cada versão do CEM, a concentração maior está nos CEM de 1929 e 1945, perfazendo juntos quase a metade de todos os artigos apresentados na categoria. Seguem-se os CEM de 1953 e o de 1965, com 15% e 14% respectivamente e os demais CEM apresentam porcentagem idêntica (7%) entre si.

Na presente categoria, são os CEM de 1929 e de 1945 que apresentam mais artigos sobre o tema (22%), talvez devido também à moralidade vigente, à expansão dos casos de sífilis e doenças venéreas de forma geral e, quiçá nesse último, questões geradas pela guerra que assola a Europa e compromete o mundo.

Interessante notar também que os CEM dos anos de 1931, 1984, 1988 e 2010 contribuem todos com uma mesma parcela (7% cada) de artigos com enfoque no sigilo. Os dois valores intermediários, relativos aos CEM de 1953 e 1965 também apresentam valores iguais (14% cada). Cada uma das porcentagens é praticamente múltipla da seguinte, caracterizando uma preocupação ora maior, ora mais branda, de apontar para a necessidade de sigilo. Importante notar que nenhum dos CEM deixou de dar sua contribuição, o que lembra o comentário de Gracia anteriormente citado à página 19, onde diz que ao médico sempre foi mais importante manter o segredo do que expor a informação.

4.4 DA EVOLUÇÃO DA MORALIDADE

Categoria 3: Evolução da Moralidade

Tabela 3

Categoria 3 - Evolução da Moralidade	
1929	<p>Capítulo 2: Dos deveres relativos à manutenção da dignidade profissional</p> <p>Artigo 18º- Os médicos e os professores das escolas médicas não subscreverão nem assinarão, nem contribuirão para que se expeçam títulos, licenças ou atestados de idoneidade em benefício de pessoas incompetentes, ou que não tenham cursado estudos universitários, nem para favorecer aos que visivelmente tenham o propósito de exercer a medicina de acordo com sistemas exclusivos, arbitrários ou opostos aos princípios verdadeiros da ciência medica.</p> <p>Capítulo 12: Preceitos que se recomendam ao público seguir em benefício dos enfermos e da harmonia que deve reinar entre o grêmio médico</p>

	<p>2º- O público deve favorecer e estimular por todos os meios e estudo das ciências medicas e nunca perseguir nem permitir que se persiga judicialmente os que, exercendo sua profissão com legítimos títulos e perfeita honorabilidade, cometam algum erro involuntário de graves consequências, ou seja, objeto de imputações malévolas, por acidente sobrevivendo em ato reparatório ou no curso dum tratamento qualquer, racionalmente concebido e corretamente aplicado.</p> <p>8º- O enfermo deve implícita obediência às prescrições medicas, as quais não lhe é permitido alterar de maneira alguma. Igual regra é aplicada ao regime dietético, ao exercício e quaisquer outras indicações higiênicas que o facultativo creia necessário impor-lhe.</p>
1953	<p>Capítulo VI: Responsabilidade profissional</p> <p>Artigo 55º- É permitido intervir, no interesse exclusivo da saúde ou da vida da gestante, tanto no caso de aborto espontâneo, como no de aborto provocado por outrem.</p>
1965	<p>Capítulo 1: Normas fundamentais</p> <p>Artigo 5º - É vedado ao médico: p) deixar de utilizar todos os conhecimentos técnicos ou científicos ao seu alcance contra o sofrimento ou o extermínio do homem.</p>
1984	<p>Capítulo 1: Dos princípios</p> <p>Princípio 13- O exercício da Medicina é livre, não se obrigando o médico a prestar serviços profissionais a quem ele não o deseje, salvo na ausência de outro médico ou em condições especiais previstas em lei.</p>
1988	<p>Capítulo IV: Direitos Humanos</p> <p>Art. 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis consequências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.</p> <p>Capítulo X: Atestado e boletim Médico</p> <p>Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.</p>

Fonte: a autora.

O transcorrer do século XX apresenta muitas mudanças, as quais acabam por impor novos valores à sociedade de diversas maneiras. É consenso que pontos importantes relativos a valores morais sofreram mudanças, trazidas por movimentos libertários femininos, leis que possibilitavam a separação de cônjuges, questões relativas a leis de trabalho, dentre outras. Os CEM vão gradativamente refletindo em seus artigos tais alterações ocorridas na sociedade em geral.

O primeiro dos CEM, datado de 1929 atenta já para o fato no capítulo 12, em seu parágrafo 2º, o qual procura favorecer o estudo e evitar que os médicos sejam judicialmente perseguidos, chamando a atenção para o fato de que o médico é um profissional competente e, quando há falhas, essas não têm cunho intencional. Toca-se na questão de possível erro médico, todavia salvaguardando este profissional, quando classifica o erro como “involuntário”, ainda que “de graves consequências”. É o que alguns autores como Gracia tipificam como a defesa da inimputabilidade do médico.

2º- O público deve favorecer e estimular por todos os meios e estudo das ciências medicas e nunca perseguir nem permitir que se persiga judicialmente os que, exercendo sua profissão com legítimos títulos e perfeita honorabilidade, cometam algum erro involuntário de graves consequências, ou seja, objeto de imputações malévolas, por acidente sobrevivendo em ato reparatório ou no curso dum tratamento qualquer, racionalmente concebido e corretamente aplicado.

No parágrafo 8º, fica claro que um enfermo deve total obediência às ordens medicas de qualquer natureza. O texto usa a palavra obediência, como um filho deveria ter para com seus pais, sem contestar ou, nas palavras do texto, “não lhe é permitido alterar de maneira alguma”

8º- O enfermo deve implícita obediência às prescrições medicas, as quais não lhe é permitido alterar de maneira alguma. Igual regra é aplicada ao regime dietético, ao exercício e quaisquer outras indicações higiênicas que o facultativo creia necessário impor-lhe.

Se nos CEM de 1931 e 1945 tais discussões são praticamente sem visibilidade, isso volta a acontecer no CEM de 1953, no qual, embora em número reduzido, já se podem perceber outros focos de abordagem, como o aborto, por exemplo.

O CEM de 1953 apresentou apenas o artigo 55 como pertinente ao presente trabalho. Em tal artigo fala-se da gestante, permitindo a intervenção médica no interesse exclusivo da vida desta, quer em aborto espontâneo ou provocado. Não há menção ao embrião ou feto. Todavia, esse mesmo artigo já evidencia a preocupação em atender o “interesse exclusivo da saúde ou da vida da gestante” o qual, ainda embora a critério médico e dependente da avaliação deste, já aponta para alguma condição de respeito à gestante e à preservação da vida dela.

O código de 1965 traz pela primeira vez as normas fundamentais, sendo o capítulo 1 o conjunto destas. No artigo 5º, que elenca ações vedadas ao médico tem-se, na alínea p) que “o médico não deve deixar de fazer uso de todo o conhecimento ao seu alcance contra o sofrimento humano.”

O CEM de 1984 também contém princípios fundamentais e, em seu princípio 13, dá ao médico o direito à liberdade de não atender a quem ele não deseje, salvo em ausência de outro profissional.

No CEM de 1988 o foco maior vai para o artigo 51, o qual toca, ainda que de forma indireta, na preservação da autonomia da pessoa, mas especificamente ao referir-se àquela em greve de fome:

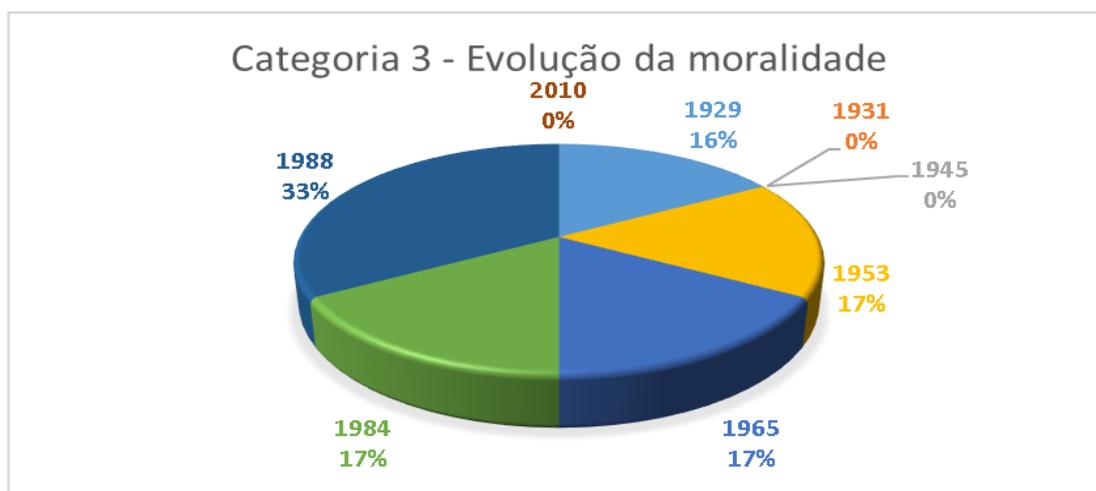
Art. 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis consequências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

A própria menção à greve de fome como parte do CEM já mostra uma mudança de paradigmas, um assunto com essa especificação como fruto provável do período ditatorial pelo qual o país recém passara, da mesma forma com que outrora se falara em amas de leite, sífilis e outras moléstias. Não aparecem nessa abordagem ainda as questões de cunho social.

O artigo permite ao médico tratar a pessoa em perigo de vida e fazê-la ciente das complicações advindas de seu jejum prolongado, ainda que essa possa estar em plena consciência de seu estado e relute em aceitar tal tratamento. Considerando que o CEM somente tem relevância como instrumento de orientação ao adequado comportamento do médico e ocupa, portanto, a esfera infralegal do arcabouço jurídico nacional, os profissionais devem obediência também às leis de códigos maiores, que colocam a preservação da vida como dever legal.

O gráfico a seguir fornece outros detalhes:

Figura 3 - Distribuição da "Categoria 3: Evolução da Moralidade" nos CEM de cada ano



Fonte: a autora.

O CEM de 1988 é, nesta categoria, aquele que apresenta a maior contribuição, compondo sozinho a terça parte dos artigos encontrados. Seguem-se a ele, empatados entre si e com a metade do valor (17%) os CEM de 1984, 1965 e 1953, acompanhados de perto pelo CEM de 1929. Os demais CEM foram inexpressivos na categoria, não apresentando contribuições.

Vê-se facilmente no gráfico uma equiparação dos diversos artigos dos CEM, à exceção de 1931, 1945 e 2010, que não contribuíram nessa categoria. A Evolução da Moralidade instaura-se paulatinamente, respeitando os contextos culturais de cada época abrangida pelos CEM.

4.5 DOS PARADIGMAS EMERGENTES

Categoria 4: Paradigmas Emergentes

Tabela 4

Categoria 4 – Paradigmas Emergentes	
1988	<p>Capítulo IV: Direitos Humanos</p> <p>Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.</p> <p>Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.</p>

Capítulo VI: Doação e Transplante de órgãos e Tecidos

Art. 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Capítulo IV: Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Capítulo V: Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

2010

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Capítulo VI: doação e Transplante de Órgãos e Tecidos

É vedado ao médico:

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Capítulo XII: Ensino e Pesquisa Médica

É vedado ao médico:

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País. Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Essa categoria versa sobre uma nova realidade que se impõe paulatinamente, tanto à classe médica quanto à sociedade em geral. A segunda metade do século XX conta com um extraordinário desenvolvimento tecnológico, capaz de surpreender a todos e modificar substancialmente uma série de atitudes. Isso se torna ainda claro a partir da leitura do que se apresenta nos próprios CEM.

Ainda que desde após a Segunda Guerra Mundial a expressão “direitos humanos” tenha se tornado conhecida – em especial a partir de 1947, com o Código de Nuremberg e 1948, com a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) – os CEM brasileiros ainda não contavam com nada específico a esse respeito. A partir do CEM de 1988 os direitos humanos passam a compor o capítulo IV, no qual o artigo 46 previne sobre “Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.” Aqui novamente ressalta-se o fato de que o médico é o profissional a quem compete manter a vida, mais do que apresentar ao paciente ou responsáveis um esclarecimento prévio. Relembrando, há leis mais amplas que os CEM que respaldam essa atitude. Entretanto, embora fale em esclarecimentos e consentimento, o artigo não aponta para o cuidado em perceber se estes esclarecimentos foram amplamente compreendidos pelo paciente e/ou seu familiar.

O capítulo VI inova, uma vez que enfoca a Doação e Transplante de órgãos e Tecidos. Em seu artigo 73, novamente apresenta atitudes vedadas ao profissional médico, desta feita, enfim com a redação contendo a expressão "em termos compreensíveis" e apontando tanto para o doador como para o receptor.

Art. 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

O CEM de 2010 mantém, tal como no código de 1988, um capítulo dedicado aos direitos humanos. No entanto, neste capítulo são elencados apenas itens vedados ao médico, não havendo nenhum artigo propondo uma

atuação diretamente ligada ao bem de uma dada sociedade ou sistema. O artigo 22 versa sobre o consentimento, com uma redação similar àquela do artigo 46 do código de 1988, com a diferença que, no código de 1988 fala-se em “perigo de vida” e no código ora em tela usa-se a expressão “risco de morte.” Essa expressão vem sendo utilizada com certa frequência há alguns anos, mas biologicamente parece não haver maiores diferenças entre tais terminologias; no entanto, essas terminologias podem ser interpretadas de modos bem diversos por alguém treinado para salvar vidas (da morte) desde sua formação profissional. Se “perigo de vida” for entendido como uma vida que corre perigo, ou que há perigo de perder a vida, como entender “risco de morte” senão como uma um risco ainda maior, onde urge a intervenção médica? Outros documentos mais recentes, emitidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e outros órgãos, já incorporaram essa expressão.

O artigo 24 veda a possibilidade do médico “Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.” Esse artigo parece trazer maior possibilidade da intervenção do paciente em seu próprio tratamento, inclusive advertindo o profissional de que não deve limitar a autonomia do paciente com sua autoridade. Um artigo que deixa clara a mudança de paradigma, abandonando o paternalismo em prol de um maior respeito à autonomia do paciente.

O artigo 26 enfoca novamente a questão ligada à greve de fome, com redação semelhante àquela presente no artigo 51 do código de 1988.

O artigo 28 veda ao médico “Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.” O uso de sua própria vontade (do profissional) fica assim limitado, mas o que representa o “interesse e integridade do paciente” também não está bem definido. De qualquer forma, esse é outro dos artigos que denotam uma mudança nos CEM, agora abrindo mão do paternalismo em favor de um paciente mais autônomo.

O artigo 41 proíbe a prática da eutanásia e em seu parágrafo único registra a necessidade de cuidados paliativos e rechaça a obstinação

terapêutica, além de apontar para a importância do respeito à autonomia do paciente. Diz, textualmente:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

O capítulo VI é voltado para a doação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Seu artigo 44 tem redação semelhante ao artigo 73 do código anterior.

O capítulo XII trata do Ensino e Pesquisa Médica e veda aos médicos, em seu artigo 100 deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente. Seu artigo 102 e o parágrafo único correspondente, contém a seguinte redação:

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Isso vai de encontro às questões referentes ao uso do placebo, o qual é apenas liberado nas condições estabelecidas no parágrafo único.¹¹ Enfatize-se que pacientes e representantes legais deverão estar "adequadamente esclarecidos", isto é o médico, se pesquisador, deve estar isento dos conflitos de interesse e não deverá haver terapêutica eficaz ainda liberada para uso no país.

¹¹ Em conformidade também com o item 33 da Declaração de Helsinque, o qual diz textualmente:

“33. Os benefícios, riscos, incômodos e a eficiência de uma nova intervenção têm de ser comparados com a(s) melhor(es) intervenção(ões) comprovada(s), exceto nas seguintes circunstâncias:

O uso de placebo, ou a não-intervenção, é aceitável em estudos em que não exista intervenção comprovada; ou

Quando, por razões metodológicas convincentes e cientificamente robustas, o uso de qualquer intervenção menos eficaz do que a comprovadamente melhor, o uso de placebo ou a não intervenção sejam necessários para determinar a eficácia ou a segurança de uma intervenção e os doentes que recebam qualquer intervenção menos eficaz do que a comprovadamente melhor, o placebo ou a não-intervenção não sejam sujeitos a risco adicional de dano grave ou irreversível resultante de não receberem essa intervenção comprovadamente melhor.

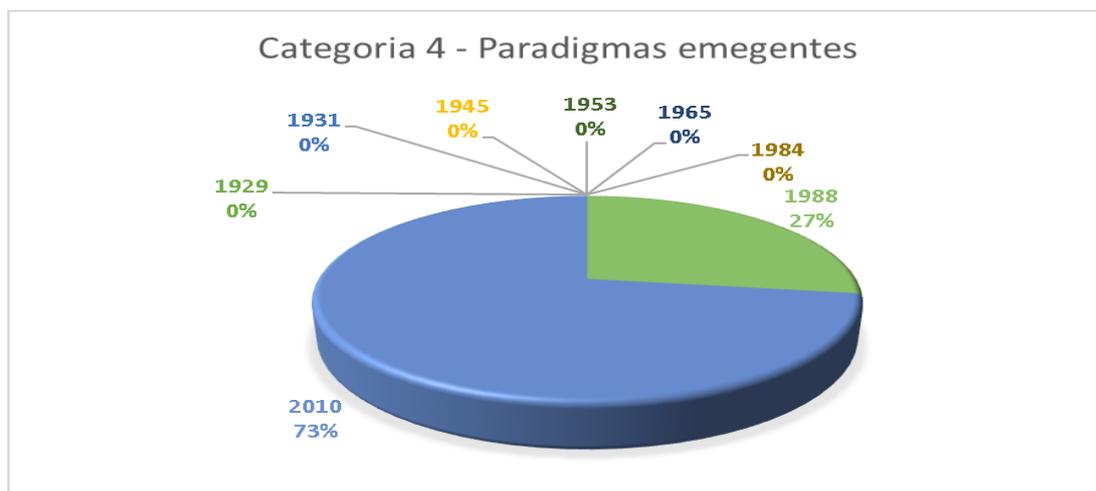
Devem ser adotadas cautelas extremas para evitar o abuso desta opção.”

O artigo 103 aponta para a necessidade de esclarecimento prévio acerca de realização de pesquisa, sendo vedado

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

No gráfico correspondente, pode-se visualizar os dois CEM constantes da tabela, com predominância clara do CEM relativo a 2010, o qual, além dos Direitos Humanos, enfocou questões relativas a transplantes, o direito à livre decisão pelo paciente, a doação de órgãos, interesses do paciente, eutanásia, ensino e pesquisa, dentre outros. Os avanços tecnológicos das últimas décadas ganharam peso neste CEM, trazendo à baila discussões novas, paradigmas recém-chegados à área da saúde.

Figura 4 - Distribuição da "Categoria 4: Paradigmas Emergentes" em CEM de cada ano



Fonte: a autora.

A figura mostra que os CEM de 1988 e de 2010 (principalmente este último) apresentaram uma contribuição bastante relevante nessa categoria, em vista de tratar-se de paradigmas “emergentes”, representando algo novo que surge, tanto para provocar mudanças quanto a partir delas. Nesse caso específico, os demais CEM não apresentaram contribuições.

4.6 DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS: MORALIDADE NECESSÁRIA

Tabela 5 - Categoria 5: Princípios fundamentais: moralidade necessária

Categoria 5 - Princípios fundamentais: Moralidade necessária	
1988	<p>Capítulo I: Princípios Fundamentais</p> <p>Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.</p> <p>Art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.</p>
2010	<p>Capítulo I: Princípios Fundamentais</p> <p>II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.</p> <p>VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.</p> <p>XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.</p> <p>XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.</p> <p>XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.</p> <p>XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.</p> <p>XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.</p>

Fonte: a autora.

Os princípios fundamentais em um código deontológico têm como função nortear de forma ampla a ação do profissional, exibindo conceitos gerais e sendo entendidos, portanto, como parte de uma moralidade necessária. Dessa forma, a presente categoria constitui-se apenas por itens constantes dos princípios fundamentais que estejam ligados ao tema da dissertação, excetuando-se aqueles que, por seu teor, sejam melhor compreendidos se inseridos em algumas das categorias precedentes.

Desde 1984 os princípios fundamentais já se encontram como parte integrante dos CEM. No código de 1988, o artigo 5º lembra ao médico que este deve "aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente".

O CEM de 2010 traz os princípios fundamentais compondo seu capítulo I, contendo informações essenciais para os profissionais da medicina. O princípio II deixa claro que "O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional." Se assemelha ao capítulo 5º do código precedente. A saúde do ser humano envolve um amplo bem-estar, mas não há aqui uma definição clara de saúde ou um direcionamento para qual definição de saúde (tal como a preconizada pela OMS, por exemplo) o médico deverá seguir.

O princípio VIII fala de liberdade profissional e apresenta uma redação que fala por si:

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

O princípio XVI tem redação similar àquela do artigo 16 do código de 1988, cabendo aqui as mesmas observações.

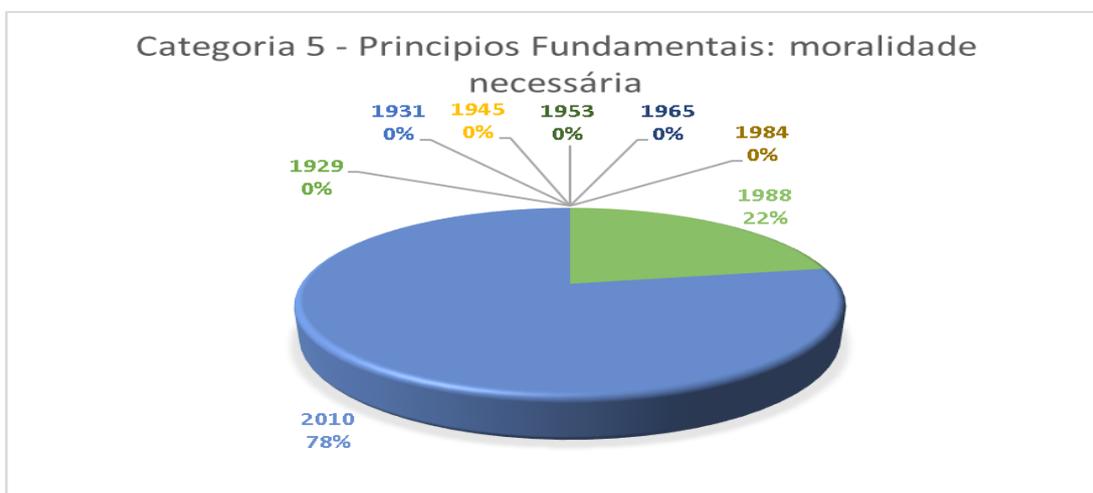
No princípio XXI que alude às decisões, tem-se textualmente que

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Finalmente o princípio XXII fala do paciente terminal e de cuidados paliativos, fatos até então pouco comuns nos códigos já visitados. Novamente prescinde uma melhor definição do que seriam os procedimentos "desnecessários". Aquilo que atende ao caráter de "desnecessário" fica a critério médico; este, que aprendeu que vidas devem ser salvas, terá que apreender agora quais procedimentos, nas situações apontadas, passam a ter um caráter desproporcional.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

Figura 5 - Distribuição da "Categoria 5: Princípios fundamentais: moralidade necessária" em CEM de cada ano



Fonte: a autora.

O gráfico dessa categoria também se compõe apenas dos CEM de 1988 e 2010, visto que os princípios fundamentais surgem nos CEM somente a partir de 1984 e neste último não havia pontos a serem levantados. Predomina o CEM mais recente (2010) por ser composto de um maior número de princípios fundamentais, muitos dos quais necessitavam ser mencionados aqui.

5 DA FORMAÇÃO MÉDICA

O conceito de profissão sofreu mudanças ao longo da história. Em seu início, correspondia a certa religiosidade e apenas três eram as profissões reconhecidas como tais – sacerdotes, juristas e médicos – as quais, para serem exercidas, exigiam certa vocação. Na atualidade, exercer uma profissão já implica em vincular-se a uma causa social (seja saúde, docência, informação ou qualquer outra), a qual passa a ser mais importante do que aquele que a exerce. (CORTINA, 2005)

Mudanças ocorridas na história humana trazem, como seria de se esperar, mudanças no exercício da medicina. “A instituição da profissão médica faz surgir a consciência e a autoridade morais da medicina” (DRUMOND, 2010, p.134), pois a profissão traz consigo o conceito de ética médica (deontologia), com uma orientação profissional, atenta ao papel de autoridade do médico, quer no âmbito científico, quer político, no papel do homem virtuoso, com o dever de curar. (DRUMOND, 2010)

Autores afirmam, no entanto, que as atitudes em relação ao adoecimento propriamente dito sofreram poucas alterações. As doenças são compreendidas subjetivamente por seus portadores, de acordo com a história de cada um, o momento da vida em que se encontram e a gravidade da doença, dentre outros fatores. As doenças fazem parte da história da humanidade, ligadas a saberes, atitudes, estruturas, instituições e cultura. (CARDOSO, 2000)

Abreu et al comentam que as decisões médicas devem ser libertas de conflito de interesses, apresentarem boas chances de benefícios em detrimento de riscos se mostrarem eficazes. Assim,

Faz-se necessário uma revisão na educação médica, visto que este modelo reformula o relacionamento médico-paciente. A relação de poder é compartilhada, bem como a relação com as responsabilidades. Neste paradigma, este mecanismo pode, hipoteticamente, otimizar a adesão do paciente ao tratamento, o que traria consequências benéficas no maior alcance dos desfechos clínicos almejados. (ABREU et al, 2006, p.267)

Ao questionar a ação ética de um profissional da medicina, pode-se supor que essa ação esteja diretamente ligada à forma com que os conteúdos

relacionados à ética foram ministrados durante sua formação, na graduação. Embora tenha iniciado de modo tímido, o Brasil tem aumentado o número de escolas médicas, principalmente ao longo das últimas décadas.¹²

Quanto à forma de ministrar o conteúdo, as escolas de medicina permaneceram por muito tempo com uma pedagogia bastante parecida. Isso parece ter tido seu início em 1910, com o advento do Relatório Flexner, que apresentou um modelo para os currículos de medicina, o qual dividia o curso em um ciclo inicial básico e outro a seguir, com um conteúdo clínico. Embora após mais de um século, esse relatório ainda serve de base para diversas escolas médicas ao redor do mundo. Com alguns pontos a seu favor e outros contra, o Relatório Flexner, ao mesmo tempo em que buscou uma excelência no ensino médico, deixou de levar em conta fatores que afetam a prática profissional e a organização de serviços de saúde. As necessidades de saúde passam a ser o ponto de chegada (e não o ponto de partida) da educação médica (PAGLIOSA e ROS, 2008)

Segundo Almeida (2011), o Relatório Flexner teve suas recomendações adotadas por praticamente todas as escolas médicas americanas da época e suas conclusões/recomendações consistiam

Na criação de departamentos, na compartimentalização do ensino das ciências básicas (criação do ciclo básico), no desenvolvimento da pesquisa no âmbito dessas ciências; na criação de hospitais-escolas, para serem utilizados como principais campos de treinamento clínico (ALMEIDA, 2011, p.36)

Essa reforma efetuada a partir do relatório Flexner envolveu a ação direta da Fundação Rockefeller, a qual financiava, através de bolsas de estudo, a formação de professores em universidades dos Estados Unidos. A ela coube, por conseguinte, uma imposição de valores culturais e científicos norte-americanos no Brasil, que levou a um decréscimo cada vez maior da influência europeia na educação médica.

O advento da Era Vargas teve o Brasil como parte dos aliados ao término da Segunda Guerra Mundial. Do mesmo modo, a ciência, como conceito e método de trabalho, foi um ponto de destaque no currículo das escolas de medicina no país, especialmente no que dizia respeito aos padrões

¹² Até 1949 o Brasil contava com 13 escolas médicas, todas públicas. (AMARAL, 2007) Em 2016 esse número subiu para 179, entre públicas e privadas. (CFM)

entendidos como científicos à época, impostos pela expansão cultural do império norte-americano, gerando um predomínio deste de forma ainda mais intensa. Além disso, governos populistas levaram a uma política de atenção médica à população através da implantação de hospitais e postos de saúde públicos, o que culminou por viabilizar a formação de um próspero mercado urbano para a medicina privada de alta qualidade.

Conforme Bulcão et al,

Os novos valores modificaram, por sua vez, não só a prática clínica e a investigação diagnóstica, como também a visão do processo de adoecimento, todos estreitamente relacionados ao conhecimento científico e à pesquisa. (Bulcão et al, 2007, p.484)

Até os anos 50 houve uma ênfase das pesquisas de caráter básico e clínico, ligadas ambas ao crescimento dos hospitais e da recente industrialização do país. A partir da década de 1960, começa a ficar mais evidenciado o descompromisso da medicina com a realidade e com as necessidades da população. Alguns problemas das escolas médicas passam a ser evidenciados, tais como qualidade do ensino, dissociação entre teoria e prática e desumanização da prática, em paralelo com um aumento de tecnologias. A partir dos anos 80 iniciam-se reformas na área de saúde em vários países, cada uma com suas características, dentre eles o Brasil, com sua Reforma Sanitária. (PAGLIOSA e ROS, 2008)

Como aponta Rego (2003), há mais de cinquenta anos as escolas médicas estão sob recorrente crítica em toda parte, particularmente as da América Latina, com disciplinas

Fragmentadas em pequenos feudos de especialistas, que parecem estar mais preocupados em formar jovens especialistas do que repassar os conteúdos indispensáveis para a formação de médicos generalistas. (REGO, 2003, p.37)

A atividade médica, imbuída da ideia de progresso e da valorização da ciência, caracterizava-se como essencialmente intelectual, predominando uma dependência à produção científica externa, devido à falta de incentivos ao desenvolvimento da pesquisa e da técnica médicas no país. Esses valores também se propagavam no interior das faculdades de medicina, trazidos pelo corpo docente. Dessa forma, as faculdades acabavam por não contribuir elas

mesmas para a criação e aprimoramento da ciência, permanecendo a mercê do conhecimento externo. (BULCÃO et al, 2007)

Conforme Rego (2003), a maior parte das escolas de medicina continua a formar seus alunos com os mesmos instrumentos de ensino e a mesma compreensão do processo relativa ao século que já findou, ainda que haja alguma ênfase na necessidade de que se estabeleça uma relação na qual tanto o médico quanto seu atendido sejam sujeitos do processo. A assimetria ainda predomina, uma vez que o médico é o sujeito sobre o qual recai o saber e, dessa forma, ele é tido como alguém capaz de decidir pelo bem do paciente.

Da mesma maneira, a doença passa a ser vista como um processo natural e biológico pelos estudantes, tal como mostra o contexto histórico relativo ao CEM de 1965, sem que seja levado em conta o social e o público como parte do processo saúde-doença. De tal modo que a saúde deixa de ser vista de forma ampla e reduz-se a algo inerente apenas ao contexto biológico, com pouco ou nenhum interesse pela experiência pessoal do paciente ou por sua subjetividade.

Muitas escolas médicas hoje vêm adotando modelos mais modernos de ensino como por exemplo o a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), que se propõe a inserir o futuro médico, desde o início de sua formação, num contexto mais humanizado, com teoria e prática caminhando mais próximas, sem a cisão entre ciclo básico e conteúdo clínico de forma tão estanque, apresentando uma nova divisão de disciplinas em módulos, mas que ainda não parece ter surtido efeitos na população de médicos recém-formados.

Ainda que haja modelos mais modernos, constata-se que, em geral, as iniciativas de mudanças são parciais e localizadas; parece não haver o reconhecimento da educação e da prática médica como fundamentais para a organização dos serviços de saúde (ALMEIDA, 2011). Segundo o autor,

Parece haver uma abundância de prescrições a respeito do que as políticas de reforma devem introduzir no campo de formação de recursos humanos em saúde, mas pouca atenção é dada a como os países podem leva-las adiante. (ALMEIDA, 2011, p.32 – grifos do autor)

Grosseman e Patício comentam que “o habito de escutar tem sido pouco enfatizado no cotidiano das interações entre os seres humanos.” (2004, p.102)

Andrade, Deus et al mencionam um “crescente declínio dos valores humanistas por parte dos futuros médicos, associado a uma perda crescente de idealismo e empatia, aumento do ceticismo, perda dos sentimentos de realização e satisfação com a escolha profissional.” (2011, p.518) Segundo eles, seria de se esperar que a conduta médica apresentasse “atitudes positivas para com o paciente” e que, quando se tratasse de estudantes de medicina, estes atuassem “segundo padrão socialmente aceito, pautado pela ética médica, e que seja favorável ao desenvolvimento da relação médico-paciente, colaborando, assim, para uma boa interposição no processo saúde-doença.” (2011, p.518)

Conforme Andrade, Deus et al,

Para que o futuro profissional médico seja edificado com qualidade, é preciso que, além do conhecimento científico e da técnica inerentes ao processo de trabalho, sejam agregadas à prática médica atitudes humanísticas e éticas. (2011, p.523)

Em relação às disciplinas ministradas, desde a década de 1970 que já surgem discussões a nível mundial acerca de sua adequação, tendo em vista, dentre outros fatores, a grande tendência à especialização dos profissionais, em detrimento de uma prática antes generalista, fazendo surgir um novo profissional. Este passaria a ser, além de mais especializado, “mais competente e mais prestigiado, portanto mais caro, tanto para o governo que o assalariava quanto para o paciente privado que contratava seus serviços” (BULCÃO et al, 2007, p.486).

Encontros envolvendo diversas entidades internacionais já vislumbravam a obsolescência de alguns critérios de funcionamento das escolas médicas, sugerindo modelos novos nos quais o ponto de partida fosse o processo de atenção à saúde, com a superação das dicotomias teoria/prática, básico/clinico e preventivo/curativo. Seriam necessárias uma “integração multidisciplinar, a integração docente assistencial e a inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços” (ALMEIDA, 2011, p.45)

Não somente no que concerne às disciplinas por si só, mas ainda aos docentes que as ministram, a formação do profissional médico estaria atrelada a um conteúdo prioritariamente tecnológico recebido nas aulas. Isto balizaria sua conduta ética posterior, nos consultórios do Sistema Único de Saúde ou

particulares, ao defrontar-se com o usuário. Assim, atendimentos cada vez mais impessoais parecem fazer com que a tecnociência, com toda sua parafernália de novidades em exames e diagnósticos, se sobreponha a um olhar, um contato e mesmo um acolhimento do paciente que sofre.

Um currículo adequado deveria ter continuamente presente durante o processo formativo o tema da relação médico-paciente e a abordagem multidisciplinar, transcorrendo de um grau mais simples para um mais complexo, no qual os médicos pudessem aprender a lidar com situações críticas tais como diagnósticos de doenças muito graves ou terminais. (CAPRARA, 2004)

Na relação médico-paciente deveria estar presente uma relação de confiança, há séculos associada ao processo de cura. No entanto, Foucault (2003) afirma que médicos e pacientes estão em cada vez mais próximos, numa ligação na qual o médico é detentor de um olhar que espreita, apoia e penetra. Por seu turno, o doente é portador de um “conjunto de qualidades insubstituíveis e mudas que [...] mostram e variam as belas formas ordenadas da doença.” (FOUCAULT, 2003, p.16). De qualquer modo, ressalta o autor, o médico não tende a se demorar no olhar que lança ao corpo desse doente.

A tecnologia médica desenvolvida nas últimas décadas parece ter promovido um distanciamento e uma supervalorização da técnica, que redundam hoje numa despersonalização, uma mercantilização da saúde, contribuindo para uma desumanização do atendimento. Mas conforme Abreu et al (2006), se o médico não cumpre o papel de orientar e auxiliar seu paciente, este último irá em busca de outras soluções, muitas vezes sem eficácia ou dispendiosas.

No entanto, quando se fala em orientar o paciente, isso não pode ser compreendido como retirar dele a autonomia; o profissional médico tem se colocado em posição muito mais voltada para determinar o que o paciente precisa do que para orientá-lo no sentido de tomar uma decisão que se mostre mais adequada ao seu modo de ser e de pensar. Caberia a este profissional mostrar os prós e contras de uma dada terapêutica, para que pudesse partir de um paciente bem informado a decisão acerca de seu próprio tratamento. No entanto, a formação médica não tem contribuído muito nesse sentido e o surgimento da técnica – cada vez mais capaz de resultados exatos – tende a

afastar o profissional de seu atendido, ocupado paulatinamente um lugar de destaque na relação médico-paciente. Dotados de recursos hoje que médicos da primeira metade do século XX não poderiam sequer imaginar, os profissionais se encantam com as possibilidades que o uso dessa tecnologia apresenta.

Atualmente, doenças ocultas no interior do corpo, em pontos onde o exame clínico não as poderia encontrar, são facilmente detectáveis por algum tipo de exame ou equipamento; câncer e outras doenças ainda em fase assintomática podem ser vistos nas telas de algum aparelho e, com isso, providências podem ser tomadas, aumentando a chance de cura. Conforme lembra Bobbio (2016), o paciente ainda não diagnosticado se assemelha a um cidadão sem identidade, passível de sofrer “procedimentos diagnósticos invasivos e inadequados, para os quais não é possível adotar uma terapia eficaz” (BOBBIO, 2016, p.240). Desse modo, é praticamente impossível não se curvar às facilidades da tecnologia e trabalhar em conjunto com elas.

Aliada ao avanço da técnica, profissionais, docentes e discentes se encantam com as possibilidades de tratamento e cura, mas não percebem no doente alguém que carrega consigo mais que uma enfermidade; um ser humano que está de posse de expectativas e desejos dos quais o médico, além de não se dar conta, não mostra interesse senão pela doença (in)curável que ora se apresenta. É possível aprender a técnica e fazer valer o privilégio terapêutico; lidar com as subjetividades de cada paciente, auxiliando-os no entendimento de sua condição de saúde, prescinde de formação mais adequada, pautada na dignidade humana.

Essa sensação de superação de problemas trazida pelo avanço da tecnologia afeta tanto aos profissionais de saúde quanto aos pacientes. Estes últimos, ávidos pela contribuição que a técnica pode trazer, também se curvam à modernidade, exigindo muitas vezes dos médicos a recomendação de algum exame mais elaborado ou de utilização de algum equipamento recém lançado. Ou, como também é possível ver, saindo ligeiramente aborrecidos da consulta médica por não lhes haver sido recomendado nada além do trivial. É a biotecnologia avançando na relação de confiança que médico e paciente deveriam ter entre si, frente a frente, sem a interferência tecnológica, pois a percepção da doença pelo paciente diverge do modelo clínico, uma vez que

seus valores pessoais, experiência do sofrimento e compreensão do caso também estarão presentes. O uso da tecnologia, embora irreversível, deve ser permeado pela crítica, em que pesem “as possíveis formas de relação médico-paciente e assim ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática” (CAPRARA, 2004, p,145).

Desse modo, seria preciso ir além da técnica, usando da sensibilidade para conhecer as reais necessidades do paciente,

Ouvir suas queixas e encontrar, junto com o paciente, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença. Esta demanda exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada de considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional. (CAPRARA, LINS e FRANCO, 1999, p.650)

Parece provável que sempre se possa contar com o surgimento de novos procedimentos e/ou tratamentos, capazes de suplantar os já existentes, ainda que por necessidade de mercado. Bobbio complementa:

Ofuscada pelo progresso, pelos bons resultados e por lucros econômicos importantes, a medicina perdeu o controle e não consegue determinar quando é necessário parar para não causar mais danos que vantagens. (BOBBIO, 2016, p.24)

O mesmo ocorre com os medicamentos, numa mesma via de mão dupla como aquela supramencionada. A todo instante surge uma nova droga prometendo a cura imediata e/ou milagrosa, ou apenas uma versão mais nova de uma droga já existente. A todo momento a medicina se vê assediada pela indústria farmacêutica, a qual pretende provar que o novo fármaco deve ser receitado a todos. Pacientes também tendem a se sentirem valorizados quando lhes é indicado um medicamento novo, mais desenvolvido, com efeitos colaterais mais leves (ou sem eles), com um custo mais difícil de arcar, mas que promete cortar o mal pela raiz quase na velocidade da luz. Nessa enxurrada de novidades de mercado, ganha em primeiro lugar a indústria farmacêutica, quando não lucra apenas ela, e frustram-se os demais. Essa medicalização atende aos interesses conjuntos da medicina e da indústria farmacêutica, contribuindo ainda para uma supervalorização do conhecimento médico e a relação de dependência do paciente.

Torna-se cada vez mais tênue a linha que separa a normalidade da doença; essa última teve seus limites estendidos nas últimas décadas, a fim de propiciar pedidos acerca de produtos e de prestação de serviços. Sintomas comuns foram, paulatinamente, transformados em problemas médicos e lida-se agora com um conceito de doença fluido, capaz de induzir uma demanda por tratamento. (BOBBIO, 2016)

Esses conhecimentos especializados e dependência de tecnologia de ponta acabam por subestimar o domínio de habilidades fundamentais que o futuro médico deveria possuir. Assim pensa Siqueira (2003), que vê nos estudantes um imenso fascínio tecnológico, o qual se sobrepõe ao ser humano enfermo tanto quanto às circunstâncias que permeiam seu adoecimento. O futuro médico já se prepara para cuidar de doenças, não de doentes; o paciente torna-se um ator coadjuvante, em um exercício limitado de autonomia, uma vez que para o médico ou mesmo para o acadêmico de medicina, não mais é preciso ouvi-lo; a tecnologia falará por ele.

Parece não ser possível ao médico pensar que o princípio ativo de um medicamento não seja o único fator determinante para um tratamento bem-sucedido. (BOBBIO, 2016) Andrade, Deus et al mencionam ainda que a relação médico-paciente é permeada por “aspectos importantes, como a produção de subjetividades, compartilhamento de decisões terapêuticas e prevenção de iatrogenia”, o que leva a pensar na

Necessidade de sedimentar o binômio ética/humanização desde o início da graduação, possibilitando formar profissionais mais preparados para lidar com os pacientes nos âmbitos psicológico e psicossocial. (2011, p.523)

Almeida (2011) comenta que a educação dos profissionais de saúde tem sido predominantemente desenvolvida em estabelecimentos hospitalares, em detrimento de um exercício profissional que deveria ocorrer na comunidade, visando a solução de problemas prioritários de saúde, integrando funções de assistência, pesquisa e ensino. Além disso, segundo Rego (2003) o curso médico incentiva a competição, não havendo esforços para criar uma “atmosfera de cooperação e de trabalho em equipe” (REGO, 2003, p.107).

Nos hospitais de hoje, como lembra Deslandes, está presente a

Marca histórica de sua constituição organizacional impor aos ‘pacientes’ o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar

de seus corpos (e subjetividades) a procedimentos e decisões que sequer compreendem. Em outras palavras, essa forma de tratar o 'doente', que em nome da 'rigorosa prática científica' aparta-o de seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para tomada de decisões, constituiu, por muito tempo, a tônica da cultura organizacional hospitalar. (DESLANDES, 2004, p.9)

Os hospitais asseguram uma vigilância contínua, necessária sobretudo para as doenças contagiosas, os casos difíceis e complexas. Aparece como indispensável medida de proteção das pessoas sadias contra a doença e “dos doentes, contra as práticas das pessoas ignorantes.” (FOUCAULT, 2003, p.45) No hospital, o doente é o sujeito da sua doença, um caso clínico, um objeto transitório do qual a doença se apropriou. (FOUCAULT, 2003)

Conforme Siqueira (2000), de uma rica arte de relacionamento, a medicina reduziu-se a leitura de variáveis biológicas e nesse modelo não há lugar para a participação do paciente como sujeito, uma vez que o médico vem sendo treinado para subestimar a subjetividade dessas pessoas. Pessini, Siqueira e Hossne alertam para o fato de que “quando todos são transformados em seres acrílicos, tudo passa a ser possível.” (2010, p.16)

Rego é da mesma opinião, quando diz que o paciente tende a um não reconhecimento como sujeito, mas como um “caso” e, desse modo, torna-se pouco claro aos estudantes de medicina o reconhecimento de questões éticas que envolvem seus pacientes. Ainda que as reconheçam, lhes será difícil uma tomada de decisão, uma vez que não estejam habituados e que também “não são estimulados a pensar os problemas em sua dimensão moral.” (REGO, 2003, p. 107) O mesmo autor complementa lembrando que é preciso que o indivíduo seja capaz de “conviver em uma sociedade democrática e pluralista, preocupado com a busca por estabelecer e favorecer relações mais justas na sociedade, mas também a ser capaz de raciocinar de forma autônoma.” (REGO, 2003, p.167) E acrescenta:

Os conteúdos não devem se limitar àqueles estritamente relacionados às situações que se acredita que os estudantes [de medicina] venham a se confrontar depois de formados, mas incluir desde a filosofia da moral e da ciência, como uma base consistente para a reflexão moral autônoma, mas condizente com os próprios objetivos do curso, até as situações práticas concretas que os estudantes vivenciam durante a graduação [...] e aquelas que definiríamos como clássicas na prática médica. (REGO, 2003, p.168)

Decerto é inegável a contribuição da biotecnologia para o aumento da longevidade e a melhoria da qualidade de vida, mas, conforme Berlinguer (1993), “não se pode ser contra as tecnologias modernas; mas é necessário saber estimulá-las e utilizá-las detectando as mais apropriadas: do modo de vida ao diagnóstico e à terapia” (1993, p.80). Porém, em que pese a tradição do profissional de saúde decidir o diagnóstico da doença e a terapia a ser adotada, a aquisição e manutenção da autonomia do paciente acerca de seu próprio tratamento, devem ser sempre incentivados e respeitados. É necessário ainda evidenciar pontos cruciais do viver humano, como a dor, o sofrimento, a felicidade e a morte, os quais passam por mudanças radicais, nem sempre positivas.

Já há como cuidar dos doentes de forma muito mais resolutiva e em proporções jamais imaginadas. Há técnicas para controlar agentes patogênicos, novas formas de diagnóstico e de higienização, novas técnicas de prolongamento da vida, o uso de fármacos em larga escala e diversos mecanismos de controle, propiciando, ao mesmo tempo, um aumento das forças de trabalho e da longevidade nas populações. Porém, inúmeras vezes, sacrifica-se a autonomia do paciente, seus desejos mais primitivos, principalmente em situações terminais, submetendo-o a situações de insuportável sofrimento.

Ao mesmo tempo, voltam à cena doenças há muito esquecidas; doenças controladas apresentam novos surtos; aumentam as disparidades entre países no que concerne a políticas públicas e trabalhadores de saúde, ameaçando a segurança de todos, em tempos que qualquer contágio pode dar a volta ao mundo em poucas horas.

De acordo com Drane, “os componentes éticos básicos de um relacionamento médico-paciente não podem ser violados sem sérias repercussões.” (2010, p.109) O paciente, em que pese ser tratado da forma mais perfeita tecnicamente, carece de atenção, compaixão e atuação ética, pois os sofrimentos, em sua maioria, ainda não puderam ser minimizados. Não obstante, numa sociedade identificada pela analgesia, a dor frequentemente costuma perder sua dimensão subjetiva, o sofrimento deixa de ser visto como algo íntimo e pessoal e é transformando em problema técnico.

Serodio e Almeida apontam para o fato de que há uma percepção atual compartilhada por muitos, de que o “médico está cada vez mais distante do paciente, priorizando excessivamente o aspecto técnico da profissão.” E que isso faz parte de um contexto social maior, no qual “a indiferença em relação às pessoas é a regra. Além disso, fatores inerentes ao mercado de trabalho no setor de saúde criam circunstâncias que dificultam sobremaneira o atendimento.” (2009, p.56)

Os mesmos autores aventam a hipótese de que seja

Possível que o conjunto de formadores não esteja suficientemente sensibilizado para explorar em profundidade as inúmeras situações de conflitos éticos que ocorrem ao longo de um curso. Ocorre que aqueles que exercem, ao mesmo tempo, funções de assistência e de docência têm uma responsabilidade particularmente maior num momento em que a sociedade demonstra insatisfação com o preparo dos médicos no âmbito da ética e do humanismo. Cabe às escolas médicas estimular as diferentes disciplinas e módulos de ensino a abrirem espaços formais para estas discussões e investir na conscientização e no preparo do corpo docente para o papel central que representam na formação ético-moral dos estudantes. (SERODIO e ALMEIDA, 2009, p.61)

São da mesma opinião Ferreira, Silva et al, quando chamam a atenção para o fato de que “o ensino da ética nos cursos de medicina, ainda hoje, caracteriza-se quase que exclusivamente pela abordagem deontológica. [...] O caminho da ética passa a ser pavimentado por leis e os médicos, orientados por advogados. (2009, p.1539). Reforçam os autores mencionando também que

A escola médica não tem cumprido seu papel de ser um espaço de discussão das dificuldades éticas vivenciadas pelos estudantes, não capacitando adequadamente estes para lidar com os desafios éticos e morais com os quais se depararão no dia a dia de sua prática profissional. (FERREIRA, SILVA et al, 2009, p.1534)

Percebe-se que o ensino da ética nos cursos de medicina não está em consonância com as necessidades que se fazem presentes na sociedade atual, a qual clama por uma relação de maior simetria entre médico e paciente, privilegiando a autonomia desse último (SIQUEIRA, 2003).

Rego comenta que, em tempos idos, “era comum os médicos considerarem que, se fossem bons técnicos, seriam necessariamente éticos em sua prática; que ser ético era, para médicos, algo inato.” (2003, p.103) Esse

entendimento, segundo o autor, “reflete um entendimento parcial e limitado da ética e dos aspectos e implicações morais inerentes a esse relacionamento tão peculiar, que é a relação médico/paciente.” (REGO, 2003, p.103)

Inúmeros são também os autores que se posicionam a favor de uma mudança no ensino da ética nas faculdades de medicina, tendo em vista as recentes e radicais mudanças pelas quais a sociedade vem passando, como Berlinguer (1993) quando diz que se “faz premente a exigência de atualizar a ética médica, tanto nas normas quanto nas aplicações práticas” (1993, p 78). Segundo o mesmo autor, a deontologia médica deve ser entendida como

o conjunto de normas para o exercício terapêutico e para regulamentar as ações entre entidades potencialmente conflitantes; relacionamento entre os sanitaristas e o Estado (denúncias, laudos, perícias); relacionamento com os doentes (atestados, receitas, sigilo profissional, omissão de socorro); relacionamento entre médicos. (1993, p. 79)

As tomadas de decisões e o respeito à autonomia do paciente, dentre outros, devem ser postos em prática, em prol de uma melhoria da ética no atendimento à saúde. Dentre eles, poderiam ser citados novamente Taquette, Rego et al, quando dizem que

O ensino da ética nos cursos de graduação, em particular para a medicina deve ter como objetivo tanto formar profissionais que conheçam e saibam utilizar os fundamentos, os princípios, as diretrizes e os métodos da bioética quanto contribuir para que estes se tornem pessoas capazes de tomar decisões que envolvam aspectos morais com autonomia e com respeito à pessoa. (2008, p.27)

Já são inúmeras as pesquisas que enfocam a ética na saúde e as desigualdades que vêm à tona quando não há uma atenção maior às necessidades do usuário quanto a tal aspecto. Muitas pesquisas partem de questionamentos voltados aos profissionais e estudantes, enumerando eventos e momentos nos quais estes presenciaram situações nas quais ocorriam conflitos éticos, conforme os relatos, por exemplo, de Berlinguer (1993)

Em relatório publicado pelo *The Lancet* em 2010 acerca da educação dos profissionais de saúde no novo século, apresenta-se um cenário repleto de desafios. Em diagnóstico realizado em diversos países, foram encontrados currículos fragmentados, desatualizados e estáticos incompatíveis com as necessidades existentes. O trabalho em equipe se mostrava precário, com visões restritas, sem conhecimento do panorama mais amplo; encontros

descontinuados entre equipes, desequilíbrios do mercado de trabalho, liderança precária e corporativismo, dentre outros. (FRENK e CHEN, 2010; SILVA, 2012)

Os autores do relatório defendem uma reforma baseada numa “independência da educação”, na qual propõem sistemas de saúde e educação harmonizados; criação de redes, alianças e consórcios; aproveitamento de fluxos globais de conteúdos educacionais, recursos pedagógicos e inovações. (FRENK e CHEN, 2010; SILVA, 2012). Para que tais propostas sejam viabilizadas, os autores convocam um movimento global, protagonizado por todos os atores e traçam diretrizes como mecanismos conjuntos de planejamento, levando em conta diversas variáveis; criação de sistemas envolvendo hospitais e atenção básica; redes globais e uma cultura de questionamento crítico. (FRENK e CHEN, 2010; SILVA, 2012)

Defendem ainda uma nova forma de profissionalismo, com atitudes, valores e comportamentos comuns, a fim de formar uma nova geração de profissionais que possam atuar como agentes de mudanças e gestores competentes. (FRENK e CHEN, 2010; SILVA, 2012). Segundo Almeida (2011), formar um profissional crítico, capaz de realizar um trabalho em equipe, de atender para a realidade social, a fim de apresentar um desempenho de qualidade para a saúde do atendido, o que vai exigir mudanças profundas em suas práticas e suas relações.

É preciso perceber que o paciente tem o desejo e o direito de ser cuidado e assistido pela equipe de saúde. E, tal como eles, o aluno também sente o desejo e tem o direito de ser cuidado durante seu processo de ensinar-aprender medicina. (Grosseman e Patício, 2004)

Urge o estabelecimento de mudanças curriculares, a fim de trazer de volta um profissional médico mais humano, mais inclinado a um diálogo capaz de (se) expor aos conflitos de valores – do médico e do paciente – fortalecendo vínculos e afetos e contribuindo para a percepção de seus limites, num processo de autoconhecimento. Da mesma forma, deve haver uma preocupação com os que já alçaram voo na profissão, oferecendo-lhes também essas oportunidades e contribuindo para um incremento da responsabilidade social e um fortalecimento da relação médico paciente como um todo.

Segundo Pessini, Siqueira e Hossne (2010), de um mundo de certezas, passa-se atualmente a um mundo de probabilidades, no qual se faz necessário encontrar um caminho, em meio a um mundo em construção. Leopoldo e Silva (2010) corrobora com essa opinião quando diz que “vivemos o paradoxo de uma situação histórica em que qualquer aparência de solução é mais bem aceita do que a realidade da incerteza.” (2010, p.273 – grifos do autor)

Dessa maneira, faz-se necessário elaborar uma ética e uma deontologia mais adequadas para viabilizar a promoção da saúde para todos, sendo entendida como um estímulo, pois poderá contribuir para serviços mais humanos e com maior qualidade. Assim, faz-se mister que existam docentes especializados, em condições para enfrentar esses temas, o que vai depender tanto de professores quanto da própria classe médica. (BERLINGUER, 1993)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício de comparação dos diferentes CEM, publicados ao longo do tempo, aponta para uma natural tendência no grau de redução da assimetria entre médico e paciente, sobretudo, em decorrência do progressivo empoderamento da pessoa enferma.

Na categoria 1 – Veracidade – dentre os artigos encontrados nas oito versões dos CEM que apontam para questões a ela ligadas, pode-se notar que os CEM de 1929, 1984, 1988 e 2010 lideram o número de artigos da categoria, pressupondo uma maior ênfase nas relações entre o paciente/doente/enfermo com seu médico (ainda que o CEM de 1929 apresente características diferentes). Essas relações mostram um caráter menos assimétrico conforme vão se aproximando os tempos atuais e sugerem que a veracidade venha sendo algo mais constante.

Na categoria 2 – Sigilo – a concentração maior de artigos esteve presente nos CEM de 1929 e 1945, perfazendo juntos quase a metade de todos os artigos apresentados, talvez devido também à moralidade vigente, à expansão dos casos de sífilis e doenças venéreas de forma geral e, quiçá nesse último, questões geradas pela guerra que assolava a Europa e comprometia o mundo.

Interessante notar também que nenhum dos demais CEM deixou de dar sua contribuição, caracterizando uma preocupação ora maior, ora mais branda, de apontar para a necessidade de sigilo, o que lembra o comentário de Gracia ao dizer que para o médico sempre foi mais importante manter o segredo do que expor a informação.

Na categoria 3 – Evolução da Moralidade – o CEM de 1988 é, quem apresenta a maior contribuição, sendo que muitos dos demais CEM foram inexpressivos, sequer apresentando contribuições. Assim, vê-se que a evolução da moralidade se instaura paulatinamente, respeitando os contextos culturais de cada época abrangida pelos CEM.

Na categoria 4 – Paradigmas Emergentes – os CEM de 1988 e de 2010 (principalmente este último) apresentaram uma contribuição bastante relevante,

em vista de tratar-se de paradigmas “emergentes”, isto é, representativos de algo novo que surge, tanto capaz de provocar mudanças quanto a partir delas. Nesse caso específico, os demais CEM não apresentaram contribuições.

Por fim, na categoria 5 – Princípios Fundamentais: Moralidade Necessária – houve também um predomínio dos CEM de 1988 e 2010, visto que os princípios fundamentais surgem em tempos mais recentes.

A classe médica de outrora contava com um *modus operandi* tradicionalmente paternalista, tradição essa advinda de um longo período histórico, no qual a função do médico se posiciona num patamar intermediário, entre Deus e os homens. A autonomia do paciente só se fez presente e capaz de conquistar seu espaço nessa relação a partir de eventos e condições surgidas nesse último século, particularmente a partir da última metade do século XX. Trata-se da capacidade do indivíduo de decidir de acordo com seus próprios valores e concepções, livre de coerções, ainda que ocupe a incômoda posição de portador de uma enfermidade. Não mais se pode cindir corpo e alma; os indivíduos devem ter suas condições biológicas e biográficas caminhando juntas e juntas devem ser pensadas. Ao ser negado ao indivíduo sua autonomia, prevalecendo o privilégio terapêutico, lhe estará sendo negado, portanto, a condição de “ente biográfico”.

A autonomia vai permitir que ele tenha o direito de decidir acerca daquilo que irá ou não consentir que seja feito com/em seu próprio corpo, daquilo que suas próprias convicções atribuem valor. Sem autonomia, o paciente é sujeito às verdades do outro, àquilo que o outro – no caso, o médico – vê como pertinente ao caso, como o ideal para seu atendido. Ao mesmo tempo em que visa à proteção do paciente, esse gesto paternalista mostra que o paciente é incapaz de tomar suas próprias decisões. No entanto, decisões sobre corpos não podem pertencer a outrem; são os pacientes, devidamente cômicos das enfermidades que portam e do que elas significam em termos de diagnóstico e prognóstico os únicos a quem cabem essas decisões.

Do mesmo modo, tão importante quanto zelar por um incremento da autonomia do paciente é estar atento aos riscos provenientes de uma relação assimétrica entre as personagens dessa trama. A construção da autonomia e da identidade no ser humano se dá paulatinamente ao longo da vida,

influenciada por fatores familiares, sociais, políticos, econômicos, culturais, religiosos e outros, uma vez que o indivíduo é, em certa conta, produto das relações sociais. Em um processo gradativo de individuação, mediado pelas circunstâncias à sua volta, o bebê, a criança, o adolescente, o adulto e o idoso vão adquirindo a ciência de quem são, cada um com suas generalidades e particularidades. Em que pese o estágio em que cada paciente se encontra, somado às histórias individuais, a intervenção da figura do médico deverá adquirir as características adequadas.

Rego (2003), Zaidhaft (1990) e outros autores sentenciam que, em sua formação profissional, o médico é constantemente bombardeado por informações que envolvem altíssimos padrões de tecnologia e muito pouco lhe é oferecido com ênfase nas humanidades; é consenso que o atendimento médico vem se tornando cada vez mais impessoal, seja pela relação desproporcional de domínio do conhecimento científico entre médicos e pacientes, seja pelo predomínio da técnica em relação ao cuidado mais humanizado. É importante salientar que, em tais condições, pode ser tão desconfortável para o paciente ser tomado como incapaz de decidir, quanto para o médico ter em mãos essa tarefa e sentir-se solitário ao realizá-la.

Ainda que o médico tenha sido instrumentalizado ao longo de sua formação para oferecer o melhor tratamento possível a seus pacientes, percebe-se hoje a necessidade de que seja estabelecida certa simetria em tais responsabilidades. Nem o médico deve sentir-se o senhor do conhecimento que trará de volta a saúde do paciente, nem este último deve sentir-se subjugado pelo saber do primeiro. Se não é possível uma total simetria na relação médico paciente, em vista do conhecimento técnico específico, que haja ao menos o respeito mútuo, um diálogo sincero e que prevaleça um processo deliberativo, no qual as questões possam ser discutidas por ambos e demais envolvidos e, a partir disso, sejam encontradas as soluções mais razoáveis, considerando as circunstâncias.

Na troca mútua de informações, o médico deve se colocar à disposição para necessidades específicas do paciente. Estar atento as preocupações e interesses do mesmo, deixando-o à vontade para fazer perguntas e ensejando uma ampla compreensão sobre seu estado, base para suas decisões

autônomas. O que é relevante para a tomada de decisão de um paciente pode não ser na mesma medida para outro, o que irá exigir da equipe de saúde em geral e do médico em particular uma atenção individualizada e um olhar e escuta acurados, se colocando até mesmo à disposição para dirimir dúvidas posteriores. Uma compreensão inadequada sobre o risco cirúrgico, por exemplo, poderá levar a uma decisão baseada em uma autonomia exercida apenas de forma parcial.

A bioética chama a atenção para a urgência de uma reflexão ética sobre o crescente avanço da tecnologia, bem como sobre questões que envolvem o individual e o coletivo, em suas necessidades e direitos. Gracia (2010) relata que não há outro objetivo na bioética senão o de promover o melhor manejo dos valores no mundo da saúde, contribuindo desse modo para o aumento da correção e da qualidade das decisões tomadas por profissionais de saúde e usuários. Como uma ética da responsabilidade, ao falar de uma bioética voltada especificamente para a medicina, informa ele que essa tem por objetivo educar os profissionais e os usuários dos serviços de saúde em relação às questões de valor relativas à gestão da vida, do corpo, da saúde e da doença. O êxito da bioética, segundo ele, parece estar relacionado ao fato da sociedade poder refletir acerca dos problemas que envolvem valores e uma das formas para que isso ocorra é o processo de deliberação.

Uma situação cuja reflexão vá se dar a partir da deliberação vai exigir uma análise da situação em seus detalhes mais sutis, deliberar acerca dos cursos de ação do caso e, a partir disso, optar pela decisão mais prudente. A deliberação pode ser individual, mas é conveniente que ela seja coletiva, por serem muitas das éticas da atualidade de caráter intersubjetivo, o que contribui para que se permita a participação de todos aqueles implicados. A deliberação, conforme preconiza o autor, tem que ser participativa e as profissões têm que passar a pô-la em prática, fazendo disso seu grande poder e, por conseguinte, sua grande responsabilidade.

Para uma deliberação participativa, faz-se mister que todos sejam aceitos como interlocutores, compreendendo os pontos de vista; há que se ouvir as razões do outro e expor as suas, enriquecendo as perspectivas. A deliberação, ainda segundo Gracia, “é um procedimento de análise dos

problemas orientado para a tomada de decisões razoáveis e prudentes” (2010, p.326), sem que, contudo, venha a ser confundida com decisão

Seres humanos prestes a serem afetados por uma decisão têm que ser capazes de participar de um processo deliberativo, razão pela qual se reconhecem como agentes morais, como indivíduos dotados de dignidade e que, por isso mesmo, são merecedores de respeito. Ao praticar a deliberação, ao longo dos processos as posturas dos diversos envolvidos vão se modificando e que, ao cabo de algum tempo, acaba por se produzir uma convergência da maioria dos participantes para uma posição intermediária.

Um foco mais voltado para a prudência deve guiar as decisões, tendo em vista que um mesmo problema pode ter diversas decisões possíveis, algumas tão prudentes quanto outras, algumas poucas prudentes ou mesmo nenhuma. Assim, os problemas podem não ter uma solução única e, caso haja uma adequada, isso não quer dizer que outras também não possam sê-lo. A deliberação, portanto, consistirá em conhecer o princípio moral

Do que deveria ser, e também na ponderação de todos os fatores que concorrem para a situação concreta, para ver se isso que deveria ser, deve ou não deve ser feito nessas precisas circunstancias. A deliberação é um processo complexo de ponderação de fatores. (GRACIA, 2010, p.375)

Não é possível conceber deliberação como um método para se obter um consenso, nem tampouco unificar todas as posturas. Gracia explicita:

Trata-se de um procedimento intelectual que busca incrementar ou enriquecer nosso conhecimento dos problemas a fim de que tomemos decisões mais razoáveis e prudentes. O que se pretende é que todos e cada um avancem no conhecimento de si próprios, de seus valores e crenças e, portanto, de suas opções de vida e que, desse modo, tomem decisões mais prudentes. (GRACIA, 2010, p.426)

No caminho em direção a tais atitudes, o médico há que lançar mão da prudência, humildade e da modéstia intelectual dentre outros pontos, exercitando a escuta e a análise crítica. Quanto ao paciente, este também deverá cooperar por seu turno, expondo suas dúvidas, seus medos e expectativas, bem como se colocando disponível para essa troca. Afinal, não há uma batalha a ser ganha, mas um diálogo franco a ser travado. É preciso

estar atento aos valores em conflito para então achar a melhor saída a qual, nem sempre, vai coincidir com as expectativas sobre os procedimentos que possam ser utilizados pelo médico; inúmeras vezes o paciente tem valores internos que, uma vez expostos e respeitados, vão levar a outros caminhos, quiçá distantes do tratamento inicialmente proposto.

Conforme lembra Gracia (2010), na responsabilidade que todos os seres humanos devem manter para com todos, todos devem ter preservado seu direito a participar de um processo deliberativo, mais ainda se for o protagonista de uma situação que envolva sua própria saúde. Aprender a deliberar, portanto, é preciso. Representa, em síntese, um exercício de respeito ao outro primordialmente por ser outro. Respeitando-o, será possível compreendê-lo, realizar uma escuta atenta de suas razões, ouvir e ser ouvido, num processo de mútuo enriquecimento e crescimento.

A multiplicidade de valores que irão ser colocados em pauta a partir de desse processo não deverá representar uma dificuldade, mas uma possibilidade de manter cooperações mais profícuas. Sendo de caráter razoável e prudente, as decisões jamais deverão aspirar a serem absolutas, mas devem consentir em permanecerem num contínuo processo de revisão.

Desse modo, optar pelo processo deliberativo é mais do que sair do paternalismo para a autonomia e distanciar-se do privilégio terapêutico; é realizar um ato de responsabilidade que envolverá profissionais, usuários e familiares, chegando a um consenso do qual ninguém sairá privilegiado ou prejudicado, mas todos terão aprendido a escutar, a expor seus valores e a agir com prudência para chegar à melhor solução.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M., KOWALKI, S. C., CICONELLI, R. M. e FERRAZ, M. B. Apoios de Decisão: Instrumento de Auxílio à Medicina Baseada em Preferências. Uma Revisão Conceitual. **Rev Bras Reumatol**, v. 46, n.4, p. 266-272, jul/ago, 2006

AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: a mudança é possível!** Rio de Janeiro: ABEM/UNESC/PUCPR, 2011, 2ª Ed.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION **Una alianza para atender al paciente: entender las expectativas, los derechos y las responsabilidades**, 2003. Disponível em: http://www.aha.org/content/00-10/pcp_spanish_031008.pdf Acesso em: 25/08/2016.

ANDRADE, S. C., DEUS, J. A. et al Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 35 (4), 517-525, 2011.

BAGRICHEVSKY, M. et al Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl.1), 1699-1708, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/081.pdf> Acesso em: 09/01/2017

BEAUCHAMP, T. L. e CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo, Loyola, 2013, 3ª Ed.

BERLINGUER, G. **Questões de vida: ética, ciências e saúde**. São Paulo: APCE/HUCITEC/CEBES, 1993.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.

BOBBIO, M. **O doente imaginado**. São Paulo: Bamboo Editorial, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS** 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf Acesso em: 08/01/2017.

BULCÃO, L. G., EL-KAREH, A. C. e SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950) **História, ciências saúde Manguinhos**, v.14, n.2, p.469-487, abr.-jun. 2007

CAPRARA, A e RODRIGUES, J A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva** 9(1) 139-146, 2004.

CAPRARA, A e FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(3):647-654, jul-set, 1999

CARDOSO, M. H. C. A. História e medicina: a herança arcaica de um paradigma. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos** vol.6 no.3 Rio de Janeiro Nov. 1999/Febr. 2000

CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, jul/out 1996, 237-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n2/v3n2a03.pdf> Acesso em: 09/01/2017.

CÓDIGO DE MORAL MÉDICA Tradução do Código de Moral Médica aprovado pelo VI Congresso Médico Latino Americano, feita pelo Dr. Cruz Campista in Boletim do Sindicato Médico Brasileiro nº 8, agosto de 1929, p.114-123. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigomoralmedica1929.pdf> Acesso em: 17/08/2016.

CÓDIGO DE DEONTOLOGIA MÉDICA Aprovado pelo 1º Congresso Médico Sindicalista in Boletim do Sindicato Médico Brasileiro nº 8, agosto de 1931, p.124-130. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigodeontologiamedica1931.pdf> Acesso em: 17/08/2016.

CÓDIGO DE DEONTOLOGIA MÉDICA Aprovado pelo IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro, em 24 de outubro de 1944 e oficializado pelo Decreto-lei nº 7.955 de 13 de setembro de 1945. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigodeontologiamedica1945.pdf> Acesso em: 17/08/2016.

CÓDIGO DE ÉTICA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA Aprovado na IV Reunião do Conselho Deliberativo ocorrida no Rio de Janeiro a 30 de Janeiro de 1953 e reconhecido oficialmente pela lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigoeticaamb1953.pdf> Acesso em: 17/08/2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **Código de Ética Médica** Elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina quando de seu Congresso de 23 a 26 de julho de 1963 e promulgado no Diário Oficial de 11 de Janeiro de 1965. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigoeticamedica1965.pdf> Acesso em: 17/08/2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **Código Brasileiro de Deontologia Médica** Resolução CFM 1154/84. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codbrasileirodeontologiamedica1984.pdf> Acesso em: 17/08/2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Código de Ética Médica** Elaborado durante a primeira Conferência de Ética Médica no Rio de Janeiro em 24-28 de novembro de 1987 e aprovado pela Resolução CFM no 1246/88. Disponível em:

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=10&temid=123 Acesso em: 17/08/2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **Código de Ética Médica**. Resolução CFM 1931/2009. Brasília: CFM, 2010

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA **Manual de orientação ética e disciplinar** - Volume 1 – 2ª Ed. revista e atualizada. Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos. Florianópolis, março 2000 Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmsc/manual/parte3c.htm> Acesso em: 25/09/2016

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Os médicos e os planos de saúde**. Disponível em:

<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=livro&pg=48> Acesso em: 26/09/2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Guia da relação médico-paciente**. São Paulo: CREMESP, 2001 Disponível em: <http://www.imaginologia.com.br/dow/direitos-deveres/Guia-da-Relacao-Medico-Paciente.pdf> Acesso em: 26/09/2016.

CORDEIRO, A. M. et alii **Revisão sistemática**: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf> Acesso em: 18/09/2016.

CORTINA, A. **Cidadãos do mundo**: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Loyola, 2005.

DECLARAÇÃO DE HELSINQUE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL versão de outubro de 2013. Disponível em: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf> Acesso em 09/01/2017.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar **Ciência & saúde Coletiva** 9(1), 7-14, 2004.

DRANE, J. F. Igualdade e justiça em medicina: um paradigma de incerteza. In: PESSINI, L., SIQUEIRA, J. E. e HOSSNE, W. S. (Orgs.) **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

DRUMOND, J. G. F. Ética, códigos e deontologia em tempos de incertezas. In: PESSINI, L., SIQUEIRA, J. E. e HOSSNE, W. S. (Orgs.) **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. São Paulo, Loyola, 2012.

FERNANDES, J. C. L. A Quem Interessa a Relação Médico Paciente? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, jan/mar, 1993.

FERREIRA, R. C. SILVA, R. F. et al. Relações éticas na atenção básica em saúde: a vivência dos estudantes de medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 142(supl. 1), 1533-1540, 2009.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 24 (3) 696-701, mar 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2003.

FRENK, J., CHEN, L. et al Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, vol 376, p.1923-1958, Dec 2010

GRACIA, D. **Pensar a bioética**: metas e desafios. São Paulo, Loyola, 2010

GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. Madrid: Editorial Triacastela, 2007

GROSSEMAN, S. e PATRICIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.28, n.2, 99-105, mai/ago 2004.

HOSSNE, W. S. Sobre as incertezas da ciência. In: PESSINI, L., SIQUEIRA, J. E. e HOSSNE, W. S. (Orgs.) **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

LEOPOLDO E SILVA, F. Bioética filosofia. In: PESSINI, L., SIQUEIRA, J. E. e HOSSNE, W. S. (Orgs.) **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

LIBONI, M. e SIQUEIRA, J. E. Competência moral do estudante de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 55(2), 2009

MARTIN, L. M. **A ética médica diante do paciente terminal**. Aparecida: Santuário, 1993.

MORENO, L. V. A. compreendendo o tempo das incertezas para construir uma nova ética: a perspectiva de Zygmunt Bauman. In: PESSINI, L., SIQUEIRA, J. E. e HOSSNE, W. S. (Orgs.) **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

NEVES, N. M. B. C. e SIQUEIRA, J. E. A bioética no atual Código de Ética Médica, **Revista Bioética**, 18(2), 2010.

OSELKA, G. O código de ética médica. In: SEGRE, M. e COHEN, C. (Orgs.) **Bioética**. São Paulo, Edusp, 1999.

PALIOSA, F. L., ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (4): 492-499; 2008

PESSINI, L., SIQUEIRA, J. E. e HOSSNE, W. S. (Orgs.) **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

PESSINI, L. Bioética e o pós-humanismo: ideologia, utopia ou esperança? In: PESSINI, L., SIQUEIRA, J. E. e HOSSNE, W. S. (Orgs.) **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

PUCCINI, P. T. e CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004

REGO, S. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

REZENDE, J. M. **A sombra do plátano**: crônicas de história da medicina. São Paulo: Unifesp, 2009 6056Kb ePUB

SERODIO, A. M. B., ALMEDA, J. A. M. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de medicina: uma visão docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (1), 55-62, 2009

SILVA, A. A. **Entre a formação e a conformação**: a educação profissional em saúde no século XXI. Dissertação (mestrado) Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ, 2012.

SILVA, G. A. R. O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):75-79

SIQUEIRA, J. E. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. **Revista Bioética** v.5, n.1, 1997

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina: entre encontros e desencontros. **Revista Bioética** v.8, n.1, 2000

SIQUEIRA, J. E. O ensino da bioética no curso médico. **Revista Bioética**, v.11, n.2, 2003

SIQUEIRA, J. E. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. **Revista Bioética**, 16(1), 2008

SIQUEIRA, J. E. Educação bioética para profissionais de saúde. **Revista Bioethikos**, 6(1), 2012

TAQUETTE, S. R., REGO, S., SCHRAM, F. R. et al Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 51 (1) 23-28, 2008.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ANEXO 1 - CÓDIGO DE MORAL MÉDICA de 1929

Anexo 2:

Código de moral médica (1929)

Fonte:

Código de Moral Médica, tradução do Código de Moral Médica aprovado pelo VI Congresso Médico Latino-Americano feita pelo Dr. Cruz Campista, in Boletim do Sindicato Médico Brasileiro, n.º 8, agosto de 1929, p-114-123.

Capitulo 1: dos deveres dos médicos para com os enfermos

Artigo 1º- A obrigação do médico de atender a um chamado no exercício da sua profissão limitar-se- à aos casos seguintes:

- 1º- Quando for outro médico quem pedir a sua colaboração profissional;
- 2º- Quando não houver outro facultativo no lugar em que exercer a profissão ;
- 3º- Em casos de urgência ou perigo imediato.

Artigo 2º- Si na 1º visita feita a um doente verificar o médico que a moléstia é contagiosa, poderá recusar a continuação de sua assistência nos seguintes casos de iminente perigo de transmissão a um terceiro:

- 1º- Se for cirurgiãõ que se disponha a praticar uma operação aséptica;
- 2º- Se for parteiro que estiver comprometido a assistir uma mulher em parto próximo; e

3º- Se assistir na ocasião a crianças a quem possa transmitir a moléstia.

Artigo 3º- O médico prestara seus serviços profissionais atendendo mais às dificuldades e exigências da moléstia que a posição social dos seus clientes ou aos recursos pecuniários de que estes disponham.

Artigo 4º- O médico, em suas relações com o enfermo, procurara tolerar seus caprichos e fraquezas enquanto não se oponham as exigências do tratamento, me, exerçam uma influencia nociva ao curso da afeccão.

Artigo 5º- Ainda que o caracter, curso ou gravidade da moléstia exijam que o enfermo seja visitado com frequência, o medico evitara as visitas desnecessárias, porquanto tendem a torná-lo suspeito de fins interesseiros.

Artigo 6º- O médico evitara em seus atos, gestos e palavras, tudo que possa agir desfavoravelmente no animo do doente e deprimi-lo ou alarma -lo sem necessidade;mas si a moléstia for grave e se teme um desenlace fatal, ou são esperadas complicações capazes de torna -lo, a notificação oportuna é de regra e o médico a fara a quem, a seu juízo, deva sabê-lo

Artigo 7º- O médico devera respeitar as crenças religiosas de seus clientes, não se opondo em caso algum nem por qualquer motivo ao cumprimento dos preceitos religiosos.

Artigo 8º- O médico não devera abandonar nunca os casos crônicos ou incuráveis e nos difíceis e prolongados sera conveniente e ainda necessário provocar conferencias com outros colegas.

Artigo 9º- É um dever moral do médico aconselhar seus clientes e animal –os a correccão quando as moléstias de que

padecem provém de hábitos viciosos ou de frequentes transgressões da higiene.

Artigo 10º- As visitas de amizade ou sociais de um medico em exercicio a um doente assistido por outro medico, deverão ser evitadas ou feitas em condições tais que anulem toda suspeita de fins interesseiros bem assim abstendo-se de comentários prejudiciais ao nome do medico assistente.

Artigo 11º- O gabinete privado do médico é um terreno neutro, onde poderão ser recebidos e tratados todos os doentes, quaisquer que sejam seus médicos habituais e as circunstancias que tenham precedido a consulta.

Artigo 12º- O médico não devera examinar a mulher casada sem a presença de seu marido ou de uma pessoa da familia devidamente autorizada.

Artigo 13º- Salvo caso de urgência, a anestesia geral não se fará sem a presença de 2 médicos diplomados pelo menos.

Artigo 14º- O cirurgião não fará operação alguma multilante (amputação, castração, etc.), sem a prévia autorização do enfermo perante testemunhas idoneas.

Artigo 15º- Nenhuma operação praticara o cirurgião em menores, sem a prévia autorização dos pais ou tutores da criança enferma.

Artigo 16º- O cirurgião não poderá fazer operação alguma destinada a esterilizar a mulher, sem uma indicação terapeutica determinada e o fará somente depois de ter esgotado todos os recursos conservadores dos órgãos da reprodução.

Capitulo 2: dos deveres relativos á manutenção da dignidade profissional

Artigo 17º- Assim como a profissão medica investe aos que a abraçam, de certos privilégios e imunidades que a acompanham, também lhes impõem o dever de exercer -la com estrito respeito ás regras que a deontologia médica instituiu para o governo e a disciplina dos que exercem a arte de curar (médicos, cirurgiões, pharmaceuticos, dentista, parteiras, praticantes e enfermeiros).

Artigo 18º- Os médicos e os professores das escolas medicas não subscreverão nem assinarão, nem contribuirão para que se expeçam títulos, licenças ou atestados de idoneidade em beneficio de pessoas incompetentes, ou que não tenham cursado estudos universitários, nem para favorecer aos que visivelmente tenham o proposito de exercer a medicina de acordo com sistemas exclusivos, arbitrários ou opostos aos principios verdadeiros da ciência medica.

Artigo 19º- O médico devera sempre ajustar suas conduta as regras da circunspeção, da probidade e da honra; ser um homem honrado no exercicio da profissão assim como nos demais atos da sua vida.

A pureza de costumes e os hábitos de temperança são também indispensáveis ao medico , porquanto sem um raciocínio claro e vigoroso não poderá exercer acertadamente o seu ministério, nem mesmo estar aparelhado para os accidentes que tão a meudo exigem a rápida e oportuna intervenção da arte.

Artigo 20- São ato contrário à honradez profissional, e em consequência condenados pela deontologia médica, os seguintes:

- 1º- Solicitar a alteração publica por meio de avisos, cartões particulares ou circulares em que se ofereça a pronta e infalível cura de determinadas molestias;
- 2º- Exibir, publicar, ou permitir que se publique em jornais e revistas não consagrados á medicina, o relato de casos clínicos, operações ou tratamentos especiais;
- 3º- Anunciar ou publicar de qualquer forma que se prestam serviços ou se dão medicamentos gratuitos aos pobres;
- 4º- Exibir ou publicar atestado de habilidade ou competência e vangloriar-se publicamente do êxito obtido com sistemas, curas ou remédios especiais;
- 5º- Convidar para atos operacionais pessoas estranhas á medicina;
- 6º- Obter privilégio para a fabricação e venda exclusiva de instrumentos cirúrgicos e medicamentos secretos;
- 7º- Prescrever remédios secretos próprios ou de outras pessoas e expedir certificados em que se ateste a eficácia de medicamentos secretos; ou contribuir de alguma maneira para recomendar o seu uso;
- 8º- Substituir os médicos assistentes sem antes ter cumprido as regras prescritas no presente código;
- 9º- Instalar-se em casa do enfermo para observar marcha da moléstia, quando não são esperados complicações graves, e prestar aos pacientes serviços da incumbência exclusiva dos praticantes assistentes e enfermeiros.
- 10º- Estabelecer gabinete de consulta ou clinica no mesmo pavimento ocupado por uma farmácia ou drogaria.

Artigo 21º- Os médicos estão no dever de combater o industrialismo e charlatanismo médico, qualquer que seja a sua forma, e opor-se por todos os meios legais ao preparo, a venda , propaganda e uso de medicamentos secretos, assim como as praticas grosseiras e absurdas, com que costumam explorar o publico os charlatões e impostores. Igual conducta observarão ao respeito do exercício ilegal da profissão e métodos ou sistemas que não repousem sobre base cientista ou se encontrem em franca opposição com os fatos demonstrados pela observação e experiência.

Artigo 22º- Os médicos, ao oferecer ao publico os seus serviços por meio de anúncios em publicações, limitar-se-ão a indicar seu nome, sobrenome, títulos científicos, especialidade a que se dedicam, dias e horas de consulta e o endereço de sua residência ou consultório. Qualquer outro oferecimento é considerado como ato de charlatanismo ou de industrialismo contrario a ética profissional.

Artigo 23º- O médico abster-se-á de toda recomendação publica ou privada que tenda a favorecer determinado farmacéutico ou estabelecimento de farmácia; mas, sim, poderá impedir que suas formulas sejam aviadas em farmácias cuja direção esteja a cargo de pessoas moralmente desacreditadas ou que por qualquer outro motivo se torneem indignas da confiança publica.

Artigo 24º- Os facultativos deverão abster-se de assistir gratuitamente das pessoas que possam pagar, sem causas justificadas, para não lesar os interesses dos demais colegas.

Capitulo 3- Dos serviços profissionais entre médicos.

Artigo 25º- O médico, sua mulher, sua mulher, assim como seus filhos, enquanto se encontrarem sob o pátrio poder, têm direito aos serviços gratuitos dos médicos residentes na localidade e cuja assistência solicitem. Gozam de igual privilégio o pai, a mãe e outros parentes, sempre que residam na mesma casa e se encontrem visivelmente sob a imediata proteção do médico.

Artigo 26º- Se o médico que solicita a assistência de um colega reside em lugar distante e dispõe de suficientes recursos pecuniários, seu dever é remunerar ao colega cujos serviços utiliza, em proporção ao tempo empregado e as perdas que possa ocasionar-lhe o abandono momentâneo de sua clientela.

Artigos 27º- Ficam excluídos dos benefícios a que se referem os artigos anteriores, os médicos que não exerçam a profissão ou que se tenham dedicado por completo a outras ocupações ou negócios.

Capítulo 4- Dos deveres dos médicos ao se substituírem.

Artigo 28º- Quando um médico se afastar acidentalmente do exercício da profissão por motivos justificados e recomendar seus enfermos aos cuidados de um colega, este deve aceitar o encargo sem reserva de espécie alguma e desempenhá-lo com o maior zelo atendendo os interesses e o nome do substituído.

Artigo 29º- Si a assistência é de cura duração, os honorários serão entregues integralmente ao substituído; em caso contrário, ou quando o abandono da clientela é motivado por prazeres ou por ocupações e negócios permanentes

estranhos á medicina, o colega ausente não tem direito aos benefícios da confraternidade e reservara para o substituto a remuneração que devidamente lhe corresponde por seus serviços. Em casos obstétricos e nos cirúrgicos de importância, que implicam fadigas e responsabilidade não comuns, os honorários pertencem ao substituto, quaisquer que sejam as circunstâncias.

Capítulo 5- Das conferências ou consultas médicas.

Artigo 30º- A rivalidade, os ciúmes e a intolerância em matéria de opiniões, não devem ter guarida nas conferências médicas, ao contrario , a boa fé, a probidade, o respeito e a cultura se impõem como um dever nas relações profissionais dos médicos consultores entre si e com os assistentes.

Artigo 31º- As conferências médicas se dividem em duas categorias: as exigidas pelo doente ou por seus responsáveis ou interessados.(1)

1. Embora no original que serviu para a tradução, assim esteja, parece ter havido falha á impressão e esse artigo deve assim ser compreendido: As conferências médicas se dividem em duas categorias: as exigidas pelo assistente e as exigidas pelo doente ou seus responsáveis ou interessados.

Artigo 32º- O médico assistente pedira conferencia unicamente nos seguintes casos:

- 1º- Quando nao puder fazer um diagnostico firme;

2º- Quando não obtiver resultados satisfatórios no tratamento empregado;

3º- Quando necessitar os auxílios de um especialista;

4º- Quando pela natureza do prognóstico, precisar aliviar sua responsabilidade com outro colega.

Artigo 33º- O enfermo ou seus parentes poderá solicitar uma conferência quando não estejam satisfeitos com os resultados do tratamento empregado pelo médico assistente ou quando desejem uma confirmação da opinião deste.

Artigo 34º- Quando for o médico assistente quem provocar a conferência, competirá a ele indicar qual ou quais os colegas que considera capazes de ajudá-lo na solução do problema clínico ou de compartilhar com ele a responsabilidade do caso; mas o enfermo ou seus parentes poderá exigir a presença de médicos de sua confiança na conferência.

Artigo 35º- Quando for o enfermo ou seus parentes que solicitarem a conferência, o médico assistente deverá deixá-los em liberdade de escolher os consultores, uma vez que sejam todos médicos diplomados por uma faculdade nacional, mas também poderá exigir na conferência a presença de um colega escolhido por ele.

Artigo 36º- Reunida a conferência, o médico assistente fará o relato clínico do caso sem precisar diagnóstico nem prognóstico; porém, se achar conveniente ou necessário, entregará sua opinião por escrito em envelope fechado. Ato contínuo os médicos consultores examinarão livremente o enfermo. Reunida de novo a conferência, os consultores emitirão sua opinião começando pelo mais jovem e terminado pelo assistente que neste momento abrirá o envelope

contendo sua opinião escrita ou a emitir verbalmente si não a tiver escrito antes.

Artigo 37º- A discussão do caso nunca será feita em presença do enfermo ou seus parentes, a não ser com o consentimento de todos os facultativos em presença de todos eles. Naquele caso, não se emitirá opinião alguma a respeito de diagnóstico, prognóstico e tratamento que não seja o resultado das deliberações e acordo da junta.

Artigo 38º- As decisões da junta poderão ser modificadas pelo assistente si assim exigir alguma mudança no caráter ou curso da moléstia; mas tanto as modificações como as causas que as motivarem deverão ser expostas e explicadas na junta subsequente. Idêntico privilégio com idênticas reservas serão aplicáveis a qualquer dos consultores se for chamado com urgência em alguma circunstância, por achar-se ausente o assistente ou impossibilitado de atender.

Artigo 39º- Os médicos ficarão no dever de comparecer pontualmente às juntas para as quais tenham sido convocados. Se forem vários os médicos e algum se retardar, não sendo o assistente, os demais esperarão o ausente um quarto de hora terminado o qual procederão ao exame do enfermo. Se são dois unicamente e o primeiro a comparecer for o assistente, este poderá naturalmente ver o doente e prescrever, porém, si for o consultor quem chega primeiro, seu dever será esperar um quarto de hora e se não chegar o assistente, retirar-se sem visitar o enfermo. Entretanto, se o caso for de urgência, se o consultor estiver autorizado pelo assistente, ou não lhe for fácil voltar por causa da distância ou por outros motivos justificados, este poderá examinar o

doente e antes de retirar-se, deixar sua opinião por escrito em envelope fechado, para ser transmitida ao médico assistente.

Artigo 40º- Nas conferências evitar-se-ão as dissertações profusas sobre temas doutrinários ou especulativos, limitando-se a resolver o problema clínico presente.

Artigo 41º. As discussões que se realizarem na conferência serão de caráter secreto e confidencial. A responsabilidade em tais casos será coletiva e não será permitido a nenhum dos médicos eximir-se por meio de juízos críticos ou censuras tendentes a desvirtuar a opinião de seus companheiros, ou a legitimidade cientista do tratamento combinado pela junta.

Artigo 42º. Se a divergência de opinião entre os facultativos for irreconciliável, considerar-se-á decisivo o voto da maioria ; os médicos que estejam em minoria poderão consignar sua opinião por escrito e entrega -lá ao médico assistente, o qual estará no dever de comunica-la ao enfermo ou a seus parentes; se houver empate de opiniões tocara ao assistente resolver o que achar mais conveniente aos interesses do enfermo.

Artigo 43º. Se os consultores estiverem de acordo, mas divergirem da opinião do assistente, o dever deste será comunicar o fato ao doente ou a seus parentes para que estes decidam si querem continuar com seu antigo médico ou chamar outro.

Artigo 44º. Se a junta for composta unicamente do assistente e um consultor, e não conseguir chegar a um acordo, o dever de ambos será chamar um terceiro ou varios colegas e proceder de modo estatuido para as conferencias de mais de dois médicos. Se isto não for possível por não haver mais medicos na localidade, submeter-se-a questão a decisão do

enfermo ou de seus parentes, que ficarão então com liberdade de decidir.

Artigo 45º- O médico assistente é autorizado a lavar e conservar uma ata das opiniões emitidas que, com ele, aciganarão todos os consultores toda vez que, devido a razões de ordem privada ou outras relacionadas com a decisão da junta, creia necessário por sua responsabilidade a coberto de falsas interpretações, ou resguardar seu crédito perante o enfermo, seus parentes ou publico.

Artigo 46º- Aos médicos consultores é terminantemente proibido voltar à casa do enfermo depois de terminada a conferencia, salvo em caso de muita urgência ou autorização expressa do assistente, com anuência do enfermo ou de seus parentes.

Artigo 47º. Nenhum médico consultor pode tornar-se assistente do mesmo paciente durante a moléstia para a qual foi consultado. Esta regra tem as seguintes exceções :

1º Quando o assistente ceder ao consultor voluntariamente a direção do tratamento.

2º Quando se tratar de um cirurgião ou um especialista a quem o assistente deve ceder livremente a direção da assistência ulterior do enfermo com todas as responsabilidades.

3º Nas circunstancias previstas na parte final do artigo 44, isto é, quando não houver outro medico na localidade.

Artigo 48º. O médico consultor observara honesta e escrupulosa atitude no que se referir à reputação moral e científica do assistente, cuja conducta devera justificar sempre que não coincida com a verdade dos fatos ou com os principios fundamentais da ciência, em todo o caso a

obrigação do consultor será atenuar o erro quando realmente houver e abster-se de juízo e insinuações capazes de afetar o crédito do médico assistente e a confiança de que for objeto por parte do enfermo e de seus parentes. O consultor evitará também as alterações extraordinárias, os cumprimentos indiretos e as oficiosidades de diversos gêneros de que costumam valerem-se as pessoas de má fé, com o propósito indigno de adquirir notoriedade ou de cair nas graças dos enfermos e suas famílias.

Artigo 49º. Nenhum facultativo deve concorrer a conferências que não tenham sido promovidos pelo médico assistente, ou pelo doente ou seus parentes, de acordo com o assistente.

Artigo 50º. Não esta autorizada a promover conferências o facultativo que é chamado acidentalmente para substituir o assistente, salvo em caso de muita urgência.

Artigo 51º. Incumbe ao médico assistente marcar dia e hora em que deve reunir-se a junta por circunstâncias especiais consinta em aceitar os indicados por um de seus colegas.

Artigo 52º. Os honorários profissionais correspondentes aos médicos consultores, devem ser pagos logo após a terminação da consulta em própria casa do enfermo. Cumpre ao médico assistente lembrar esta obrigação ao enfermo ou a seus parentes, antes de serem chamados os consultores.

Capítulo 6: Dos casos acidentais e da substituição médica

Artigo 53º. Os que se consagram á medicina devem recorrer aos seus próprios méritos e aptidões para exerce -lá e

adquirir clientela, porque a medicina não é uma industria e sim uma profissão liberal.

Artigo 54º. O médico observara a mais estrita discrição em suas relações com os doentes assistidos por outros facultativos. Seu dever é abster-se de toda pergunta ou observação referente á molestia de que padecem ou o tratamento que seguem e evitar quanto direta ou indiretamente possa diminuir a confiança depositada no medico assistente.

Artigo 55º. O facultativo que for chamado para um caso de urgência, por achar-se ausente o médico habitual ou o assistente, retirar-se-á ao chegar este, a menos que se lhe exija acompanhar o assistente.

Artigo 56º. Quando vários médicos forem chamados simultaneamente para um caso de doença repentina ou acidente, o doente ficara aos cuidados do que chegar primeiro, salvo decisão contraria do enfermo ou seus parentes. O que ficar encarregado da direção da assistência, poderá escolher entre os restantes aqueles encarregado da direção da assistência, poderá escolher entre os restantes aquele ou aqueles cujo concurso julgue util e necessário. O dever do dito medico será exigir que se chame o medico habitual da familia, sempre que não seja convidado a continuar a assistência, só ou acompanhado do habitual.

Artigo 57º. O médico que for chamado para assistir a uma pessoa durante a ausência ou enfermidade do medico habitual da familia, retirar-se-á ao regressar este ou restabelecer-se, si o proprio enfermo ou seus parentes não decidirem o contrario.

Artigo 58º. Entende-se por médico habitual de uma família aquele que geralmente consultado por dita família ou dito enfermo.

Artigo 59º. Um médico que é chamado para assistir um enfermo que esta sendo tratado por outro médico, deve ajustar sua conduta as seguintes regras:

1º. Deve propor uma consulta com o médico anterior e insistir na necessidade desta consulta.

2º - Si fracassar em seu propósito, deve procurar justificar a conducta de seu colega e reconquistar para o mesmo o confiança do enfermo e parentes.

3º. Cumprido estes deveres, pode encarregar-se da assistência do enfermo, depois de tudo informar ao colega que vi substituir.

4º. Deve insistir em que se pague os honorários ao médico anterior.

Artigo 60º. O médico que visita seus enfermos fora da cidade, é chamado para ver outro que apresenta alguma mudança ou piora nos sintomas e cujo médico habitual esta ausente, seu dever é limitar-se a preencher as indicações de momento e não alterar o plano senão no estritamente necessário.

Artigo 61º. O médico chamado para atender um parto, por ausencia do facultativo antes escolhido, está no dever de dirigir o tratamento e tem direito aos honorários se o fato ocorre sob sua direção; terminado porem a assistência, o seu dever é retirar-se, depois de haver entregue o caso ao médico previamente escolhido.

Capitulo 7: Dos especialistas

Artigo 62º. Entende-se por especialistas o medico que além de possuir a illustração geral indispensavel, se consagra ao estudo particular e á pratica de um dos ramos da ciência medica.

Artigo 63º. O especialista que é chamado em consulta para examinar um doente e dar sua opinião sobre sintomas, fenômenos ou complicações sobrevindas no curso de uma moléstia, deve ir á casa do enfermo no dia e hora fixada pelo medico assistente; terminada a sua missão, não fara novas visitas, sem a anuência do dito medico devidamente autorizado pelo doente ou seus parentes.

Artigo 64º. O médico habitual que diagnosticar ou suspeitar em seu enfermo uma afección que em sua opinião exige os recursos da cirurgia geral ou de alguma especialidade, indicara ao proprio doente ou aos seus parentes o cirurgião ou especialista que deve ser consultado. Se o enfermo ou seus parentes não acatarem o candidato apresentado pelo medico habitual, este deixa lo a em liberdade de escolher, porem não poderá eximir-se de toda responsabilidade ulterior nos resultados do tratamento empregado.

Artigo 65º. O especialista que se encarrega de um enfermo, com o consentimento do medico habitual, assume a direção do tratamento no que se refere á especialidade, porem agira sempre de acordo com aquele e suspendera sua intervenção facultativa logo que cesse a necessidade de seus serviços especiais.

Artigo 66º. Ao cirurgião escolhido como operador compete dirigir o tratamento desde o momento em que se decidir á intervenção cirurgica, porem nunca prescindira da indispensavel e útil colaboração do medico habitual do

enfermo, o qual esta no dever de cooperar para restabelecer a saúde de seu doente.

Artigo 67º- Quando dois ou mais cirurgiões ou especialistas consultados, compete ao médico habitual indicar quem deva encarregar-se do tratamento, pondo-se antes de acordo com o enfermo ou seus parentes e observado o que na parte final dispõe o artigo 58, quando assim considerar necessário aos seus interesses.

Artigo 68º- O cirurgião operador goza da mais completa liberdade na escolha de seus ajudantes e a ele compete fixar o lugar e o momento em que se deve realizar a operação.

Artigo 69º- O facultativo chamado na qualidade de especialista, para atender a um, doente de outro médico, abster-se-á de toda alusão que direta ou indiretamente possa prejudicar o médico habitual em seu nome, crédito ou autoridade de que goze perante o enfermo ou seus parentes.

Capítulo 8: Deveres médicos em certos casos de Obstetrícia

Artigo 70º- Ao médico é terminantemente proibida pela moral e pela lei a interrupção voluntária da gestação, em qualquer de seus períodos; poderá, porém, provocar o aborto ou parto prematuro com um fim terapêutico nos casos de indicação clínica obrigatória.

Artigo 71º- Somente se procederá à interrupção da gestação depois de se ter cumprido os seguintes preceitos: ter coincido com a opinião favorável de outros médicos e especialistas em obstetrícia; e ter-se obtido o consentimento dos pais da criança.

Artigo 72º- A embryotomia do feto vivo e viável está formalmente contra-indicada pela ciência e severamente proibida pela deontologia. Quando por estreteza pelviana ou outra causa dependente de mãe ou do feto, não for possível o parto pelas vias naturais, far-se-á a pubiotomia ou a cesariana.

Artigo 73º- Si o caso se apresentar em uma localidade sem os recursos necessários para se intentar uma das ditas operações conservadoras ou o médico não possuir a competência e a habilidade indispensáveis para semelhantes atos operatórios e não puder recorrer a nenhum cirurgião; si depois de ter esgotado todos os meios disponíveis, a vida da mãe estiver em perigo pelo facto de não poder verificar-se o parto, o médico, em beneficio da saúde da mãe, fica autorizada a executar a embryotomia do feto vivo.

Artigo 74º- O parteiro não praticara nem o parto prematuro terapêutico, nem fará a embryotomia do feto vivo, sem a autorização da mãe. Se esta não gozar doso perfeito de suas faculdades mentais, o parteiro pedira a autorização necessária ao marido ou aos parentes mais próximos da mãe: pais, filhos, irmãos, etc.

Artigo 75º- Ao médico é terminantemente proibido aconselhar sistemas ou processos destinados a impedir a fecundação da mulher. Poderá fazer-lo si teme que a gestação possa ocasionar transtornos graves na saúde da mulher ou determinar a agravação de enfermidades pré-existente; mas, nestes casos o médico assistente devera provocar uma conferencia com outros colegas, com o fim de precisar a indicação e a urgência de semelhante procedimento.

Capítulo 9: Do segredo do médico

Artigo 76º- O segredo médico é uma obrigação que depende da própria essência da profissão; o interesse público, a segurança dos enfermos, a honra das famílias, a respeitabilidade do médico e dignidade da arte exige o segredo. Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, dentistas e parteiras, assim como os praticantes e enfermeiros, estão no dever de conservar em segredo tudo quanto vejam, ouçam ou descubram no exercício da sua profissão ou pelo fato do seu ministério e que não deva ser divulgado.

Artigo 77º- O segredo pode ser recebido sob duas formas; o segredo explícito, formal e textualmente confiado pelo cliente; e o segredo implícito que resulta da natureza das cousas, que ninguém impõe e que preside as relações dos clientes com os profissionais da medicina. Ambas as formas do segredo médico são invioláveis, á exceção dos casos especificados pela lei.

Artigo 78º- Aos profissionais da medicina é proibido revelar o segredo profissional fora dos casos estabelecidos pela deontologia médica. A revelação é o acto que faz passar o fato revelado do estado de fato secreto para o de fato conhecido. Não é necessário publicar o fato para que haja revelação; basta a confidencia a uma pessoa isolada.

Artigo 79º- O segredo profissional pertence ao cliente. Os profissionais não incorrem em responsabilidade se revelam o segredo de que são depositários, quando estão autorizados para isso, em completa liberdade e conhecimento de suas consequências, pela ou pelas pessoas que lhe confiaram o

segredo e sempre que a dita revelação não cause prejuizo á terceiro.

Artigo 80º- O médico não incorre de responsabilidade quando revela o segredo nos seguintes casos:

1º- Quando na sua qualidade de medico perito age como medico de uma Companhia de seguros, ao informar sobre a saude dos candidatos enviados para exames; quando esta comissionado pela autoridade competente para examinar o estado fisico ou mental de uma pessoa; quando designado para praticar autopsia ou pericias medico- legais de qualquer ordem, tanto no civil como no crime; quando age como medico de saude e em geral, quando desempenha funções de medico perito.

2º- Quando na qualidade de medico assistente faz a declaração de moléstia infecto-contagiosas perante a autoridade sanitária e quando expede atestado de óbito.

Em qualquer dos casos compreendidos no primeiro item, o medico pode eximir-se do encargo si a pessoa objeto do exame é cliente seu no momento de ser reconhecida ou si a declaração versar sobre estados anteriores para o qual foi consultado privadamente o mesmo medico.

Artigo 81º- O médico guardara o mais absoluto segredo se chegar a comprovar uma moléstia venérea em uma mulher casada. Não somente se absterá de torna –la conhecedora da natureza da moléstia como também evitará que sobre o marido recaia a suspeita de ser o autor do contagio. Conseqüentemente não dará nenhum atestado nem fará relato algum sobre isto, embora o marido dê o seu consentimento.

Artigo 82º- Se o médico souber que um de seus clientes em período contagiosos de uma moléstia venérea pretende casar-se, empenhar-se a em dissuadi-lo de seu intento, valendo-se de todos os meios possíveis. Se o cliente se mostrar surdo aos seus conselhos e insistir em levar a cabo o seu propósito, o médico ficará autorizado, sem incorrer em responsabilidade, não só para responder aos informes que lhe peça a família da noiva, como também para preveni-la, sem previa consulta ou autorização do noivo.

Artigo 83º- O médico, sabendo que uma ama de leite está amamentando uma criança syphílica, deve advertir os pais da criança, os quais estão na obrigação de levar isso ao conhecimento da ama de leite. Se recusarem fazê-lo, o médico, sem nomear a moléstia, imporá a ama de leite à necessidade de desmamar a criança imediatamente procurando que permaneça na casa o tempo necessário para certificar-se de que não foi contagiada. Se os pais não dão o seu consentimento e insistem em que a ama continue a amamentar a criança, o médico far-lhes-á as reflexões necessárias; se não obstante isto insistirem, o médico deve informar a ama de leite do risco que corre, contraindo uma moléstia contagiosa, se continuar a amamentação.

Artigo 84º- O médico pode, sem faltar ao seu dever, denunciar os delitos de que tenha conhecimento no exercício de sua profissão, de acordo com o que dispõe o Código Penal.

Artigo 85º- Quando se tratar de denuncia para evitar que se cometa um erro judicial, também será permitida a revelação do segredo.

Artigo 86º- Quando um médico é citado perante um tribunal como testemunha para depor sobre fatos que conheceu no exercício da profissão, deve escudar-se no segredo profissional e responder que considera confidenciais os fatos sobre os quais é interrogado.

Artigo 87º- Quando um médico se vir obrigado a reclamar judicialmente os seus honorários, limitar-se-á a indicar o numero de visitas e consultas especificando as diurnas e noturnas; o numero de operações que tenha praticado, especificando as de alta cirúrgica e as de menor importância; o numero de viagens que tenha feito fora da cidade para atender ao enfermo, especificando a distancia e o tempo despendido em cada uma, etc.; etc; mas, em caso algum lhe é permitido revelar a natureza da moléstia nem a classe de operações praticadas. Estas últimas circunstâncias reservam-lhe-as o facultativo para expo-las, em caso necessário, perante os peritos médicos que possam ser designados para informar o tribunal.

Artigo 88º- O médico não deve responder às perguntas que lhe sejam feitas sobre a natureza ou caracter da moléstia de seu cliente; mas, é autorizado não só a dizer o prognóstico do caso aos mais íntimos do paciente, como também o diagnostico, se alguma vez o julgar necessário para a salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou para melhor direção do tratamento.

Capitulo 10: Dos honorários profissionais

Artigo 89º- As visitas medicas se dividem em três categorias:

a)- a visita ordinária, a que livremente faz o médico em horas que em sua opinião convenha aos interesses do paciente;

b)- a visita de urgência, exigida imediatamente pelo doente ou na ausência de um colega impedido;

c)- a visita a hora fixa, exigida pelo enfermo para sua comodidade pessoal.

Artigo 90º- As visitas de urgência e a hora fixa se dividem em diurnas; de 8 a.m a 9 p.m
noturnas, de 9 p.m a 6 a.m
matinais, de 6 a.m a 8 a.m.

dominicais, as feitas em domingos e feriados.

Artigo 91º- A visita médica não terá um valor uniforme e sim variará conforme a natureza da moléstia, a distancia entre o domicilio do enfermo e o do medico, a posição social do enfermo e a hierarquia do médico derivada de sua idade, seus títulos e a nomeada que tiver conquistado no conceito publico.

Artigo 92º- As visitas à hora fixa e as de urgência terão um valor superior ao da visita ordinária e os seus honorários variarão conforme a hora e o dia em que se façam.

Artigo 93º- Os honorários dos cirurgiões por intervenção de alta cirurgia serão fixados por convênios especiais em cada caso entre o facultativo e o cliente, podendo o cirurgião exigir o pagamento adiantado de uma parte ou da totalidade de seus honorários.

Artigo 94º- Nas conferencias médicas o medico assistente terá honorários iguais aos de cada um consultores.

Artigo 95º- Os diretores de Casa de Saude, Clinicas, Sanatorios, Consultorios e Laboratorios estão autorizados a estabelecer tabelas especiais para as consultas, applicação de

aparelhos e instrumentos especiais, operações cirurgicas, assistencia de partos, analyses clinicas e bacteriologia, investigações biológica, hospitalização de enfermos, etc.

Artigo 96º- A Dichotomia ou seja, a divisão de honorários feita sem conhecimento do enfermo ou de seus parentes, entre o medico assistente e o cirurgião, o especialista ou o consultor, é um ato contrario á dignidade profissional e expressamente condenado pela deontologia. Quando no tratamento de um enfermo, alem do medico assistente, tiverem ingerência cirurgiões, especialistas ou consultores, as contas de honorários serão enviadas ao paciente ou seus parentes separadamente ou em conjunto, mas neste ultimo caso serão especificados os honorários correspondentes a cada facultativo.

Artigo 97º- Os profissionais da medicina, ao apresentar suas contas para cobrança de honorários, não especificarão as visitas, consultas, operações etc...a não ser que assim o exija o paciente ou seus parentes, ou quando a cobrança se fizer judicialmente, seguindo as regras estabelecidas no artigo 79 deste Código.a

Artigo 98º- Os clientes que, sem razão justificada, se negarem a saldar seus compromissos pecuniários, poderão ser demandados nos tribunais ordinários de justiça para pagamento de honorários profissionais, sem que este procedimento afete o nome, credito ou conceito publico de que goze o facultativo demandante.

Capitulo 11: Do Conselho de Disciplina Profissional

Artigo 99º- Para conhecer, julgar e sentenciar sobre qualquer infração às disposições do presente Código, fica estabelecido o Conselho de Disciplina Profissional, cuja jurisdição se estende a toda a República.

Artigo 100º- Este conselho compor-se-á de cinco membros escolhidos pela Academia de Medicina de dois em dois anos, por votação secreta e maioria absoluta de votos em uma sessão extraordinária convocada para este único fim nos primeiros quinze dias depois de se ter iniciado o período bienal do regulamento, entrando a compor três membros efetivos da Academia e dois doutores em Medicina e Cirurgia estranhos à Academia, porém todos domiciliados na mesma cidade. Na mesma sessão serão escolhidos cinco suplentes, nas mesmas condições dos efetivos para suprir na ordem de sua eleição as faltas absolutas ou temporais dos efetivos. Se faltarem dois suplentes, proceder-se-á a outra eleição numa sessão extraordinária da Academia, reunida para esse único fim.

Artigo 101º- As penas que o Conselho de Disciplina Profissional pode aplicar variam conforme o grau da falta ou sua reincidência, e são as seguintes:

1º A advertência privada por escrito ao infrator;

2º A admoestação verbal feita ao infrator em presença do Conselho;

3º A interdição que consiste na exclusão do culpado das juntas médicas por um tempo que fixara o Conselho em sua sentença mas que em nenhum caso poderá a quatro meses ao impor- la pela primeira vez. Em caso de reincidência, essa pena ir-se-á duplicado.

Artigo 102º- Qualquer pessoa do grémio médico (médicos, cirurgiões, farmacêuticos, etc.) estará habilitada para denunciar perante a Academia de Medicina as infrações, ao presente Código, sempre que a denuncia vier escrita firmada e acompanhada de provas que mereçam fé; também a Academia de Medicina poderá submeter de ofício ao Conselho os casos de faltas á deontologia medica de que tiver conhecimento.

Artigo 103º- Assim que o Conselho receber uma denuncia dirigida pela Academia de Medicina com todos os comprovantes, avisará o denunciado, comunicando-lhe as razões ou causas em que se funda a acusação e fixando-lhe um prazo razoavel para apresentar verbalmente ou por escrito as razões que excluam ou justifiquem o fato denunciado.

Artigo 104º- Terminado o prazo a que se refere o artigo anterior, o Presidente do Conselho fixará dia e hora para reunir-se e deliberar. As sessões do Conselho sempre serão secretas e suas decisões definitivas e irrevogáveis.

Artigo 105º- Todas as decisões do Conselho serão comunicadas com caráter estritamente confidencial a todas as pessoas do grémio médico da localidade em que reside o acusado, a Academia de Medicina e as Faculdades nacionais de ciências medicas.

Artigo 106º- O Conselho de Disciplina Profissional ditara seu regulamento interno e o submetera da Academia de Medicina.

Capitulo 12: Preceitos que se recomendam ao publico seguir em beneficio dos enfermos e da harmonia que deve reinar entre o grémio médico

- 5º- Escolhido o médico, convém não troca –lo pois o facultativo que se familiariza, por uma experiência continuada, com a constituição, hábitos, disposições hereditárias e as idiosyncrasias de seus doentes tem melhores probabilidade que qualquer outro de trata- lo com inteligência e acerto.
- 6º- Os enfermos, qualquer que seja o seu sexo, comunicarão ao medico com toda precisão e clareza as causas a que atribuem o padecimento para o qual solicitam os auxílios da arte. A reserva em casos tais, é sempre prejudicial. A vergonha, o pudor ou a delicadeza não são admissíveis quando se trata da sede e dos sintomas e causas da enfermidade.
- 7º- Os enfermos não devem fatigar o medico com narrações de circunstancia e fatos são relacionados com afecção. Portanto, neste ponto, limitar-se- ao a responder em termos precisos as perguntas que se lhe dirijam, sem estender-se em explicações ou comentários que, longo de ilustrar, tendem mais a obscurecer a opinião do medico.
- 8º- O enfermo deve implicita obediência ás prescrições medicas, as quais não lhe é permitido alterar de maneira alguma. Igual regra é aplicada ao regime dietético, ao exercício e qualquer outras indicações higienicas que o facultativo creia necessário impor-lhe.
- 9º- O enfermo deve evitar as visitas, ainda as simplesmente sociais ou amistosas de todo médico que não seja o que o trata, si não lhe for possível evita -lãs, abster-se-á na conversa de faltar em sua molestia, ou tratamento e regime que lhe tenham prescrito.
- 10º- Nem o enfermo nem seus parente e amigos devem em caso algum chamar em consulta outros médicos, sem

- 1º- São tantos e tão diversos os benefícios que o publico recebe da caridade médica, incessantemente exercida, que a profissão, considerada como grêmio, tem legitimo direito a consideração e ao respeito da comunidade. Esta deve apreciar em todo o seu valor os titulos, méritos e trabalhos médicos; discernir entre a verdadeira ciência e as pretensões da ignorância, entre os médicos honrados e os industriais da medicina.
- 2º- O publico deve favorecer e estimular por todos os meios e estudo das ciências medicas e nunca perseguir nem permitir que se persiga judicialmente os que, exercendo sua profissão com legítimos títulos e perfeita honorabilidade, cometam algum erro involuntario de graves conseqüências, ou seja, objeto de imputações malevolas, por acidente sobrevivendo em ato reparatório ou no curso dum tratamento qualquer, racionalmente concebido e corretamente aplicado.
- 3º - Todo doente deve escolher como medico uma educação científica regular e completa, pois não se pode supor que em medicina, ciência difícil e complexa como nenhuma, os conhecimentos sejam intuitivos ou se adquiram com mais facilidade que em qualquer outra.
- 4º- Na escolha de medico convém dar a preferéncia aquele cujos hábitos de vida sejam regulares e não manifestem inclinação excessiva aos prazeres nem a occupações incompatíveis com exercício de suas obrigações profissionais. Evitar-se – ao aqueles que praticuem o industrialismo medico ou empreguem métodos e sistemas terapéuticos exclusivos, arbitrarios ou opositos aos principios fundamentais da ciência medica ou não cumpram os preceitos da moral medica.

expresso consentimento do assistente: semelhante conduta, além de ser ofensiva para o médico assistente, é sempre muito prejudicial aos interesses do enfermo.

11º. O paciente ou seus parentes tom o direito de mudar de médico assistente quando não estiverem satisfeitos com o tratamento empregado por este ou por outras circunstâncias, mas antes de substituir o assistente é indispensável pagar-lhe os honorários vencidos e manifestar-lhe cortesmente as causas que motivaram esta resolução.

12º. O doente deve estar sempre preparado para receber o médico, afim de não lhe ocasionar demoras prejudiciais; procurara chama-lo pela manhã, antes de sua saída e evitara importuná-lo sem necessidade em horas que habitualmente se destinam as refeições e ao sono.

13º. O enfermo, uma vez restabelecido não deve esquecer as obrigações de ordem moral que contribuiu com o médico, pois os serviços deste são de tal natureza que não bastam simplesmente remunerações pecuniárias para retribuí-los.

14º. Perguntar a um facultativo qual a moléstia de que sofre um paciente por ele visitado, como médico assistente ou consultor, é uma indiscrição que se choca com o dever do segredo médico que obriga os profissionais da medicina.

Anexo 3:

Código de Deontologia Médica (1931)

Fonte:

Código de Deontologia Médicas, aprovado pelo 1º Congresso Médico Sindicalista, in Boletim do Syndicato Médico Brasileiro, nº 8, agosto de 1931, p. 124-130.

Capitulo 1- Dos Deveres dos Médicos para com os Enfermos

Artigo 1º. A obrigação de atender o medico a chamados no exercício de sua profissão, limitar-se-á aos casos seguintes:

1º. quando outro medico pedir a sua colaboração profissional;

2º. quando não houver outros facultativos no lugar onde exercer a profissão;

3º. em casos de urgência ou perigo imediato.

Artigo 2º. Se, na primeira visita a um doente, verificar o médico que a moléstia é contagiosa, poderá recusar a continuação de sua assistência, nos seguintes casos de iminente perigo de transmissão à terceiro:

1º. se for cirurgião e estiver preste a praticar em outrem uma operação asséptica;

2º. se for parteiro e estiver comprometido a assistir uma mulher em parto próximo;

3º. se assistir, na ocasião, crianças a quem possa transmitir a moléstia.

Artigo 3º. O médico prestará os seus serviços profissionais atendendo mais ás dificuldades e exigências da moléstia que á posição social dos seus clientes, ou aos recursos pecuniários de que estes disponham.

Artigo 4º. O médico em suas relações com o enfermo, procurará tolerar seus caprichos e fraquezas, enquanto não

ANEXO 2 - CÓDIGO DE DEONTOLOGIA MÉDICA de 1931

expresso consentimento do assistente; semelhante conduta, além de ser ofensiva para o médico assistente, e sempre muito prejudicial aos interesses do enfermo.

11º- O paciente ou seus parentes tem o direito de mudar de médico assistente quando não estiverem satisfeitos com o tratamento empregado por este ou por outras circunstâncias, mas antes de substituir o assistente é indispensável pagar-lhe os honorários vencidos e manifestar-lhe cortesmente as causas que motivaram esta resolução.

12º- O doente deve estar sempre preparado para receber o médico, afim de não lhe ocasionar demoras prejudiciais; procurara chama -lo pela manha, antes de sua saída e evitara importuná-lo sem necessidade em horas que habitualmente se destinam as refeições e ao sono.

13º- O enfermo, uma vez restabelecido não deve esquecer as obrigações de ordem moral que contribuiu com o médico, pois os serviços deste são de tal natureza que não bastam simplesmente remunerações pecuniárias para retribuí-los.

14º- Perguntar a um facultativo qual a molestia de que sofre um paciente por ele visitado, como médico assistente ou consultor, é uma indiscrição que se choca com o dever do segredo médico que obriga os profissionais da medicina.

Anexo 3:

Código de Deontologia Médica (1931)

Fonte:

Código de Deontologia Médica, aprovado pelo 1º Congresso Médico Sindicalista, in Boletim do Sindicato Médico Brasileiro, nº 8, agosto de 1931, p. 124-130.

Capítulo 1- Dos Deveres dos Médicos para com os Enfermos

Artigo 1º- A obrigação de atender o médico a chamados no exercício de sua profissão, limitar-se-á aos casos seguintes:

1º- quando outro médico pedir a sua colaboração profissional;

2º- quando não houver outros facultativos no lugar onde exercer a profissão;

3º- em casos de urgência ou perigo imediato.

Artigo 2º- Se, na primeira visita a um doente, verificar o médico que a molestia é contagiosa, poderá recusar a continuação de sua assistência, nos seguintes casos de iminente perigo de transmissão à terceiro:

1º- se for cirurgião e estiver preste a praticar em outrem uma operação asséptica;

2º- se for parteiro e estiver comprometido a assistir uma mulher em parto próximo;

3º- se assistir, na ocasião, crianças a quem possa transmitir a molestia.

Artigo 3º- O médico prestará os seus serviços profissionais atendendo mais ás dificuldades e exigências da molestia que á posição social dos seus clientes, ou aos recursos pecuniários de que estes disponham.

Artigo 4º- O médico em suas relações com o enfermo, procurará tolerar seus caprichos e fraquezas, enquanto não

se oponham ás exigências do tratamento, nem exerçam influencia nociva ao curso da afecção.

Artigo 5º- Ainda que o caráter, curso ou gravidade da moléstia exijam que o enfermo seja visitado com frequência, o médico evitara as visitas desnecessárias, porquanto podem torná-lo suspeitos de fins interesseiros.

Artigo 6º- O médico evitará, em seus atos, gestos e palavras, tudo que possa atuar desfavoravelmente no animo do doente e deprimi-lo ou alarmá-lo, sem necessidade; mas, se a moléstia for grave e se temer desenlace fatal, ou se forem previstas complicações capazes de determiná-lo, a notificação oportuna é de regra, e o médico a fará a quem, a seu juízo, deva sabê-lo.

Artigo 7º- O médico deve respeitar as crenças religiosas dos seus clientes, não se opondo ao cumprimento dos preceitos da decorrentes, salvo nos casos em que a pratica deles determinar alteração sensível nos cuidados terapêuticos, ou puder acarretar perigo iminente á vida do doente; outrossim, não deve sugerir ao incrédulo ou de crença diversa, o exercicio de preceitos da sua religião.

Artigo 8º- Não deve o médico abandonar nunca os casos crônicos ou incuráveis; e, nos difíceis e prolongados, será conveniente e, quiçá, necessário provocar conferencias com outros colegas.

Artigo 9º- É dever moral do médico aconselhar a seus clientes e animá-los á correção, quando a moléstia de que padecem provém de habitos viciosos ou de freqüentes transgressões da hygiene.

Artigo 10º- As visitas de amizade ou sociais, de médico em exercicio, a doente assistido por outro médico, deverão ser

evitadas ou feitas em condições tais que anulem toda suspeita de fins interesseiros. Efeituando, todavia, a visita, o medico abster-se-a do comentários prejudiciais ao nome do assistente.

Artigo 11º- O consultório médico é terreno neutro, onde poderão ser recebidos e tratados todos os doentes, quaisquer que sejam os seus médicos habituais e as circunstancias que tenham precedido á consulta.

Artigo 12º- De preferéncia, o médico deverá examinar mulher em presença de pessoa interessada.

Artigo 13º- Salvo caso de urgéncia, a anestesia geral não se fará sem a presença, pelo menos, de dois médicos.

Artigo 14º- Não devem ser praticadas operações em menores sem previa autorização dos pais ou tutores. Tratando-se de maiores, mas incapazes de consentir, é de boa pratica o médico obter, antes de intervir, o assentimento dos responsáveis legais. Excetuam-se, em ambas as hipóteses, os casos de urgéncia.

Artigo 15º- O cirurgião não poderá praticar intervenção alguma, destinada a esterilizar mulher, sem indicação terapêutica ou profilática para ella ou para a progénie; e, qualquer desses casos, somente a juizo de uma junta medica, no minimo constituída por dois outros profissionais, lavrando-se imediatamente ata da ocorrência.

Artigo 16º- O médico não aconselhará nem praticará, em caso algum, a eutanásia; porque um dos propósitos mais sublimes da medicina é sempre conservar e prolongar a vida.

Entretanto, ao profissional assiste o direito, que é também dever, de aliviar os que soffrem; mas esse alívio não pode ser levado ao extremo de dar a morte por piedade.

Capítulo II- Dos Deveres relativos á Manutenção da Dignidade Profissional

Artigo 17º. Assim como a profissão médica investe os que a abraçam de certos privilégios e imunidades que a acompanham, também lhes impõe o dever de exercê-la, com estrito respeito ás regras que a Deontologia Médica instituiu para o governo e disciplina dos que praticam a arte de curar e nela cooperam (médicos, cirurgiões, farmacêuticos, dentistas, parteiras, estudantes de medicina e enfermeiros).

Artigo 18º. Os médicos e os professores das escolas medicas não subscreveram, não assinarão nem contribuirão para se expidirem títulos, licenças ou atestados de idoneidade em benefício de pessoas incompetentes, ou que não tenham cursado estudos universitários, nem para favorecer aos que, visivelmente, tenham o propósito de exercer a medicina de acordo com sistemas exclusivos, arbitrários ou opostos aos princípios assentes da ciência medica.

Artigo 19º. O medico deverá sempre ajustar sua conduta ás regras da circunspeção, da probidade e da honra; honrado no exercicio da profissão, assim como nos demais atos da vida. A pureza de costumes e os hábitos de temperança, também são indispensaveis ao medico , porquanto, sem raciocínio claro e vigoroso, não poderá exercer acertadamente o seu ministério, nem mesmo estar aparelhado para os accidentes que, tão a miudo, exigem a rápida e oportuna intervenção da arte.

Artigo 20º. São atos contrários à honradez profissionais e: em consequência, condenados pela Deontologia Médica:

- 1º- solicitar atenção publica por meio de avisos, cartões particulares ou circulares em que se ofereça a pronta e infalivel cura de determinadas moléstias;
 - 2º- exibir, publicar, ou permitir que se publiquem em jornais ou revistas não consagradas a medicina, casos clínicos, operações ou tratamentos especiais, exceto o resumos das sessões das sociedades médicas;
 - 3º- anunciar ou publicar, de qualquer forma, que se prestam serviços ou se do medicamentos gratuitos aos pobres;
 - 4º- exibir ou publicar atestados de habilidade ou competência e ufanar-se publicamente do exito obtido com sistemas, curas ou remédios especiais;
 - 5º- convidar, para atos operatórios, pessoas estranhas á medicina;
 - 6º- obter privilégio para fabricação e venda exclusiva de instrumentos cirurgicos e medicamentos secretos;
 - 7º- prescrever remédios secretos, próprios ou de outras pessoas, e expedir certificados em que se ateste a eficácia de medicamento secreto; ou contribuir, de alguma maneira, para recomendar o seu uso;
 - 8º- substituir os médicos assistentes, sem antes ter cumprido as regras prescritas no presente Código;
 - 9º- instalar-se em casa do enfermo para observar a mancha da moléstia, quando não esperadas complicações graves; e prestar aos doentes serviço da incumbência exclusiva dos praticantes, assistentes e enfermeiros;
 - 10º- estabelecer gabinete de consulta ou clinica no mesmo pavimento ocupado por farmácia ou drogaria.
- Artigo 21- O medico tem o dever de combater o industrialismo e o chatatanismo profissional, qualquer que seja a sua forma,

e opor-se, por todos os meios legais, ao preparo, venda, propaganda e uso de medicamento secreto assim como às práticas grosseiras e absurdas, com que os charlatões e impostores costumam explorar o público. Igual conduta observará a respeito do exercício ilegal da profissão e de métodos ou sistemas que não repousem sobre base científica ou se encontrem em franca oposição aos fatos demonstrados pela observação e experiência.

Artigo 22º. O médico, ao oferecer ao público os seus serviços, por meio de anúncios ou publicações, limitar-se-á a indicar o seu nome, sobrenome, títulos científicos, especialidades convenientemente definidas, dias e horas de consulta e o endereço de sua residência ou consultório. Qualquer outro oferecimento é considerado ato de charlatanismo ou de industrialismo, contrario à Ética profissional, ficando, pois, condenados, como meio indireto de anúncio, conselhos e receitas a consulentes, por correspondência, em jornais ou publicações semelhantes.

Artigo 23º. O médico abster-se-á de toda recomendação particular que tenda a favorecer determinado farmacêutico ou estabelecimento de farmácia; mas poderá impedir que suas formulas sejam aviadas em farmácias, cuja direção esteja a cargo de pessoas moralmente desacreditadas, ou que, por qualquer outro motivo, se tornem indigna da confiança pública.

Artigo 24º. Para não lesar os interesses dos demais colegas, o facultativo deverá abster-se de assistir gratuitamente, sem causa justificável, pessoas que possam pagar honorários médicos.

Capítulo III- Dos Serviços Profissionais entre Médicos

Artigo 25º. O médico, sua mulher, assim como seus filhos em quanto se encontrem sob o pátrio poder, têm direito aos serviços gratuitos dos médicos residentes na localidade e cuja assistência solicitem. Gozam de igual privilégio o pai, a mãe e outros parentes, sempre que residam na mesma casa e se encontrem visivelmente sob a imediata proteção do médico.

Artigo 26º. Se o médico, que solicita a assistência de um colega, reside em lugar distante e dispõe de suficientes recursos pecuniários, deve remunerar o colega, cujos serviços utilizar, em proporção ao tempo empregado e ao prejuízo que possa ocasionar-lhe o abandono momentâneo da sua clientela.

Artigo 27º. Ficam excluídos dos benefícios a que se referem os artigos anteriores, os médicos que não exerçam a profissão, ou que se tenham dedicado, por completo, a outras ocupações ou a negócios.

Capítulo IV- Deveres dos Médicos ao se Substituírem

Artigo 28º. Quando o médico se afastar acidentalmente do exercício da profissão, por motivo justificado, e recomendar seus enfermos aos cuidados de um colega, este deve aceitar o encargo, sem reservas de espécie alguma, e desempenhá-lo com o maior zelo, atendendo aos interesses e ao nome do substituído.

Artigo 29º. Sendo a assistência de curta duração, os honorários serão entregues totalmente ao substituído; em

caso contrário, ou quando o abandono da clientela for motivado por prazeres ou por ocupações e negócios permanentes, estranhos à medicina, o colega ausente não terá direito aos benefícios da confraternidade e reservará para o substituto a remuneração que devidamente lhe corresponda pelos seus serviços. Em casos obstétricos, nos cirúrgicos de importância, que impliquem fadiga e responsabilidade não comuns, os honorários pertencem ao substituto, quaisquer que sejam as circunstâncias.

Capítulo V- Das Conferencias Medicas

Artigo 30º- A rivalidade, os ciúmes e a intolerância, em matéria de opiniões, não devem ter guarida nas conferencias medicas; ao contrario, a boa fé, a probidade, o respeito e a cultura se impõem, como um dever, nas relações profissionais dos médicos conferentes entre si e com o assistente.

Artigo 31º- As conferencias medicas se dividem em duas categorias: as exigidas pelo assistente e as exigidas pelo doente ou por seus responsáveis ou interessados.

Artigo 32º- (O médico assistente pedirá conferencias unicamente nos seguintes casos: 1º) quando não puder fazer um diagnostico firme; 2)quando não obtiver resultado satisfatório no tratamento empregado; 3)quando necessitar dos auxílios de um especialista;4) quando pela natureza do prognostico, precisar dividir sua responsabilidade com outro colega.

Artigo 33º- O enfermo ou os interessados poderão solicitar uma conferencia quando não estejam satisfeitos com os

resultados do tratamento empregado pelo medico assistente, ou quando desejem confirmação da opinião destes.

Artigo 34º-Quando o medico assistente provocar a conferencia, competir-lhe-á a indicação de qual ou quais colegas considera capazes de ajudá-lo na solução do problema clinico, ou de participar com ele a responsabilidade do caso; mas o enfermo ou os interessados poderão exigir a presença de médicos de sua confiança na conferencia.

Artigo 35º-Quando o enfermo ou os interessados solicitarem a conferencia, o medico assistente deverá deixar-lhe a liberdade de escolher conferentes, uma vez que sejam todos diplomados por faculdade nacional; mas também poderá existir na conferencia a presença de um colega da sua escolha.

Artigo 36º- reunida a conferencia, o medico assistente fará o relato clinico do caso, sem precisar diagnostico nem prognostico; si porem, o achar conveniente ou necessário, entregara a sua opinião por escrito, em sobre carta fechada. Ato continuo os médicos conferentes examinarão livremente o enfermo. Reunida de novo a conferencia, os facultativos emitirão o seu parecer, começando pelo mais jovem e terminando pelo assistente, que neste momento, abrirá a sobrecarta com a sua opinião escrita, ou emitira verbalmente, se antes não a tiver escrito. Competira ao assistente resumir a opinião de seus colegas e formular as conclusões, que serão submetidas á decisão da junta. O resultado final das deliberações será comunicado pelo assistente ao doente ou aos interessados.

Artigo 37º- A discussão do caso nunca será feita em presença do enfermo ou dos interessados, a não se com o

consentimento dos facultativos e na presença de todos. Nesse caso, não se emitirá opinião alguma a respeito de diagnóstico, prognóstico e tratamento que não seja o resultado das deliberações e do acordo da junta.

Artigo 38º- As decisões da junta poderão ser modificadas pelo medico assistente, se assim o exigir alguma mudança no carater ou no curso da moléstia; mas, tanto as modificações como as causas que a motivarem, deverão ser expostas e explicadas na junta subsequente. Essa autorização, com idénticas reservas, é facultada a qualquer dos conferentes se for chamado com urgência, em qualquer circunstancia, por se achar ausente ou impossibilitado de atender.

Artigo 39º- Os médicos tem obrigação de comparecer pontualmente as juntas para as quais tenham sido convidados. Se forem varios os médicos, e algum tardar (não sendo esse o assistente), os demais o esperarão por um quarto de hora , terminado o qual procederão exame do enfermo. Se forem dois unicamente, e o primeiro a comparecer for o assistente, este poderá naturalmente ver o doente e prescrever; si porém, for o conferente quem chegar primeiro, o seu dever será esperar um quarto de hora: e se o assistente nao chegar nesse prazo, retirar-se-á sem examinar o enfermo. Entretanto, se o caso for de urgência, se o conferente estiver autorizado pelo assistente, ou não lhe for possível voltar, por causa da distancia ou por outros motivos justos, poderá examinar o doente e, antes de retirar-se, deixar sua opinião por escrito em sobrecarta fechada, para ser entregue ao medico assistente.

Artigo 40º- Os conferentes evitarão a dissertações profusas sobre temas doutrinaários ou especulativo, limitando-se a resolver o problema clinico presente.

Artigo 41º- As discussões que se realizarem na conferencia serão de caráter secreto e confidencial, a responsabilidade em tais casos é coletiva e solidária; nenhum dos médicos poderá, pois dela , se eximir por meio de juizo criticos ou censuras tendentes a desvirtuar a opinião de seus companheiros, ou legitimidade científica do tratamento combinado.

Artigo 42º- Se a divergência de opinião entre os facultativos for irreconciliável, considerar-se-á decisivo o parecer da maioria; mas o conferentes em minoria poderão consignar sua opinião por escrito e entregá-lo ao medico assistente, que fica no dever de comunicá-la ao enfermo ou aos interessados; se houver empate de opiniões, caberá o assistente cumprir o que achar mais conveniente ao interesses do enfermo.

Artigo 43º- Se o conferentes estiverem de acordo, mas divergirem da opinião do assistente, o dever deste será comunicar o fato ao doente ou aos interessados, para que decidam se querem continuar com o mesmo assistente ou convidar outro.

Artigo 44º- Se a junta for composta apenas do assistente e de um conferente e se não conseguir chegar a acordo, o dever de ambos será chamar terceiro ou varios colegas, e proceder do modo estatuído para as conferencias de mais de dois médicos. Se não houver outros médicos na localidade, submeter-se-á a questão á decisão do enfermo ou dos interessados, que ficarão, assim, com liberdade de resolver.

Artigo 45º- O medico assistente é autorizado a lavar e conservar uma ata das opiniões emitidas, a qual assinarão com ele todos os conferentes, cada vez que, em virtude de razoes de ordem, privada ou outras relacionadas com a decisão da junta, julgue necessário por a sua responsabilidade a coberto de falsas interpretações, ou resguardar o seu credito perante o enfermo, os interessados ou o publico.

Artigo 46- Aos médicos conferentes é terminantemente proibido voltar á casa do enfermo, depois de terminada a reunião, salvo em caso de urgencia, ou por autorização expressa do assistente, com a anuência do enfermo ou dos interessados.

Artigo 47º- Nenhum medico conferente pode tomar-se assistente do mesmo enfermo durante a molestia para a qual foi consultado. Esta regra tem as seguintes exceções:

- 1º-quando o assistente ceder ao conferente, por ato voluntário, a direção do tratamento;
- 2º- quando se tratar de cirurgião ou especialista, a quem o assistente deve ceder livremente a direção da assistência ulterior do enfermo, com todas as responsabilidade;
- 3º- nas circunstancias previstas na parte final do art.44, Istoé, quando não houver outro medico na localidade.

Artigo 48º- O medico conferente observara honesta e escrupulosa attitude no que se referir á reputação moral e científica do assistente, cuja conduta devera justificar, sempre que não coincida com a verdade do fatos ou com os principios fundamentais da ciência; em todo caso, a obrigação do conferente será atenuar erro, quando realmente o houver, e abster-se de juizo e insinuações capazes de

prejudicar o credito do medico assistente e a confiança de que for depositário, por parte do enfermo e interessado. O conferente evitará também as atencões extraordinárias, ou cumprimentos indiretos e as officiosidades de diversos gêneros de que costumam valer-se as pessoas de má fé, com o proposito indigno de adquirir notoriedade, ou de cair nas graças do enfermos e suas familias.

Artigo 49º- Nenhum facultativo deve concorrer a conferencias que não tenham sido promovidas pelo medico assistente, ou pelo doente ou interessados, de acordo com assistente.

Artigo 50º- Não fica autorizado a promover conferencias o facultativo chamado acidentalmente para substituir o assistente, salvo em casos de muita urgencia.

Artigo 51º- Incumbe ao medico, assistente marcar o dia e a hora em que deve reunir-se a junta, a não ser que, por circunstancias especiais, consistam em aceitar os médicos indicados por um dos seus collega.

Artigo 52º- Os honorários profissionais, atribuídos aos médicos conferentes, devem ser pagos logo após a terminação da conferencia e na própria casa do enfermo. Cumpre ao medico assistente lembrar essa obrigação ao enfermo ou aos interessados, antes de chamados os conferentes.

Capitulo VI- Dos Casos Acidentais e da Substituição Médica

Artigo 53º- Os que consagram á medicina devem recorrer aos seus próprios méritos e aptidoes para exercé-la e adquirir

clientela, porque a medicina não é commercio nem industria, e sim profissão liberal.

Artigo 54º- O facultativo, que for chamado para caso de urgência, por achar-se ausente o medico habitual ou assistente, retirar-se-á ao chegar este, a não ser que se lhe peça acompanhar o assistente.

Artigo 55º- Quando vários médicos forem chamados simultaneamente para caso de moléstia repentina ou acidente, o enfermo ficará aos cuidados do que chegar primeiro, salvo decisão contraria do doente ou interessados. O que ficar encarregado da assistência poderá escolher, entre os restante, aquele ou aqueles cujo concurso julgue útil ou necessario. O dever do medico nesse caso será de exigir que se chame o médico habitual da familia, sempre que não seja convidado a continuar a assistência, só ou acompanhado do medico habitual.

§ unico- O medico de institutos officiais, tais como Assistência Publica, em caso de socorro publico não deve continuar como medico assistente ou particular o tratamento do doente a quem haja atendido por motivo daquele serviço.

Artigo 56º- O médico chamado para assistir uma pessoa, durante a ausência ou enfermidade do medico habitual da familia, retirar-se-á, ao regressar este ou restabelecer-se, a si o próprio enfermo ou so interessados não decidirem o contrario.

§ unico- Em caso de parto ou intervenção cirurgica, o médico que iniciar a intervenção deverá concluí-la, entregando o doente aos cuidados do médico habitual da familia, salvo decisão desta em contrario.

Artigo 57º- Entende-se por médico habitual de uma familia ou um enfermo aquele que é normalmente consultado por essa familia ou esse enfermo.

Artigo 58º- O medico chamado para assistir um enfermo que está sendo tratado por outro, deve ajustar sua conduta ás seguintes regras:

1º- Deve propor uma conferencia com o médico anterior e insistir na necessidade dessa conferencia;

2º- Se fracassar esse propósito, deve procurar justificar a conduta de seu colega e reconquistar para o mesmo a confiança do enfermo e dos interessados;

3º- Cumpridos estes deveres, depois de informar tudo ao colega que vai substituir;

4º- Deve insistir em que se paguem os honorários ao médico anterior.

Artigo 59º- Um facultativo que está fora da cidade em visita a doente, si é chamado para ver outro que apresente mudança ou piora nos sintomas, e cujo médico habitual está ausente, deve limitar-se a preencher as indicações do momento, e não alterar o tratamento senão no estritamente necessario.

Capítulo VII- Dos Especialistas

Artigo 60º- Entende-se por especialista o profissional que, além de possuir a cultura geral indispensável, se consagra ao estudo particular e á pratica de um dos ramos da ciencia medica.

Artigo 61º- O especialista chamado em conferencia para examinar um doente e dar sua opinião sobre sintomas, fenómenos ou complicações no curso de uma moléstia, deve

ir á casa do enfermo, no dia e hora combinados com o médico assistente: devidamente autorizado pelo doente ou os interessados.

Artigo 62º. O médico habitual que diagnosticar ou suspeitar, em seu enfermo, uma moléstia que, em sua opinião, exige os recursos da cirurgia geral ou de alguma especialidade, poderá indicar ao próprio doente ou aos interessados o cirurgião ou especialista que deve ser consultado. Se o enfermo ou os interessados não aceitarem o facultativo apresentado pelo médico assistente, este deixar-lhe-á a liberdade de escolher; poderá, porém, eximir-se de toda a responsabilidade ulterior, nos resultados do tratamento empregado.

Artigo 63º. O especialista que se encarregar de um enfermo, com o consentimento do médico assistente, assumirá a direção do tratamento no tocante á especialidade; agirá, porém, sempre de acordo com aquele, e suspenderá sua intervenção eventual, logo que cesse a necessidade dos seus serviços especiais.

Artigo 64º. Ao cirurgião escolhido como operador compete dirigir o tratamento, desde o momento em que se decidira a intervenção cirúrgica; não deve, porém, prescindir da indispensável e útil colaboração do médico assistente que tem obrigação de cooperar para restabelecer a saúde do doente.

Artigo 65º. Quando são dois ou mais cirurgiões ou especialistas convocados, competem ao médico assistente indicar quem deva encarregar-se do tratamento, pondo-se, antes, de acordo com o enfermo ou os interessados e

observando o que na parte final dispõe o artigo 44, quando assim considerar necessário aos seus interesses.

Artigo 66º. O cirurgião operador goza da mais completa liberdade na escolha de seus ajudantes, e a ele compete fixar o lugar e o momento em que se deva realizar a operação.

Artigo 67º. O facultativo chamado, na qualidade de especialista, para atender a doente de outro médico, abster-se-á de qualquer alusão que, direta ou indiretamente, possa prejudicar o assistente, em seu nome, credito ou autoridade de que goze perante o enfermo ou os interessados.

Capítulo VIII- Deveres Médicos em certos casos de Obstetrícia

Artigo 68º. Ao médico é terminantemente proibida pela moral e pela lei, a interrupção voluntária da gestação, em qualquer de seus períodos; poderá, porém, provocar o abortamento ou parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, necessidade terapêutica ou profilática.

Artigo 69º. Em caso de distorcia, sempre que possível, será salva a vida do feto, desde que, para isso, não tenha de correr risco a vida da parturiente.

Artigo 70º. O parteiro não praticará o abortamento nem o parto prematuro, terapêuticos ou profiláticos, nem fará intervenção que possa sacrificar a vida do feto, sem autorização necessária ao marido ou aos parentes mais próximos da gestante: pais, filhos, irmãos, etc.

Artigo 71º. Ao médico é proibido aconselhar sistemas ou processos destinados a impedir a fecundação da mulher. Poderá fazê-lo somente se temer que a gestação venha a

ocasionar transtornos graves na saúde da mulher ou determinar a agravação de enfermidades pré-existentes ou, ainda, prejudicar a prole.

Artigo 72º. Quando a vida da gestante correr perigo e o médico, por princípios religiosos ou filosóficos, não praticar a interrupção da gestação, deve comunicar à família as suas convicções religiosas ou filosóficas, em relação ao caso, e confiar a doente aos cuidados de outro colega.

Capítulo IX- Do Segredo Médico

Artigo 73º. O segredo médico é uma obrigação que decorre da própria essência da profissão: o interesse público, a segurança dos enfermos, a honra das famílias, respeitabilidade do médico e a dignidade da arte o exigem. Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, dentistas e parteiras, assim como os estudantes de medicina e enfermeiros, estão no dever de conservar em segredo tudo quanto vejam, ouçam ou descubram no exercício da sua profissão ou pelo fato de seu ministério, e que não deva ser divulgado.

Artigo 74º. O segredo pode ser recebido sob duas formas: o segredo explícito, formal e textualmente confiado pelo cliente; e o segredo implícito, resultante da própria natureza das relações dos clientes com os profissionais da medicina. Ambas as formas do segredo são invioláveis, à exceção dos casos especificados em lei.

Artigo 75º. Aos profissionais da medicina é proibido revelar o segredo profissional, fora dos casos estabelecidos pela Deontologia Médica. Não é necessário publicar o fato para

que haja revelação; basta a confidência a uma pessoa isolada.

Artigo 76º. Os profissionais não incorrem em responsabilidade se revelam o segredo de que são depositários, quando estão autorizados para isso, pela ou pelas pessoas que lhes confiaram em plena liberdade e conhecimento das consequências da revelação, e sempre que esta não cause prejuízo à terceiro.

Artigo 77º. O médico não incorre em responsabilidade quando revela o segredo, nos seguintes casos:

- a) como testemunha em juízo;
- b) nas funções de perito médico-legal e nos respectivos pareceres;
- c) quando, como médico de uma companhia de seguros, se comunicar oficialmente com os demais médicos da companhia;
- d) no boletim de saúde dos homens de notoriedade, contanto que omita o diagnóstico;
- e) nas papeladas das enfermarias;
- f) nos atestados de óbito;
- g) nos atestados médicos ;
- h) na notificação de moléstia infecto-contagiosa ;
- i) no exame pré-nupcial;
- j) nas inspeções de saúde em comunicação oficial com as respectivas autoridades médicas.

Artigo 78º. O médico guardará absoluto segredo se chegar a comprovar moléstia venérea em mulher casada. Evitará que do conhecimento do diagnóstico pela doente ou por seu marido possa advir dissensão conjugal; entretanto deverá

tomar e aconselhar medidas tendentes a impedir novas contaminações.

Artigo 79º.- Se o médico souber que um dos seus clientes, em período contagiante de moléstia venérea, pretende se casar, empenhar-se-á em dissuadi-lo de seu intento, valendo-se de todos os meios possíveis. Se o cliente se mostrar surdo aos seus conselhos e insistir em levar a cabo o proposto, o médico, depois de prevenir o recalcitrante, ficará na obrigação de levar o fato ao conhecimento dos pais ou tutores da noiva, e, sendo esta maior, á própria noiva.

Artigo 80º.- Em caso de ama sífilítica amamentar criança não sífilítica, o médico deverá notificar aos pais ou responsáveis pelo lactente, a doença e o risco do contagio, devendo proceder de igual forma em caso de ama sã que amamente a criança sífilítica.

Artigo 81º.- Cabe ao médico, sem faltar ao seu dever, denunciar os delitos de que tenha conhecimento no exercício de sua profissão, de acordo com o que dispõe o Código Penal.

§ Único.- É dever de honra de todo facultativo ir espontaneamente á presença da justiça, esclarecê-la, para evitar erros judiciários.

Artigo 82º.- Quando o médico for constrangido a reclamar judicialmente os honorários, limitar-se-á a indicar o numero de visitas e consultas, especificando: as de alta cirurgia e as de menor importância; o numero de viagens que tenha feito fora da cidade para atender ao enfermo, precisando a distancia e o tempo despendido em cada uma; mas, em caso algum lhe e permitido revelar a natureza da moléstia nem a classe de operações praticadas. Essas ultimas circunstancias reserva-

la-á o facultativo par expô-las, se for necessário, ao peritos médicos que sejam designados para informar ao tribunal.

Artigo 83º.- O médico não deve responder ás perguntas que lhe forem feitas sobre a natureza ou caráter da moléstia do seu cliente; mas é autorizado não só a dizer uma vez que o julgue necessário para salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou para melhor direção do tratamento.

Capitulo X- Dos Honorários Profissionais

Artigo 84º.- As visitas médicas se dividem em três categorias:

- a) visita ordinária, a que livremente faz o médico em hora, a seu ver, conveniente aos interesses do enfermo;
- b) visita de urgência, exigida imediatamente pelo doente ou na ausência de colega impedido;
- c) visita as horas fixas, marcadas pelo enfermo para sua comodidade pessoal.

Artigo 85º.- As visitas de urgência e a hora fixa se dividem em:

Matinais- das 6 ás 8 horas;

Diurnas- das 8 ás 21 horas;

Noturnas- das 21 ás 6 horas;

Especiais- feitas em domingos e feriados

Artigo 86º.- A visita médica não terá valor uniforme e sim variará, conforme a natureza da moléstia, a distancia entre o domicilio do enfermo e o do médico, a posição social do enfermo e a hierarquia do médico, derivada de sua idade, seus títulos e a nomeada que tiver conquistado no conceito público.

Artigo 87º- As visitas à hora fixa e as de urgência terão valor superior ao da visita ordinária, e os seus honorários variarão conforme a hora e o dia em que se façam.

Artigo 88º- Os honorários dos cirurgiões, por intervenção de alta cirurgia, serão fixados por convênios especiais, em cada caso, entre o facultativo e o cliente, podendo o cirurgião exigir o pagamento adiantado de uma parte ou da totalidade de seus honorários.

Artigo 89º- Nas conferências médicas exigidas pela família, o médico assistente terá honorários iguais aos de cada um dos conferentes.

Artigo 90º- Os diretores de Casas de Saúde, Clínicas, Sanatórios, Consultórios e Laboratórios são obrigados a estabelecer tabelas especiais para as consultas, aplicações de aparelhos e instrumentos, tratamentos, especiais, operações cirúrgicas, assistência de partos, análises químicas e bacteriológicas, investigações biológicas, hospitalização de enfermos, etc.

Artigo 91º- A dicotomia, ou seja a divisão de honorários, feita sem o conhecimento do enfermo ou dos interessados, entre o médico assistente e o cirurgião, o especialista ou o conferente, é um ato contrário à dignidade profissional, e expressamente condenado pela Deontologia. Quando, no tratamento de um enfermo, além do médico assistente, intervierem cirurgiões, especialistas ou conferentes, as contas de honorários serão enviadas ao doente ou aos interessados, separadamente ou em conjunto, mas, neste último caso, serão especificados os honorários de cada facultativo.

Artigo 92º- Os profissionais da medicina, ao apresentarem as suas contas para cobrança de honorários, não especificarão

as visitas, consultas, operações, etc...a não ser que assim o exijam o doente ou os interessados,ou, quando a cobrança se fizer judicialmente, seguindo-se então, as regras estabelecidas no artigo 82 deste Código.

Artigo 93º- Os clientes que, sem razão justificada, se negarem a saldar seus compromissos pecuniários, poderão ser demandados nos tribunais ordinários de justiça para pagamento de honorários profissionais, sem que esse procedimento desabone o nome, o crédito ou o conceito publico de que goze o facultativo litigante.

Capítulo XI – O Médico e a Saúde Pública

Artigo 94º- Todo médico, seja ou não clinico, seja ou não funcionário publico, deve colaborar da melhor maneira possível, no que se refere à manutenção da saúde pública, e ser um propagandista sincero de todas as medidas de higiene individual e coletiva que visem o bem comum.

Artigo 95º- Quando em suas funções cênicas observar o médico hábitos viciosos e praticas reprováveis prejudiciais ao individuo e a outrem, é seu dever aconselhar cuidadosamente a família ou ao doente, fazendo-lhe ver os inconvenientes atuais ou remotos desse costumes ou praticas.

Artigo 96º- Para ser útil à saúde coletiva, não descurará o médico os seus estudos de higiene e andará familiarizado com as leis sanitárias a cujas disposições esteja sujeito, para fiel cumprimento delas.

Artigo 97º- O médico notificará escrupulosamente à autoridade sanitária a existência de doentes de moléstia

infecciosa em sua clinica, lembrando-se de que isto é um dever legal e moral imposto pelo interesse da coletividade.

Artigo 98º. Na prescrição de entorpecentes, deve o médico cingir-se ás exigências absolutamente necessárias ao doente, agindo sempre de acordo com os preceitos da lei e dos regulamentos que regem a matéria.

Artigo 99º. Não se entregue ao exercício da medicina o médico atacado de moléstia repugnante ou contagiosa.

Artigo 100º. O médico deve escrever as suas receitas por extenso, legivelmente, em vernáculo, mencionando sempre nas mesmas a sua residência ou consultório, e, bem assim, o nome e a residência do doente; deve evitar abreviaturas, sinais e algarismos; usar o sistema métrico decimal; indicar as doses e o modo de administrar os remédios, mormente si interna ou externamente; e datá-las e assina-las.

Artigo 101º. Não deve o médico indicar determinada farmácia, exercer simultaneamente a medicina e a farmácia, nem ter contrato para explorar a industria farmacêutica. Ao médico, entretanto, compete desaconselhar a procura de qualquer farmácia, quando julgar conveniente ao interesse do doente, de acordo com o que dispõe o artigo 23 do presente Código.

Capítulo XII- O Médico e a Justiça

Artigo 102º. Qualquer médico pode ser nomeado para verificar fatos de ordem medica no esclarecimento de questões de que a Justiça necessite, no desempenho das funções do perigo. E para desejar, entretanto, pelo menos nos grandes centros, que os proprios médicos sejam os primeiros a mostrar ás autoridades e ás partes a necessidade

de serem escolhidos para esses mistérios profissionais que tenham competência especial sobre o assunto e idoneidade comprovada e que, por isso mesmo, podem servir melhor a Justiça.

Artigo 103º. Quando o médico for nomeado perito e não possa aceitar a incumbência, porque se julgue incompetente, deverá comparecer perante a autoridade e solicitar-lhe dispensa, antes de qualquer compromisso.

Artigo 104º. Quando um doente se opuser ao exame ou a particularidades deste, não assumam os peritos quaisquer atitudes, sem levar antes o fato ao conhecimento da autoridade.

Artigo 105º. Nos seus laudos, nunca ultrapassarão os peritos a esfera das suas atribuições e da sua competência.

Artigo 106º. Quando forem nomeados para estudar questões em que sejam parte colegas seus, lembrem-se os profissionais de que devem pôr á margem qualquer espirito de classe ou camaradagem, procurando apenas servir á justiça com toda imparcialidade.

Artigo 107º. Tratando-se principalmente de acidente no trabalho, proceda sempre o médico de tal sorte que evite toda suspeita de qualquer ligação ou interesse com o operatório ou com o patrão, em dano da parte contrária.

Artigo 108º. Quando não houver disposição em contrario, os atestados médicos comuns devem ser passados nas folhas usuais do receituário, em que se contém o nome, títulos e endereços do profissional.

Capítulo XIII- Do Conselho de Disciplina Profissional

Artigo 109º. Para conhecer, julgar e sentenciar sobre qualquer infração as disposições do presente Código, fica instituído o Conselho de Disciplina Profissional, cuja jurisdição se estende a todo o território pátrio.

Artigo 110º. Este Conselho compor-se-á de 7 membros, eleitos de 2 em 2 anos, por votação secreta e maioria absoluta de votos, em uma Assembleia Extraordinária de toda a Classe Médica do Brasil, convocada para este único fim pelo Sindicato Médico Brasileiro, nos primeiros quinze dias depois de iniciado o período bienal do Regulamento. Os membros eleitos deverão residir nesta Capital.

§ único. Serão considerados suplentes os imediatos com votos, obedecendo a esse critério a ordem das substituições.

Artigo 111º. As penas que o Conselho de Disciplina Profissional pode aplicar, variam conforme o grau da falta ou sua reincidência, e são as seguintes:

1ª- O Conselho enviará, em caráter privado e por escrito, advertência ao infrator;

2ª- O Conselho enviará extratos do Código, referente à infração, sem aludir à denuncia do caso;

3ª- O Conselho fará uma censura publica no Boletim Oficial, ao médico reincidente nas proibições do Código de Deontologia, pedindo a sua exclusão de sociedades científicas e profissionais;

4ª- Fica instituído um INDEX, para que nele figurem os profissionais indignos do exercício da profissão, como penas às faltas de excepcional gravidade.

Artigo 112º. Qualquer médico, devidamente habilitado, ou associação médica, será competente para denunciar ao Conselho de Disciplina Profissional as infrações do presente

Código, sempre que a denuncia vier escrita, assinada e acompanhada de provas que mereçam fé.

Artigo 113º. Assim que o Conselho receber uma denuncia com todas as comprovações, avisarão o denunciado, comunicando-lhe os motivos em que se funda a acusação, e convidando-o a apresentar, dentro de certo prazo, verbalmente ou por escrito, as razões que escusem ou justifiquem o fato denunciado.

Artigo 114º. Terminado o prazo a que se refere o artigo anterior, o Presidente do Conselho fixará dia e hora para reunir-se e deliberar. As sessões do Conselho serão sempre secretas; e as suas decisões, definitivas e inapeláveis.

Artigo 115º. Será feita comunicação confidencial da infração a todos aqueles a quem interesse, para o fim de evitar a reincidência: ao cliente, às Faculdades de Medicina, às sociedades medicas do país, aos companheiros de hospital, estabelecimento ou consultório, aos chefes de serviços em que trabalhe o infrator e aos clínicos de nomeada que possam ser chamados como conferentes.

Artigo 116º. O Conselho de Disciplina Profissional ditará o seu Regulamento Interno e o submeterá á aprovação de uma assembleia de todas a classe médica, especialmente convocada pelo mesmo Conselho.

Primeiro Congresso Médico Sindicalista Brasileiro, Rio de Janeiro, aos 23 de Julho de 1931.

Anexo 4:

ANEXO 3 - CÓDIGO DE DEONTOLOGIA MÉDICA de 1945

Código de Deontologia Médica (1945)

Aprovado pelo IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro, em 24 de outubro de 1944 e oficializado pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945.

Fontes:

*Código de Deontologia Médica. Aprovado pelo IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro em 24 de outubro de 1944 e oficializado pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945 que instituiu os Conselhos de Medicina "[Serviço Nacional de Educação Sanitária, Rio de Janeiro 1949]".

*Código Brasileiro de Deontologia Médica (1945). Aprovado pelo IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro em 24 de outubro de 1944 e oficializado pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945 que instituiu os Conselhos de Medicina in Rafael de União dos Palmares, O.F.M. Cap., Moral e Medicina: em defesa da pessoa humana [Companhia Editora Nacional, São Paulo 1962], p.165-185.

* Decreto-lei nº 7.955 de 13 de setembro de 1945 ,in Coleção das Leis de 1945, Vol.5-Atos do Poder Executivo: [Decretos-leis de julho a setembro Imprensa Nacional, Rio de Janeiro 1945] " p.299-300".

Capítulo 1: Dos deveres dos médicos em relação aos enfermos

Artigo 1º- O médico que exerce a clínica deve atender a chamado dos que solicitam seus serviços profissionais. A seu

juízo, entretanto, poderá eximir-se dessa obrigação, salvo nos caso seguintes:

- 1- Quando não houver outro facultativo na localidade em que exerce a profissão
- 2- Quando houver urgência ou perigo para a vida do doente
- 3- Quando outro médico pedir a sua colaboração.
- 4- Quando, em localidade em que não haja serviço de assistência médica gratuita, estiver em causa um indigente.

Artigo 2º- O médico quando na primeira visita ao doente, poderá recusar este atacado de moléstia contagiosa, de iminente transmissão a terceiros:

- 1- Se for cirurgião e estiver prestes a praticar em outrem uma operação aséptica.
- 2- Se for parteiro e estiver comprometido a assistir uma mulher em parto próximo.
- 3- Se, na ocasião, assistir crianças.

Artigo 3º- É dever do médico:

- 1- Observar, nas relações com o doente e durante o tratamento deste, as normas seguintes:
 - a) atender, na prestação dos seus serviços, às dificuldades e exigências da moléstia, indiferente a posição social e a situação financeira do cliente;
 - b) procurar tolerar os caprichos e as fraquezas[1] do doente, que não se oponham às exigências do tratamento, nem possam agravar a afeição;
 - c) abster-se de fazer visitas desnecessárias, ainda quando o caráter, o curso, ou a gravidade da

doença exija que o enfermo seja visitado com frequência;

- d) evitar, em seus atos, gestos e palavras, tudo que possa atuar desfavoravelmente no animo do doente, deprimi-lo ou alarmá-lo sem necessidade;
 - e) respeitar as convicções políticas e as crenças religiosas do cliente, não se opondo a prática que delas decorra, salvo no caso em que essa prática possa trazer perturbações aos cuidados terapêuticos, ou acarretar perigo iminente à vida do enfermo. Abster-se, outrossim, de sugerir ao doente a adoção do seu próprio credo religioso ou político;
 - f) examinar mulher, sempre que possível, em presença de terceira pessoa.
- 2- ouvir algum colega em conferência, sempre que se encontrem em presença de caso difícil ou de duração prolongada.
 - 3- Procurar corrigir seu cliente, aconselhando-o e animando-o, quando a doença provier de hábitos viciosos ou de frequentes transgressões da higiene.
 - 4- Abster-se de fazer visitas a doente assistido por outro médico e, quando isto for de todo impossível, conduzir-se de maneira que evite interpretações desairosas relativas ao movel do seu procedimento.
 - 5- Lançar mão dos recursos ao seu alcance para aliviar os que sofrem.

Artigo 4º. É vedado ao médico:

- 1- abandonar os casos crônicos ou incuráveis, sem que haja comprovado motivo de força maior.
- 2- Praticar intervenção, cirúrgica ou não, destinada a esterilizar, mulher ou homem, sem indicação terapêutica e, em qualquer caso, somente o fazer a juízo de uma junta médica, constituída de três profissionais, lavrando-se imediatamente ata da ocorrência.
- 3- Fazer anestesia geral, sem que este esteja presente pelo menos um colega, exceto nos casos de urgência.
- 4- Praticar operações em menores, ou em maiores incapazes de deliberar, independentemente de autorização dos pais, tutores ou outro responsáveis legais, salvo nos casos de urgência.
- 5- Aconselhar ou praticar a eutanásia.
- 6- Convidar, para presenciar atos operatorios, pessoas estranhas à medicina ou ao doente.

Artigo 5º. É permitido ao médico atender e tratar no consultório os doentes que o procurarem, quaisquer que sejam seus médicos habituais.

Capítulo 2: Da preservação da dignidade profissional

Artigo 6º. É dever do médico:

- 1- Observar os preceitos da Deontologia Médica, contidos neste Código.
- 2- Ajustar sua conduta pública e privada às regras da circunspeção, da probidade e da honra.
- 3- Ter costumes sadios e puros, e hábitos de temperança.

- 4- Combater o industrialismo e charlatanismo profissional.
- 5- Opor-se, pelos meios legais,
- ao preparo, venda, propagação e uso de medicamentos secretos;
 - à exploração do público, por parte de charlatões e impostores;
 - ao exercício ilegal da medicina;
 - aos médicos ou sistemas sem base científica, ou em oposição aos fatos demonstrados pela observação e experiência.
- 6- Limitar-se, nos seus anúncios, à indicação do seu nome, títulos científicos, especialidades convenientemente definidas, dias e horas de consultas, endereço do consultório e residência.
- 7- Impedir que suas fórmulas sejam aviadas em farmácias cuja direção esteja a cargo de pessoas inidôneas, ou que, por qualquer motivo, se hajam tornado indignas da confiança pública.
- Artigo 7º. - É verdade ao médico:
- Contribuir, de forma direta ou indireta, para que pessoas incompetentes possam exercer ramo da medicina, mesmo em serviços auxiliares.
 - Favorecer os que, visivelmente, tenham o propósito de exercer a medicina contra o disposto nas leis do país, ou de acordo com sistemas exclusivos, arbitrários ou aos princípios assentes da ciência médica.
 - Solicitar atenção pública por meio de avisos, circulares, ou cartões particulares, nos quais se ofereça a pronta e infalível cura de determinadas molestias.
- 4- Exibir, fazer irradiar, publicar ou permitir que se publiquem em jornais ou revisão não consagradas à medicina, casos clínicos, operações ou tratamentos especiais, exceto os resultados das sessões das sociedades médicas.
- 5- Prescrever remédios de fórmulas secretas, próprias ou de outras pessoas, recitar ilegalmente ou sob forma de código ou número; fornecer atestado sobre produtos ou especialidades farmacêuticas, para propagação, ou publicações em jornais e revistas não consagradas à medicina, e contribuir de qualquer maneira, para a recomendação do seu uso ao público.
- 6- Anunciar ou publicar, de qualquer forma, que presta serviços gratuitamente aos pobres e fornecer-lhes medicamentos.
- 7- Obter privilégio para a venda de medicamentos.
- 8- Exibir, publicar ou permitir que se publiquem, atestados de habilidade ou competência e ufanar-se publicamente do êxito obtido com sistema, cura ou remédios especiais.
- 9- Ter gabinete de consulta ou clínica em:
- dependência de farmácias, drogarias, laboratórios farmacêuticos, casas de ótica, etc.
 - pavimento que se comuniquem diretamente com estabelecimento das espécies referidas na alínea anterior;

- c) locais arrendados por qualquer desses estabelecimentos.
- 10-Substituir médicos assistentes, sem observância do disposto neste Código.
 - 11-Utilizar-se de agenciadores para angariar clientes.
 - 12-Desviar, para seu consultório, clientes de instituições de assistência médica e higiênica de caráter gratuito.
 - 13-Oferecer ao público os seus serviços, por meio de anúncios ou publicações tendenciosas, fora dos moldes contidos no nº 6 do 7º.
 - 14-Fazer recomendação confidencial ou publica que possa favorecer determinado farmacêutico, farmácia ou estabelecimento de produtos farmacêuticos ou casa de ótica.
 - 15-Assistir gratuitamente, sem causa justificável, pessoas que possam remunerar serviços médicos.
 - 16-Dar conselhos e receitas ao consultante, por estações de rádio e correspondência em jornais ou publicações semelhantes.
 - 17-Exercer simultaneamente as profissões de médico e farmacêutico.
 - 18-Ter contrato ou interesse na exploração de especialidades farmacêuticas.
 - 19-Encaminhar suas receitas, sistematicamente, à mesma casa de ótica ou farmácia.
 - 20-Receitar, sistematicamente, produtos de um mesmo fabricante, representante ou vendedor.
 - 21-Instalar-se em casa do enfermo, quando não haja probabilidade de sobrevirem complicações graves.
- 22-Prestar aos doentes serviços que, pela própria natureza, são de competência de estudantes, enfermeiros, serventes ou criados, salvo em casos de urgência ou quando se tratar de indigentes.
 - 23- Procurar conseguir, para si, emprego que esteja sendo exercido por outro médico.
 - 24-Oferecer seus serviços ou fazer locação dos mesmos, por salários inferiores aos da atualidade ou aos fixados em lei.
 - 25-Oferecer serviços gratuitos a agremiações cujos associados possam perfeitamente remunerá-los.
 - 26-Anunciar seus serviços profissionais por preços vis.
- Artigo 8º- O disposto nos números 1e2 do artigo 7º aplica-se a todos os que têm função para cujo exercício ou investidura se exige a condição de médico.

Capítulo 3: Dos deveres em relação aos colegas

Artigo 9º- É dever do médico:

- 1-Prestar assistência a doentes de colegas que se afaste acidentalmente da profissão, por motivo justificado, sempre que esse o haja recomendado aos cliente, atendendo aos interesses e ao nome do substituído.
 - 2- Cumprir o disposto no parágrafo único do Artigo 21.
- Artigo 10º- É vedado ao médico:
- 1- Quando em visita de amizade ou social a doente assistido por um colega, fazer comentários prejudiciais ao assistente.
 - 2- Dar assistência a doentes de especialidade que não é a sua, salvo nos caso de urgência, ou quando não

houver na localidade médico da especialidade em causa.

- 3- Aceitar emprego deixado por colegas que tenha sido demitido sem causa justificada ou heja pedido demissão para preservar a dignidade ou os interesses da profissão e da classe médica.
- 4- Faltar, de modo inequívoco e injustificado, aos deveres de confraternidade com os colegas.

Capítulo 4: Dos serviços profissionais a médicos e a famílias de médicos

Artigo 11º. É dever do médico:

- 1- Prestar serviços profissionais gratuitos aos médicos que os solicitarem, uma vez que estes residam ou se encontrem na localidade em que ele exercer a profissão.
- 2- Remunerar o colega de cujo serviço se tiver utilizado, em proporção ao tempo empregado e ao prejuízo que tenha podido ocasionar-lhe o abandono passageiro de sua clientela, se o solicitado reside ou se encontra em lugar distante.

Artigo 12º. O disposto nos números 1 e 2 do Artigo 11 tem toda aplicação quando os serviços profissionais são prestados a pessoa da família do médico, como tais compreendidos mulher, filhos sob o patrio poder, e, também, mãe, pai e outros parentes, quem , residindo na mesma casa, se encontrem, visivelmente sob a dependência económica do médico.

Artigo 13º. O disposto no nº 1 do Artigo 11 não se aplica aos médicos que se dediquem a outros negócios ou outras ocupações.

Capítulo 5: Das conferencias médicas

Artigo 14º. Assiste ao médico e ao doente, bem como aos seus responsáveis e interessados, o direito de propor ou exigir conferencia médica.

Artigo 15º. O médico assistente pedira conferencias unicamente nos seguintes casos:

- 1- quando não puder firmar um diagnostico;
- 2- quando não obtiver resultado satisfatório no tratamento empregado;
- 3- quando necessitar de auxilio de um especialista;
- 4- quando pela natureza do prognostico, precisar de confirmá-lo com um colega.

Artigo 16º. O enfermo ou os interessados poderá solicitar conferencia quando não estejam satisfeito com os resultados do tratamento empregado pelo médico assistente, ou quando desejam confirmação da opinião deste.

Artigo 17º. Quando o medico assistente provocar a conferencia, competir-lhe-á a indicação do qual ou quais colegas consideram capazes de ajudá-lo na solução do problema clinico, ou de repartir com ele a responsabilidade do caso; mas o enfermo ou os interessados poderá exigir a presença de outros médicos de sua confiança.

Artigo 18º. Quando o enfermo ou os interessados solicitarem a conferencia, o médico assistente deverá deixar-lhes a liberdade de escolher os conferencistas, uma vez que sejam

todos diplomados por faculdades brasileiras; mas também poderá exigir, na conferência, a presença de um colega de sua escolha.

Artigo 19º. Incumbe ao médico assistente marcar o dia e a hora em que se deve realizar a conferência.

Artigo 20º. As conferências obedecerão às normas seguintes:

- 1- Reunida a conferência, o médico assistente fará relato clínico do caso, sem precisar diagnóstico nem prognóstico; se, porém, achar conveniente ou necessário, entregará a sua opinião, por escrito, em carta fechada. Ao continuo, os médicos conferentes examinarão livremente o enfermo. Reunida de novo a conferência, os facultativos emitirão o seu parecer, começando pelo mais jovem e terminando pelo assistente, que, nesse momento, abra a sobrecarta com a sua opinião escrita ou a emitirá verbalmente, se antes não a tiver escrito. Competirá ao assistente resumir a opinião de seus colegas e formular as conclusões, que serão submetidas à decisão da junta. O resultado final das deliberações será comunicado pelo assistente ao doente e ao interessados.

- 2- A discussão do caso nunca será feita em presença do enfermo ou dos interessados.

- 3- As decisões da junta poderão ser modificadas pelo médico assistente, se assim o exigir alguma mudança no caráter ou no curso da moléstia; mas, tanto as alterações como as causas que as motivarem, deverão ser expostas e explicadas na junta subsequente. Essa providência, com idénticas

reservas, é facultada a qualquer dos conferencistas, se for chamado com urgência, em qualquer circunstância, por se achar o assistente ausente ou impossibilitado de atender.

- 4- Os médicos comparecerão pontualmente às juntas para as quais tenham sido convocados. Se forem vários os médicos e algum tardar (não sendo esse o assistente), os demais o esperarão por um quarto de hora, terminado o qual, procederão ao exame do enfermo. Se forem dois, apenas, e o primeiro a comparecer for o assistente, este poderá naturalmente ver o doente e prescrever; se, porém, for o conferente quem chegar primeiro, o seu dever será esperar um quarto de hora, e, se o assistente não chegar nesse prazo, retirar-se-á sem examinar o enfermo. Entretanto, se o caso for de urgência, se o conferente estiver autorizado pelo assistente, ou não lhe for possível voltar, por causa da distância ou por outros motivos justos, poderá examinar o doente, e, antes de retirar-se, deixar sua opinião por escrito e em sobrecarta fechada, para ser entregue ao médico assistente.

- 5- Os conferencistas evitarão as dissertações profusas sobre temas doutrinários ou especulativos, limitando-se a resolver o problema clínico presente.

- 6- As discussões que se realizarem nas conferências serão de caráter secreto e confidencial: a responsabilidade em tais casos é coletiva e solidária, e nenhum dos médicos poderá dela eximir-se por meio de juízos críticos ou censuras tendentes a

- desvirtuar a opinião de seus companheiros, ou legitimidade científica de tratamento combinado pela junta.
- 7- Se a divergência de opinião entre os facultativos for irreconciliável considerar-se-á decisivo o parecer da maioria; mas os conferentes em minoria poderão consignar sua opinião por escrito, e entregá-la ao médico assistente, que fica no dever de comunicá-la ao enfermo, ou aos interessados; se houver empate de opinião, caberá ao assistente cumprir o que achar mais conveniente no interesse do enfermo.
- 8- Se os conferentes estiverem de acordo, mas divergirem da opinião do assistente, o dever será comunicar o fato ao dente ou aos interessados, para que decidem se querem continuar com o mesmo assistente ou convidar outro.
- 9- Se a junta for com composta do assistente e de um conferente, e se não se chegar a um acordo, o dever de ambos será chamar terceiro, ou vários colegas, e proceder do modo estatuído para as conferências de mais de dois médicos. Se não houver outros médicos na localidade, submeter-se-á a questão à decisão do enfermo ou dos interessados, que ficarão, assim, com liberdade de resolver.
- 10- O médico assistente tem o direito de lavar e conservar uma ata das opiniões emitidas, assinadas por ele e todos os conferentes, cada vez que, em virtude de razões de ordem privada ou outras relacionadas com a decisão da junta, julgue necessário por sua responsabilidade a coberto de
- falsas interpretações, ou resguardar o seu critério perante o enfermo, os interessados ou o público.
- Artigo 21º.- É dever do médico-conferente:
- 1- Usar de boa fé, proceder com probidade, ser tolerante, cordial e respeitoso para com os colegas.
 - 2- Observar honesta e escrupulosa atitude no que se referir á reputação moral e científica do assistente, cuja conduta deverá justificar, sempre que não colida com a verdade dos fatos ou com os princípios fundamentais da ciência.
 - 3- Procurar atenuar o erro e abster-se de juízo, alusões e insinuações capazes de prejudicar o crédito do médico assistente, sua autoridade e a confiança de que for depositário, por parte do enfermo e interessados.
- Parágrafo único: Compete ao assistente lembrar ao enfermo ou aos interessados o disposto no Artigo 42.
- Artigo 22º.- É vedado ao médico-conferente:
- 1- Voltar à casa do enfermo depois de terminada a reunião, salvo em caso de urgência ou autorização expressa do assistente, com a anuência do enfermo ou dos interessados.
 - 2- Tornar-se assistente do enfermo, durante a moléstia para a qual foi consultado, salvo nos casos seguintes:
 - a) quando o assistente ceder ao conferente, por ato voluntário, a direção do tratamento;
 - b) quando se tratar de cirurgia ou especialista, a quem o assistente dever ceder livremente a

direção da assistência ulterior do enfermo, com todas as responsabilidades:

- c) quando não houver outro médico na localidade.

3- Mostrar atenções extraordinárias, fazer cumprimentos indireto, utilizar-se de recursos tendentes a adquirir notoriedade e cair nas graças do enfermo e de sua família, filhos, irmãos, etc. No caso de recusa, esta também deverá ser dada por escrito.

Artigo 23º. Salvo caso de muita urgência, ao facultativo acidentalmente chamado para substituir o assistente, é vedado promover conferências.

Artigo 24º. É vedado, também, ao facultativo, participar de conferência que não tenha sido promovida pelo médico assistente, pelo doente ou pelos interessados de acordo com o assistente.

Capítulo 6: Dos casos acidentais e da substituição do assistente

Artigo 25º. Reger-se-á pelas formas abaixo procedimento do médico, ao atender doente que está sob cuidados de colegas.

1- O facultativo chamado para caso de urgência, por achar-se ausente o médico habitual ou médico assistente, retirar-se-á ao chegar este, a não ser que lhe seja pedido acompanhar o assistente.

Parágrafo único: Entende-se por médico habitual da família ou do enfermo aquele que é normalmente consultado por essa família ou esse enfermo.

2- Quando vários médicos forem chamados simultaneamente para caso de molestia repentina ou acidente, o enfermo ficará aos cuidados do que chegar primeiro, salvo decisão contrária do doente ou interessados. O que ficar encarregado da assistência poderá escolher, entre os restantes, aquele ou aqueles cujo concurso julgue útil e necessário.

3- No caso previsto nos números precedentes, o médico exigira que se chame o médico habitual da família, sempre que não seja convidado a continuar a assistência, só ou acompanhado do médico habitual.

4- Quando chamado para assistir um doente, durante a ausência ou enfermidade do médico habitual da família, o médico retirar-se-á, ao regressar ou restabelecer-se este, se o próprio enfermo ou os interessados não decidirem o contrário.

5- Em caso de parto ou intervenção cirúrgica, o médico que iniciar a intervenção deverá concluí-la. O médico assistente deverá ser convidado a acompanhar o pos-operatorio.

6- Quando, achando se fora da localidade em que reside, o médico for chamado para ver doente que apresenta mudança e agravamento nos sintomas, e cujo médico habitual esteja ausente, limitar-se-á a preencher as indicações dos momentos, e a não alterar o tratamento, senão no estritamente necessário.

Artigo 26º.- Quando chamado a assistir o enfermo que esta sendo tratado por colega, o médico ajustara seu procedimento ás seguintes regras:

- 1- Propora uma conferencia com o colega e insistira na necessidade dessa conferencia.
- 2- Se fracassar esse proposito, procurara justificar o procedimento do colega e reconquistar, para o mesmo, a confiança do enfermo e dos interessados.
- 3- Cumprindo estes deveres, encarregar-se-á da assistência ao enfermo, depois de informar tudo ao colega a quem vai substituir.
- 4- Insistira em que se paguem os honorários devidos ao colega.

Artigo 27º.- É vedado ao médico tornar-se assistente da pessoa que tenha socorrido no exercicio de sua função de médico de instituição official, salvo por solicitação expressa do doente ou ausência escrita do médico habitual ou assistente.

Capítulo 7: Dos deveres dos especialistas

Artigo 28º.- Entende-se, por especialista, o profissional que, além de possuir cultural geral indispensavel, conte, no minimo, três anos de estudo particularizado e pratica de um dos ramos de medicina, ou haja frequentado, por igual periodo, clinica especializada, ou, ainda, tenha curso de especialização respectiva. Em qualquer dos casos, também sera exigido que o profissional disponha de instrumental ao exercicio da especialidade.

Artigo 29º.- O especialista solicitado para atender o doente que tem assistente, observará as normas abaixo, além das

constantes dos capítulos anteriores e relativas aos médicos em geral.

- 1- Quando chamado em conferencia, comparecerá à casa do enfermo, no dia e hora combinados com o médico assistente; terminada sua missão, não fará visita sem anuência do assistente, devidamente autorizado pelo doente ou interessados.
- 2- O médico habitual que diagnosticar ou suspeitar em seu enfermo, moléstia que, na sua opinião, exija os recursos da cirurgia geral ou de alguma especialidade, podera indicar, ao proprio doente ou aos interessados, o cirurgião ou especialista que deva ser consultado. Se o enfermo ou os interessados não aceitarem o facultativo apresentado pelo médico assistente, este deixará-lhes-á a liberdade de escolher; poderá, porém, eximir-se de toda responsabilidade ulterior nos resultados do tratamento empregado.
- 3- Quando, com o consentimento do médico assistente, se encarregar de um enfermo, o especialista assumira a direção do tratamento no tocante á especialista; agirá, porém, sempre de acordo com aquele e suspenderá sua intervenção eventual logo que cesse a necessidade dos seus serviços especializados.
- 4- Ao cirurgião escolhido competira dirigir o tratamento desde o momento em que se decidir á intervenção cirúrgica, não prescindira, porém, da colaboração do médico assistente.

- 5- Quando forem dois ou mais cirurgiões ou especialistas convocados, competirá ao médico assistente indicar quem deve encarregar-se do tratamento, pondo-se, antes, de acordo com o enfermo ou os interessados, e observando o que, na parte final, dispõe o nº 9 do art.20, se assim considerar necessário ao seus interesses.
- 6- O cirurgião gozará da mais completa liberdade na escolha de seus ajudantes e a ele competirá fixar o lugar e o momento em que se deva realizar a operação.

Capítulo 8: De certos casos de obstetria

Artigo 30º- É dever o médico:

- 1- Em casos de distorcia, sempre que possível, salvar a vida do feto, desde que não corra risco a vida da parturiente.
- 2- Provocar abortamento ou parto prematuro, uma vez verificada, em conferencia médica, necessidade terapeutica ou profilática, e depois de obtida autorização escrita da gestante. Se este não estiver no uso perfeito das faculdades mentais, o parteiro pode pedi-la ao marido ou aos parentes mais próximos: pais, filhos, irmãos, etc.No caso de recusa, esta tambem devera ser dada por escrito.
- 3- Avisar a familia da gestante, oportunamente e quando houver cabimento, de que suas convicções religiosas ou filosoficas o proibem de interromper a gravidez, em qualquer circunstancia, e pedir-lhe que escolha outro assistente.

Artigo 31º- É vedado ao médico:

- 1- Promover a interrupção voluntária da gestação em qualquer dos seus periodos.
- 2- Aconselhar sistemas ou processos destinados a impedir a fecundação da mulher. Poderá fazê-lo, se julgar que a gestação possa ocasionar-lhe transtornos graves na saúde, ou gravação de enfermidades preexistente.

Capítulo 9: Do segredo médico

Artigo 32º- Constituirá segredo médico que os médicos vejam, ouçam ou descubram em função de sua profissão, ou o que lhes haja sido explicitamente confiado pelo cliente ou pelos que por esse se interessem ou sejam responsáveis.

Artigo 33º- Constituirá quebra do segredo profissional tanto a publicação do fato quanto a confidencia, mesmo a uma pessoa.

Artigo 34º- É dever do médico:

- 1- Calar, rigorosamente, o segredo profissional, ressalvado os casos previstos neste Código.
- 2- Não deixar ao alcance de outrem elementos objetivos ou subjetivos que possam permitir o descobrimento do segredo profissional.

Parágrafo unico: No cumprimento do disposto neste inciso, o médico, quando reclamar judicialmente os honorários, limitar-se-a a indicar o numero de visitas e consultas, especificando: as diurnas e noturnas,o numero de operações que tenha praticada, indicando as de alta cirurgia e as de menor importância; o numero

- de viagens que tenha feito fora da cidade para atender o enfermo, precisando a distancia e o tempo despendido, em cada uma. Não é permitido ao médico referir a natureza da moléstia ou classe de operações praticadas, salvo no caso previsto no Artigo 35, n.º 1, alínea k.
- 3- Não responder ás perguntas que lhe forem feitas sobre a natureza ou o caráter da doença do cliente, excetuadas, a seu juízo, as que provenham do doente, seus responsáveis ou interessados.
- 4- Esclarecer-se a justiça, independentemente de solicitação, para evitar erro judiciário.
- 5- Comunicar a um dos responsáveis ou interessados pelo enfermo, ou a este, a seu juízo, o diagnostico da doença .
- 6- Tentar obter do cliente seu que, em via de casar-se, seja portador de doença em período contagiante, o adiantamento ou a desistência do projeto de casamento, conforme exija o casamento, conforme exija o caso clinico.
- Parágrafo único: Quando o paciente insistir na realização do casamento , deve o médico comunicar o fato aos pais, tutores ou ao outro nubente, sendo este maior.
- 7- Notificar aos pais ou responsáveis pelo lactante a doença e o risco de contágio, sempre que a ama portadora da doença, em período contagiante, esteja amamentando.
- 8- Notificar a ama da doença e do risco de contágio sempre que esta esteja amamentando criança portadora de doença em período contagiante.
- Artigo 35º- E permitido ao médico:
- 1- revelar segredo nos seguintes casos:
- a) como testemunha em Juízo;
 - b) nas funções de perito médico-legal e nos respectivos pareceres;
 - c) quando, como medico de companhia de seguro ou de instituição que tenha serviço médico organizado, se comunicar, oficialmente, com outros médicos da mesma companhia ou instituição;
 - d) no boletim de saude dos homens de notoriedade, contanto que omita o diagnostico;
 - e) nas papeletas das enfermarias;
 - f) no atestado de óbito;
 - g) nos atestados médicos;
 - h) na notificação de moléstia infecto-contagiosa;
 - i) no exame pré-nupcial;
 - j) nas inspeções de saude, em comunicação com as respectivas autoridades;
 - k) nas informações a peritos, designados pela justiça, nos pleitos de honorários médicos, restringindo-se, contudo, a revelação á natureza da moléstia e a classe de operações mencionadas nas suas notas de conta.

- 2- Comunicar a um dos responsáveis ou interessados pelo doente, ou a este, a seu juízo, o diagnóstico da moléstia, uma vez que o juízo necessário à salvaguarda de sua responsabilidade profissional ou a melhor direção do tratamento.

Parágrafo único: Tratando-se de doença venérea em marido ou mulher, é vedada qualquer informação ao outro cônjuge.

Artigo 36º. Se não houver prejuízo para terceiros, também poderá revelar o segredo, o médico, devidamente autorizado pela pessoa que lho confiou, contando que esta se ache no gozo de absoluta liberdade e tenha pleno conhecimento das possíveis consequências da revelação.

Artigo 37º. O disposto nos arts. 32 e 34 incisos 1 e 3 aplica-se também aos que colaboram com o médico no exercício da medicina ou de profissão afim.

Capítulo 10: Dos honorários médicos

Artigo 38º. Na avaliação dos seus serviços profissionais, o médico deverá observar as normas seguintes:

- 1- O preço da visita variará conforme a natureza da moléstia, o dia e a hora em que é realizada, a distancia entre o domicilio do enfermo e o do médico.
- 2- Para efeito do disposto no inciso precedente, dividem-se as visitas médicas em três categorias:
 - a) visita ordinária, a que livremente faz o médico em hora, a seu ver, conveniente aos interesses do enfermo;

- b) visita de urgência, ou exigida imediatamente pelo doente, ou na ausência do colega impedido;

- c) visita à hora fixa, marcada pelo enfermo para sua comodidade pessoal.

3- As visitas de urgência e a hora fixa dividem-se em:

- a) matinais: 6 às 8 horas;

- b) diurnas: 8 às 21 horas;

- c) noturnas: 21 às 6 horas;

4- As visitas à hora fixa e as de urgência terão valor superior ao da visita ordinária e os honorários variarão conforme a hora e o dia em que se façam.

Artigo 39º. Os profissionais da medicina, ao apresentarem as suas contas para cobrança de honorários, não especificaram as visitas, as consultas, operações, etc., a não ser que assim exija o doente ou os interessados, ou, quando a cobrança se fizer judicialmente, seguindo se, então, as regras estabelecidas no Artigo 35, nº 1.

Artigo 40º. No caso previsto do nº 1 do Artigo 9º, o direito aos honorários será regulado de acordo com as normas seguintes:

- 1- O substituído terá direito a totalidade dos honorários, se sua ausência houver sido de curta duração. No caso contrario, o substituído terá direito à remuneração que corresponde aos seus serviços.
- 2- Nos casos obstétricos ou cirúrgicos de responsabilidade não comum e que tenham exigido trabalhos excessivos, os honorários caberão ao substituído.

Artigo 41º- Quando, no tratamento de um enfermo, além do médico assistente, intervierem cirurgiões ou especialistas, as contas de honorários serão enviadas ao doente ou aos interessados, separadamente ou em conjunto, mas, neste ultimo caso, especificar-se-á os honorários de cada facultativo.

Artigo 42º- Os honorários profissionais atribuídos ao médico, conferente deverão ser pagos depois de terminada a conferencia, e na propria casa do enfermo, devendo ser observado o disposto no parágrafo unico do Artigo 21.

Artigo 43º- Nas conferencias medicas exigidas pela familia, o médico assistente terá honorários iguais aos de cada um dos conferentes.

Artigo 44º- Os honorários do cirurgião serão fixados por convênios especiais em cada caso, entre o facultativo e o cliente, podendo o cirurgião exigir o pagamento adiantado de uma parte ou da totalidade de seus honorários.

Parágrafo unico: O cirurgião que, por motivos particulares, abrir mão dos seus honorários, deverá ressaltar os dos seus auxiliares.

Artigo 45º- É permitido ao médico, para habilitar-se ao gozo de prerrogativas legais relativas à cobrança de honorários, fazer registro prévio de tabela de preços dos seus serviços, discriminando-os convenientemente, e afixar essa tabela nos seus consultórios e clinicas.

Artigo 46º- Nos laboratórios, sanatórios, hospitais, casas de saúde e clinicas, haverá tabelas especiais para as consultas, aplicações de aparelhos e instrumentos, tratamentos especiais, operações cirurgicas, assistência a partos, analyses

químicas e bacteriológicas, hospitalização de enfermos, etc.,, afixados nas respectivas salas de espera.

Artigo 47º- É vedado a divisão de honorários, feitas sem conhecimento do enfermo ou interessados, entre o médico assistente e o cirurgião, o especialista ou o conferente.

Artigo 48º- É vedado ao médico receber pagamento, sob forma de ordenado, gratificações, percentagens ou qualquer outra, de laboratórios de analyses, de gabinetes de radiologia, de fabricantes de especialidades farmacêuticas, de proprietários de farmacia, casas de ôtica, casa de saúde, hospitais, enfim, de qualquer pessoa física ou jurídica, a nao ser por serviço médico efetivamente prestado a doente.

Artigo 49º- Assiste ao médico o direito de demandar, nos tribunais ordinários da justiça, o pagamento dos seus honorários profissionais.

Capitulo 11: Dos deveres do médico para com a saúde da coletividade

Artigo 50º- É dever do médico:

- 1- Colaborar no que se relacione com a saúde publica, e ser um propagandista das medidas de hygiene individual e coletiva, que visem ao em comum.
- 2- Aconselhar, cuidadosamente, a familia ou o doente, fazendo ver os inconvenientes,atuais ou remotos, de certos costumes ou praticas reprovaveis e prejudiciais ao individuo ou a outrem.
- 3- Notificar, escrupulosamente, a autoridade sanitária da existencia de doentes de molestia infecciosas, em sua clinica.

- 4- Cingir-se estritamente, na prescrição de entorpecentes, ás exigências do caso clínico e à observância da lei e dos regulamentos que regem a matéria.
- 5- Conhecer a legislação sanitária.
- 6- Escrever sua receita por extenso, legivelmente, em vernáculo, mencionando sempre, nas mesmas, sua residência ou consultório, e, bem assim, o nome e a residência do doente; usar o sistema métrico decimal, indicar as doses e o método de administrá-las, e assinar as receitas.
- 7- Desaconselhar a procura de qualquer farmácia, quando julgar conveniente ao interesse do doente, de acordo com o que dispõe o nº 7 do Artigo 6º do presente Código.

Capítulo 12: Dos deveres do médico como perito

- Artigo 51º. Somente ao profissional de idoneidade e competência especializada sobre o assunto é facultado funcionar como perito para prestar esclarecimentos à Justiça.
- Artigo 52º. É dever do perito, quando o paciente se opuser ao exame ou particularidade deste, não assumir atitude, antes de levar o fato ao conhecimento da autoridade.
- Artigo 53º. É vedado ao perito, nos seus laudos, exceder da esfera das atribuições da sua competência.

Capítulo 13: Das disposições gerais

- Artigo 54º. Todos quantos professam a medicina, ou função para cujo exercício seja exigida a condição de médico, tem o dever de acatar as decisões dos Conselhos de Medicina.
- Artigo 55º. Sem previa licença dos Conselhos de Medicina, não serão permitidas publicações, pela imprensa ou pelo rádio, de notícias relativas à habilidade e competência de qualquer médico, inclusive agradecimento de cliente.
- Artigo 56º. O médico deve notificar a quem, a seu juízo, deve sabê-lo, a gravidade da moléstia, a possibilidade de complicações ou de desfecho fatal.
- Artigo 57º. Quando não houver disposição em contrario, ou atestados médicos comuns devem ser passados nas folhas usuais no receituário, em que constem nome, título e endereço profissional.
- Artigo 58º. Quando o médico, demitido do emprego, apresentar queixa contra a exoneração ao Conselho de Medicina, a este cabe designar quem o substituirá até que, por acordo ou julgamento, o caso seja resolvido.
- Parágrafo único: O disposto neste artigo aplica-se também aos casos em que o médico alegue ter sido forçado, mesmo moralmente, a pedir demissão.
- Artigo 59º. Este Código entrara em vigor na data da publicação do decreto-lei nº 7955, de 13 de setembro de 1945, Artigo 13.
- Artigo 60º. O governo da Republica mandara publicar este Código nos órgãos oficiais da Republica e dos Estados e editá-lo em avulsos que serão distribuídos aos médicos do país.

ANEXO 4

CÓDIGO DE ÉTICA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA de 1953

Anexo 5:

**CODIGO DE ÉTICA DA ASSOCIAÇÃO
MÉDICA BRASILEIRA (1953)**

Aprovado na IV Reunião do Conselho Deliberativo, ocorrida no Rio de Janeiro, a 30 de janeiro de 1953 e reconhecido oficialmente pela Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957(Coleção das Leis de1957,vols- Atos do Poder Legislativo: leis de julho a setembro] Departamento de Imprensa Nacional, Rio de Janeiro 1957, p-372-376].

Fontes:

Associação Médica Brasileira, Código de Ética da Associação Médica Brasileira, [Curitiba 1953].
Associação Médica Brasileira, Código Brasileiro de Ética Médica- Aprovado na IV Reunião do Conselho Deliberativo, ocorrida no Rio de Janeiro, a 30 de janeiro de 1953, in Rafael de União dos Palmares, O.F.M. Cap.moral e Medicina: em defesa da pessoa humana [Companhia Editora Nacional,Sao Paulo 1962],p.184-200.
Associação Médica Brasileira, Código de Ética Médica: código de Ética Médica em vigor, Aprovado na IV Reunião do Conselho Deliberativo da A M.B.,ocorrido no Rio de Janeiro, a 30 de janeiro de 1953 , (menos o

último capítulo, Conservância e aplicação do código : Artigos 88-90) in Revista {Arquivo} do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, ano 1, nº1, outubro de 1960, p.7-18.

Preâmbulo

O presente Código de Ética Profissional tem seus fundamentos no juramento solene que cada médico profere ao receber o grau; na Declaração de Genebra de 1948 adotada pela Word Medical Association ; no Código Internacionais existentes, nas Leis e Regulamentos vigentes no país e na tradição médica.

A Associação Médica Brasileira se reserva o direito de considerar dignos de fazer parte da comunidade médica somente profissionais que se conduzirem de forma condizente com os princípios fundamentais deste Código, cuja aceitação e cumprimento constituem condição essencial para admissão e permanência no seu quadro social.

Capitulo I: Normas Fundamentais

Artigo 1º. A Medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupações de ordem religiosa, racial, política ou social, e colaborar para a prevenção da doença, o aperfeiçoamento da espécie, a melhoria dos padrões de saúde e de vida da coletividade.

Artigo 2º- O médico tem o dever de exercer tão nobre atividade com exata compreensão de sua responsabilidade, e tem o direito de receber remuneração pelo seu trabalho, que constitua seu meio normal de subsistência.

Artigo 3º- O trabalho médico beneficia exclusivamente a quem o recebe,e não deve ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial, político ou filantrópico.

Artigo 4º- São deveres fundamentais do médico:

- a) guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais usando seus conhecimentos técnicos ou científicos para o sofrimento ou extermínio do homem, nem podendo, seja qual for a circunstancia, praticar algo que afete a saúde ou a resistência física ou mental de um ser humano, salvo quando se trate de indicações estritamente terapêuticas ou profiláticas em benefícios do próprio paciente;
- b) exercer seu mister com dignidade e consciência, observando, na profissão e fora dela, as normas de boa ética e da legislação vigente e pautando seus atos pelo mais rígidos princípios morais, de modo a se fazer estimado e respeitado, preservando a honra e as nobres tradições da profissão médica;
- c) procurar aprimorar e desenvolver constantemente seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, e colaborar par o progresso da Medicina;
- d) apoiar as iniciativas e movimentos de defesa dos interesses morais e materiais da classe

médica, através de seus órgãos representativos;

- e) tributar aos mestres o respeito e a gratidão que lhes são devidos;
- f) abster-se escrupulosamente de atos que impliquem na mercantilização da medicina, e combater os que forem praticados por outrem.

Artigo 5º- É vedado ao médico:

- a) utilizar-se de agenciadores para angariar serviços ou clientela;
- b) receber ou pagar remuneração ou percentagem, por clientes encaminhados de colega a colega;
- c) receber comissões, vantagens ou remuneração, de farmácias, laboratórios, hospitais, gabinetes radiológicos, casas de ótica ou outros estabelecimentos comerciais, que não correspondam a serviços efetiva e lícitamente prestados;
- d) fazer publicidade imoderada,sendo lícito, nos anúncios, além das indicações generica, referir especialidade, títulos científicos, aparelhagem especial, horário e preço de consultas;
- e) anunciar a cura de doenças, sobretudo das consideradas incuráveis, o emprego de métodos infalíveis ou secretos de tratamentos, e ainda que veladamente, a pratica de intervenções ilícitas;

- f) usar títulos que não possua ou anunciar especialidade em que não esteja habilitado ou não seja admitida no ensino médico ou sancionada por sociedades médicas;
- g) dar consultas, diagnósticos ou receitas pelos jornais, rádio ou correspondências, bem como divulgar ou permitir divulgação na imprensa leigas de observações clínicas, atestados e cartas de agradecimentos;
- h) receber sob forma secreta, como a de código ou número;
- i) desviar, para sua clínica particular, doente que tenha atendido, em virtude de sua função, em instituição assistencial de caráter gratuito;
- j) anunciar a prestação de serviços gratuitos ou a preços vis, em consultórios particulares, ou oferecê-los em tais condições a instituições, cujo associados possam remunerá-los adequadamente;
- k) acumular-se, de qualquer forma, com os que exercem ilegalmente a Medicina;
- l) colaborar em plano de serviço ou com entidade em que não tenha independência profissional, ou em que não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos;
- m) divulgar processos de tratamento ou descobertas, cujo valor não seja expressamente reconhecido pelos organismos profissionais;
- n) praticar quaisquer atos de concorrência desleal ao colega.
- Artigo 6º. Deve o médico evitar assumir a responsabilidade do tratamento de sua família que viva sob dependência, e esteja acometida de doença grave ou toxicomania, salvo se na localidade não houver outro médico.

Capítulo II: Relações com os Colegas

- Artigo 7º. O médico deve ter com seus colegas a consideração, o apreço e a solidariedade que refletem a harmonia da classe e lhe aumentam o conceito público.
- Artigo 8º. O espírito de solidariedade não pode, entretanto, induzir o médico a ser conivente com o erro, ou deixar de combater os atos que infringem os postulados éticos ou disposições legais que regem o exercício da profissão, a crítica de tais erros ou atos não deverá, porém, ser feita de público ou na presença do doente ou de sua família, salvo por força de determinação judicial, mas em reuniões de associações de classe e em debates apropriados, na presença do criticado, respeitando-se sempre a honra e a dignidade do colega.
- Artigo 9º. O médico afora impossibilidade absoluta, não recusará seus serviços profissionais a outro médico que deles necessite, nem negará sua colaboração a colega que o solicite, a não ser por motivo superior.
- Artigo 10º. Comete grave infração de Ética profissional que desvia, por qualquer modo, cliente de outro médico.
- Artigo 11º. O médico não atenderá a doente que esteja em tratamento com um colega, salvo;

- a) a pedido deste, evitando, entretanto, fazer prescrições e limitando-se a transmitir sua opinião ao assistente, salvo determinação expressa deste, ou em caso de urgência, do que dará ciência ao colegas, ao devolver-lhe a incumbência do caso;
- b) no próprio consultório, quando ali procurado espontaneamente pelo paciente, e observados rigorosamente os preceitos da ética;
- c) em caso de indubitável urgência;
- d) quando o paciente informar haver cessado a assistência do outro médico, devendo, nesse caso, comunicar-se com o colega;
- e) quando o caso lhe for encaminhado por um colega, para diagnóstico, tratamento especializado ou intervenção cirúrgica, após o que o paciente estará livre de retornar ao seu médico assistente.

§1º Quando se tratar de doença crônica com surtos agudos, é lícito a qualquer médico atender ao doente, uma vez que haja cessado o tratamento de cada surto, pois com ele espirou o contrato tácito de prestação de serviços.

§2º A alegação de que os serviços a serem prestados, o serão a título gratuito, não é escusa para o médico atender o paciente que esteja aos cuidados de um colega e, bem assim, o fato de não receber este remuneração pelo seu trabalho no caso.

Artigo 12º- O médico deve abster-se de visitar doente que esteja sob os cuidados de um colega, e se o tiver de fazer, deve evitar qualquer comentário profissional.

Artigo 13º- Se dois ou mais médicos forem chamado simultaneamente para atender a vítima de acidente ou mal súbito o paciente ficará sob o cuidados do que chegar primeiro, salvo se um deles é o médico habitual da família ou se o doente ou quem por ele decidir expressar sua preferência.

Artigo 14º- O especialista, solicitado por um colega para esclarecer um diagnóstico ou orientar um tratamento, tem de considerar o paciente como permanecendo sob os cuidados do primeiro, cumprindo-lhe dar este os informes concernentes ao caso.

§ único- O médico que solicita par seu cliente os serviços especializados de outro, não deve determinar a este ou ao cliente a especificação de tais serviços.

Artigo 15º- Quando for impedido seu, um médico confiar um cliente aos cuidados de colegas, deve este, cessado o impedimento, reencaminhá-lo ao primitivo assistente, salvo recusa formal do paciente.

Artigo 16º- Os médicos de estações de cura, casas de saúde e estabelecimentos congêneres, abster-se-ão de alterar o tratamento de doentes que tragam prescrições de seus médicos assistentes, sob cujos cuidados ainda estejam, a não ser em caso de indiscutível conveniência para o paciente, o que será comunicado ao médico assistente.

Artigo 17º- Não deve o médico aceitar emprego deixado por colega que tenha sido exonerado sem justa causa ou haja

pedido demissão para preservar a dignidade ou os interesses da profissão e da classe médica.

Artigo 18º. Constitui prática atentatória de moral profissional, procurar um médico conseguir para si emprego que esteja sendo exercido por um colega.

Capítulo III: Conferências Médicas

Artigo 19º. Assiste ao médico ou ao doente, bem como a família deste ou a seus responsáveis, o direito de propor ou exigir conferências médicas.

Artigo 20º. Ao médico assistente cabe a iniciativa da conferência nos seguintes casos:

- a) quando não puder firmar um diagnóstico;
- b) quando não tiver obtido resultados satisfatórios no tratamento empregado;
- c) quando necessitar do auxílio de especialista;
- d) quando precisar confirmar prognóstico;
- e) sempre que perceber ou supuser desconfinça por parte do doente ou de sua família, quanto a sua conduta clínica.

Artigo 21º. O doente ou seus responsáveis poderão solicitar conferência quando o desejarem, não devendo o médico assistente, nessas circunstâncias, manifestar ressentimento ou considerar-se ofendido ou diminuído.

Artigo 22º. Quando a conferência for solicitada pelo médico assistente, cabe-lhe a indicação do ou dos conferencistas; quando e for pelo doente ou sua família, a estes caberá o convite ao médico de sua escolha, que deve ser acatada pelo

assistente a não ser que haja motivos ponderáveis para sua impugnação.

Artigo 23º. Compete ao médico assistente combinar com os conferencistas dia e hora para realização da conferência, salvo em caso de urgência, quando as condições serão ditadas pelo interesse do doente.

Artigo 24º. No decorrer da conferência, observar-se-ão as seguintes normas:

- 1) reunida a conferência, o assistente fará o relato clínico do caso, sem precisar diagnóstico, salvo se o julgar necessário, o que fará por escrito, em carta fechada; a seguir, os conferentes examinarão livremente o enfermo, e reunida novamente a conferência, cada qual emitirá o seu parecer, começando pelo mais jovem e terminando pelo assistente que, nesse momento, abrirá a sobrecarta com a sua opinião escrita ou a emitirá verbalmente, se não houver escrito;
- 2) durante a conferência, os médicos evitarão manifestar-se diante do doente ou de pessoas de sua família devendo discutir e decidir após o exame em sala reservada;
- 3) havendo acordo, caberá ao assistente comunicar o resultado ao doente ou a família, fazendo-se em

nome de todos, sem discriminação de opiniões individuais, podendo a prescrição ser assinada por toda a junta ou somente pelo assistente;

- 4) se houver desacordo, os diversos pareceres serão comunicados ao doente ou à família, cabendo ao assistente propor nova conferência, e, se os interessados optarem por opinião diferente da do assistente, cumpre-lhe despedir-se, concedendo ampla liberdade para escolha de outro profissional.

Artigo 25º- O médico conferencista não aceitara torna-se assistente, senão:

- 1) a pedido ou no impedimento do médico assistente;
- 2) por vontade expressa do doente ou seus responsáveis imediatos, e após dispensa do médico assistente.

Artigo 26º- As discussões ocorridas na conferência são de caráter secreto e confidencial, e a responsabilidade da decisão é coletiva e solidária, não podendo nenhum dos seus participantes dela eximir-se por juízos críticos ou censuras, tendentes a desvirtuar a opinião do colega ou a legitimidade científica do tratamento combinado pela junta.

Artigo 27º - É dever do médico-conferencista:

- 1) usar de boa-fé, agir com probidade, ser respeitoso, tolerante e cordial para com os colegas;

- 2) observar honesta e escrupulosa atitude em face da reputação moral e científica do assistente, cuja atuação devesse justificar, sempre que não colida com a verdade dos fatos ou com os princípios fundamentais da ciência;

- 3) procurar atenuar o erro e abster-se de juízos, alusões e insinuações, capazes de prejudicar o crédito do médico-assistente, sua autoridade e a confiança que nele depositam o doente e a sua família.

Artigo 28º- O médico-assistente tem o direito de lavrar e conservar uma ata da conferência, assinada pelo que dela participaram e transcrevendo as opiniões emitidas, desde que julgue necessário para resguarda o seu crédito e competência.

Artigo 29º- Nenhum médico pode participar de conferência, sem que esteja presente o assistente.

Capítulo IV: Relações com o Doente

Artigo 30º- O alvo de toda atenção do médico é sempre o doente, em benefício do qual devesse agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Artigo 31º- O médico tem o dever da veracidade para com o seu doente, devendo informá-lo do diagnóstico, salvo se essas informações puderem causar-lhe dano, caso em que serão prestadas à família.

Artigo 32º- Não é permitido ao médico:

Capítulo V: Segredo do Médico

- a) abandonar o cliente, mesmo em casos crônicos ou incuráveis, salvo por impedimento irremovível, o que deverá ser comunicado ao cliente ou ao seu responsável, com a necessária antecedência;
- b) prescrever tratamento sem exame direto do paciente, exceto em caso de urgência ou de impossibilidade comprovada de realizar esse exame;
- c) exagerar diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, exceder-se no número de consultas e visitas;
- d) indicar ou executar terapêutica ou intervenção cirúrgica desnecessária ou proibida pela legislação do País;
- e) exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de resolver sobre sua pessoa e seu bem estar.

Artigo 33º- O médico levará em conta, na clínica particular, as possibilidades financeiras do cliente com relação à prescrição de medicamentos, regimes, tratamentos, intervenções cirúrgicas e indicações outras à custa do paciente.

Artigo 34- O número e oportunidade das visitas e consultas devem ser sempre condicionados à natureza e gravidade do mal, à intranquilidade do doente ou da família, e nunca ao fito de aumentar a remuneração profissional.

Artigo 35- O médico respeitara o pudor do seu cliente, evitará examinar uma senhora a sós, devendo fazê-lo em presença de colega, enfermeira ou pessoa que venha em companhia da paciente.

Artigo 36º- O médico está obrigado, pela ética e pela Lei, a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento, por ter visto, ouvido ou deduzido, no exercício de sua atividade profissional, ficando na mesma obrigação todos os seus auxiliares.

§ Único: O consentimento do cliente não exime o médico da obrigação de guardar sigilo.

Artigo 37º- O médico não revelará, como testemunha, fatos de que tenha tido conhecimento no exercício de sua profissão; mas, intimado a prestar depoimento, em casos dessa natureza, deve comparecer perante a autoridade que o mandou intimar, para declarar-lhe que está ligado à obrigação do segredo profissional.

Artigo 38º- É admissível a quebra do segredo profissional nos seguintes casos:

- a) quando o paciente for menor impúbere e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família, ou envolva a responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico, nesses casos, revelar o fato aos pais, tutores ou pessoa outra sob cuja guarda ou dependência esteja o paciente;
- b) para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou de moléstia grave e transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do outro cônjuge ou de sua descendência, casos esses suscetíveis de motivar anulação de casamento, e em que o médico esgotara, primeiro,

todos os meios idôneos para evitar a quebra do sigilo;

- c) quando se tratar de fato delituoso previsto em lei, e a gravidade de suas consequências sobre terceiros crie para o médico o imperativo de consciência de denunciá-lo a autoridade competente.

Artigo 39º- A revelação do segredo médico faz-se necessária:

- a) nos casos de doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, ou outras de declaração obrigatória (a doenças profissionais, toxicomania, etc.);
- b) em perícias judiciais;
- c) quando o médico esta investido de função em que tenha de pronunciar-se sobre o estado do examinado(serviço biométricos, juntas de saúde, médicos de companhias de seguro, etc.);
- d) nos estados de óbito;
- e) nos caso de sevícias em menores, inanição, castigos corporais, atentados a pudor;
- f) em caso de crime pelo qual va expiar um inocente e o cliente, culpado, se apresente à justiça, mesmo apos os conselhos do médico;
- g) em face de abortadores profissionais, desde que ressaltados os interesses da cliente.

Artigo 40º- Salvo nos casos previstos no artigo anterior, os atestados médicos só podem ser fornecidos ao próprio interessado, neles ficando declarado que foram dados a pedido do mesmo, evitando-se ao máximo mencionar diagnóstico.

Artigo 41º- Os boletins médicos devem ser redigidos de modo que se não revele, direta ou indiretamente, moléstia ou situação que deva ficar em sigilo.

Artigo 42º- As papeletas e folhas de observações clínicas, e respectivos fichários, em hospitais, maternidades, casa de saúde, etc.não podem ficar exposto ao conhecimento de estranhos.

Artigo 43º- Não pode o médico, em anuncio profissionais, inserir fotografia, nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o doente e, nos relatos ou publicações em sociedade científica e jornais médicos, adotara o mesmo critério, salvo autorização expressa do interessado.

Artigo 44º- Na cobrança de honorários, por meios judicial ou outros, não pode o médico quebrar o segredo profissional a que está vinculado.

Capitulo VI: Responsabilidade Profissional

Artigo 45º- O médico responde civil e penalmente por atos profissionais danosos ao cliente, a que tenha dado causa por imperícia, imprudência ou negligência.

Artigo 46º- Deve o médico, assumir, sempre a responsabilidade dos proprios atos,constituindo pratica desonesta atribuir indevidamente seus malogros a terceiros ou a circunstancias ocasionais.

Artigo 47º- O médico não é obrigado por lei a atender o doente que procure seus cuidados profissionais, porem, cumpre-lhe fazê-lo em caso de real urgência ou quando não

- haja na localidade outro colega ou serviço médico em condições de prestar a assistência necessária.
- Artigo 48°. Cabe exclusivamente ao médico o direito de escolher o tratamento para seu doente, orientando-se sempre pelo princípio do *primum non nocere*, devendo preferir, sempre que possível, o tratamento médico ao cirúrgico e, neste, as operações reparadoras às mutiladoras.
- Artigo 49°. O médico salvo caso de 'imminente perigo de vida', não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento, tácito ou explícito, do paciente ou do seu representante legal, se se tratar de menor ou de incapaz de consentir.
- Artigo 50°. Salvo em caso de absoluta urgência, o médico não praticará anestesia geral do paciente sem a presença de um colega.
- Artigo 51°. São lícitas as intervenções cirúrgicas com finalidade estética, desde que necessárias ou quando o defeito a ser removido ou atenuado seja fator de desajustamento psíquico.
- Artigo 52°. A esterilização é condenada, salvo formal indicação terapêutica, e depois da aquiescência de dois médicos ouvidos em conferência.
- Artigo 53°. O médico não provocará o aborto, salvo quando não haja outro meio de salvar a vida da gestante, ou quando a gravidez tenha resultado de estupro; e só depois do consentimento expresso da gestante ou de seu representante legal e, salvo se não houver outros médicos na localidade, depois do parecer de dois colegas ouvidos em conferência.
- Artigo 54°. O médico não anunciará, clara ou veladamente, processo ou tratamento destinado a evitar a gravidez.
- Artigo 55°. É permitido intervir, no interesse exclusivo da saúde ou da vida da gestante, tanto no caso de aborto espontâneo, como no de aborto provocado por outrem.
- Artigo 56°. O médico tem o dever de tudo fazer para aliviar o sofrimento do seu doente, jamais chegará, porém, ao excesso, de contribuir, pela ação ou pelo conselho, para antecipar a morte de seu paciente.
- Artigo 57°. São condenáveis as experiências *in anima nobili* para fins especulativos, mesmo quando consentidas, podem ser toleradas apenas as de finalidade estritamente terapêutica ou diagnóstica, no interesse do próprio doente, ou quando não lhe acarretem, seguramente, perigo de vida ou dano sério, caso em que serão precedidas do consentimento espontâneo e expresse do paciente, no perfeito uso de suas faculdades mentais e perfeitamente informado das possíveis consequências da prova.
- Artigo 58°. São absolutamente interditas quaisquer experiências no homem, com fins belicosos, políticos, raciais ou eugênicos.
- Artigo 59°. É vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou enfermidade; ou firmar atestado sem ter praticado os atos profissionais que o justifiquem.
- Artigo 60°. O médico tem o dever de fornecer o atestado de óbito, se vinha prestando assistência médica ao paciente, mas somente o fará, depois de certificado pessoalmente da realidade da morte, e sempre utilizando os impressos fornecidos pelas repartições sanitárias competentes, declarando a exata causa-mortes, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional e estatística demográfico-sanitária.

§1º O médico não atestara óbito de pessoa a que não tenha prestado assistência médica, salvo caso de verificação médico-legal, ou quando o paciente haja falecido sem assistência médica, em localidade onde não exista serviços de verificação de óbito.

§2º Quando houver motivo justificado para não fornecer o atestado de óbito, o médico comunicará o fato à autoridade competente.

Capítulo VII: Honorários Profissionais

Artigo 61º- Devem honorários aos médicos as pessoas ou os responsáveis por elas, que tenham solicitado seus serviços profissionais.

Artigo 62º- Só os profissionais legalmente habilitados para o exercício da medicina podem pretender cobrar honorários médicos.

Artigo 63º- O médico se conduzira com moderação na fixação de seus honorários, não devendo fazê-lo arbitrariamente, mas, segundo a jurisprudência e a doutrina, atendendo aos seguintes elementos:

- a) costumes do lugar;
- b) condições em que o serviço foi prestado (hora, local, distância, urgência, meio de transporte, etc.);
- c) trabalho e tempo dispendidos;
- d) qualidade do serviço prestado e complexidade do caso;
- e) notoriedade do médico;
- f) praxe anteriormente estabelecida, e não revogada, entre o médico e o cliente.

Artigo 64º- O médico não deve pleitear honorários:

- a) por serviços prestados aos irmãos, cunhados, e ascendentes diretos;
- b) por serviços prestados a colega que exerça a profissão ou a pessoa da respectiva família sob sua dependência;
- c) quando inicialmente os serviços foram declarados gratuitos;
- d) quando seus serviços não foram solicitados.

Artigo 66º- O médico pode estipular previamente os seus honorários ou fixá-los no término dos seus serviços, mas é censurável neles incluir despesas hospitalares ou farmacêuticas.

Artigo 67º- É lícito ao médico procurar haver judicialmente seus honorários, mas, no decurso da lide, deve manter invioláveis os preceitos da ética, não quebrando o segredo profissional, mas aguardando que o perito nomeado para o arbitramento proceda às verificações necessárias.

Artigo 68º- Quando, no tratamento de um doente, cooperarem, além do médico assistente, outros profissionais, as notas de honorários serão enviadas separadamente ou em conjunto mas, nesta última hipótese, será discriminada a importância que cabe a cada um dos médicos.

Artigo 69º- É permitido ao médico afixar no consultório ou clínica, tabela pormenorizada do preço de seus serviços.

Capítulo VIII: Relações com Instituições Assistenciais e Hospitalares e com Auxiliares do Serviço Médico

Artigo 70º. O trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos seus atos e funções, como estabelece o presente Código, sendo os princípios deontológicos que se aplicam ao indivíduo, os mesmos que regem as organizações de assistência médica.

Artigo 71º. O médico não encaminhará a serviços gratuitos de instituições assistenciais ou hospitalares, doentes possuidores de recursos financeiros.

Artigo 72º. O médico não formulará, junto aos doentes, críticas depreciativas aos serviços hospitalares ou assistências, a sua enfermagem ou a seus médicos, nem atribuirá indevidamente a deficiências ou a desacertos de um ou outros, o malogro ou dificuldade do tratamento ou diagnóstico.

Artigo 73º. Quando o investido de função de chefia ou direção, as relações do médico com seus colegas devem ser as reguladas no presente Código, cumprindo-lhe tratá-las com devida consideração e tolerância, não se servindo de sua posição para tornar odioso o trabalho em comum ao adorar medidas injustas contra seus subordinados.

Artigo 74º. O médico terá para com os enfermeiros e demais auxiliares, a urbanidade e consideração que merecem na sua nobre função, não lhes dificultando o cumprimento de suas obrigações e deles exigindo a fiel observância dos preceitos éticos.

Artigo 75º. O médico não deve prestar aos doentes serviços que por sua natureza competem a enfermeiros ou pessoal subalterno, salvo caso urgente ou de calamidade pública.

Capítulo IX: Relações com a Saúde Pública

Artigo 76º. É dever o médico colaborar, com as autoridades competentes, na preservação da saúde pública, cumprindo-lhe notificar os casos de doenças infecto-contagiosas previstos em lei, bem como aconselhar e incentivar a execução de medidas de higiene individual e coletiva.

Artigo 77º. Na prescrição de entorpecente, deve o médico cingir-se às exigências absolutamente necessárias do doente, agindo sempre de acordo com a lei e regulamentos que regem a matéria, sendo-lhe vedado:

- a) receitar substâncias entorpecentes fora do casos indicados, ou em doses evidentemente maiores do que as necessárias;
- b) permitir a utilização de seu consultório ou clínica para guardar ou uso ilegal de entorpecentes.

Artigo 78º. É vedado ao médico exercer simultaneamente a medicina e a farmácia ou ter contrato para exploração de indústria farmacêutica, ficando porém, assegurados seus direitos de autor de fórmula de especialidade farmacêutica.

Artigo 79º. É condenável a prescrição exclusiva de medicamentos de determinado laboratório, bem como, a indicação sistemática de farmácia, laboratório de análise, casa de óptica, ou estabelecimento equivalente, salvo não havendo outros ou por motivos de estrita confiança, cabendo, entretanto, ao médico desaconselhar a procura de tal ou qual, estabelecimento.

Artigo 80º. Não deve exercer a profissão o médico que sofra de moléstia repugnante, mental, contagiosa grave ou de cegueira.

Capítulo X: Relações com a Justiça

Artigo 81º- Qualquer médico, no exercício legal de sua profissão, pode ser nomeado perito, para esclarecer a justiça em assuntos de sua competência.

Artigo 82º- Pode o médico escusar -se de funcionar em perícia cujo assunto escape a sua competência especializada, ou por motivo de força maior, devendo sempre dar a devida consideração à autoridade que o nomeou, solicitando-lhe dispensa do encargo antes de qualquer comprometimento.

Artigo 83º- O médico não deve sr perito de cliente seu, nem, funcionar em perícias em que seja parte pessoa de sua família, amigo íntimo ou inimigo, e quando um colega for interessado na questão, deve por de parte o espírito de classe ou camaradagem, procurando apenas servir à justiça com imparcialidade.

Artigo 84º- O médico perito deve agir com absoluta isenção, limitando-se à exposição do que tiver conhecido através de exames e observações, e nos seus laudos não ultrapassará a esfera de suas atribuições e competência.

Artigo 85º- A lei não obriga o paciente a submeter-se a exames periciais, assim, sempre que haja qualquer oposição de sua parte, deverá levar o fato ao conhecimento da autoridade que o nomeou.

Artigo 86º- É condenável valer-se o médico de cargo que exerça ou de laços de parentesco ou amizade com autoridades administrativas ou judiciais, para pleitear ser nomeado perito.

Capítulo XI: Publicação de Trabalhos Científicos

Artigo 87º- Na publicação de trabalhos científicos, serão observadas as seguintes normas:

- a) as discordâncias em relação às opiniões ou trabalhos de outro médico devem ter cunho estritamente pessoal;
- b) quando os fatos forem examinados por dois ou mais médicos, e houver combinação a respeito do trabalho, os termos do ajusto serão rigorosamente observados pelos participantes, haja ou não acordo, cada participante pode fazer publicação independente no que se refere ao setor em que atuou;
- c) tratando-se de fato inteiramente esclarecido por outra pessoa, por solicitação do médico, este não deve publicar o trabalho, mas, se a solicitação teve por objeto apenas esclarecer pormenores ou dirimir dúvidas, pode o médico solicitante manter o direito de preferência mediante acordo previo com a pessoa cujo auxilio foi solicitado;
- d) no caso de cooperação com pessoas que exercem outras profissões, deve o médico respeitar o Código de Ética adotado pelo órgão competente da entidade a que pertence o cooperador;
- e) em nenhum caso o médico se prevalecerá da posição hierárquica para fazer publicar em seu nome exclusivo, trabalhos de seus subordinados e assistentes, mesmo quando executado sob sua orientação;

- f) não é lícito utilizar, sem referência ao autor e sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões colhidas em fontes não publicadas ou particulares;
- g) é vedado apresentar como originais, quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações, que na realidade não o sejam.

Capítulo XII: Observância e Aplicação do Código

Artigo 88º. Compete as Associações Médicas dos Estados a apuração das faltas cometidas contra este Código e a aplicação de penalidade aos transgressores, com recursos voluntários para Associação Médica Brasileira, na forma dos estatutos.

Artigo 89º. Deve o médico dar conhecimento a seu órgão de classe, com a devida descrição e fundamento, dos fatos que constituem infração, das normas deste Código.

Artigo 90º. Nas dúvidas a respeito da observância ou aplicação deste Código, ou nos casos omissos, deve o médico consultar, o respectivo órgão de classe.

Anexo 6:

Código de Ética Médica (1965)

Elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina quando do seu Congresso

de 23 a 26 de julho de 1963 e promulgado no Diário Oficial de 11 de janeiro de 1965.

Fontes:

Código de Ética Médica, in Diário Oficial (Seção I, parte II), 11 de janeiro de 1965, p. 96-99.

Código de Ética Médica, in Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, Ética Médica [Rio de Janeiro 1974], p.3-20.

Código de Ética Médica, em vigor desde 11 de janeiro de 1965, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, in Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, nº 7, ano 6, 1965, p. 3-14.

Capítulo 1: Normas Fundamentais

Artigo 1º. A medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupação de ordem religiosa, racial, política ou social e colaborar para a prevenção da doença, o aperfeiçoamento da espécie, a melhoria dos padrões de saúde e de vida da coletividade.

Artigo 2º. O médico tem o dever de exercer tão nobre atividade com exata compreensão de sua responsabilidade e tem o direito de receber remuneração pelo próprio trabalho que constitui seu meio normal de subsistência.

Artigo 3º. O trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, e não deve ser

ANEXO 5 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA de 1965

- f) não é lícito utilizar, sem referência ao autor e sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões colhidas em fontes não publicadas ou particulares;
- g) é vedado apresentar como originais, quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações, que na realidade não o sejam.

Capítulo XII: Observância e Aplicação do Código

Artigo 88º- Compete as Associações Médicas dos Estados a apuração das faltas cometidas contra este Código e a aplicação de penalidade aos transgressores, com recursos voluntários para Associação Médica Brasileira, na forma dos estatutos.

Artigo 89º- Deve o médico dar conhecimento a seu órgão de classe, com a devida descrição e fundamento, dos fatos que constituem infração, das normas deste Código.

Artigo 90º- Nas dúvidas a respeito da observância ou aplicação deste Código, ou nos casos omissos, deve o médico consultar, o respectivo órgão de classe.

Anexo 6:

Código de Ética Médica (1965)

Elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina quando do seu Congresso

de 23 a 26 de julho de 1963 e promulgado no Diário Oficial de 11 de janeiro de 1965.

Fontes:

Código de Ética Médica, in Diário Oficial (Seção I, parte II), 11 de janeiro de 1965, p. 96-99.

Código de Ética Médica, in Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, Ética Médica [Rio de Janeiro 1974], p.3-20.

Código de Ética Médica, em vigor desde 11 de janeiro de 1965, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, in Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, nº 7, ano 6, 1965, p. 3-14.

Capítulo 1: Normas Fundamentais

Artigo 1º- A medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupação de ordem religiosa, racial, política ou social e colaborar para a prevenção da doença, o aperfeiçoamento da espécie, a melhoria dos padrões de saúde e de vida da coletividade.

Artigo 2º- O médico tem o dever de exercer tão nobre atividade com exata compreensão de sua responsabilidade e tem o direito de receber remuneração pelo próprio trabalho que constitui seu meio normal de subsistência.

Artigo 3º- O trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, e não deve ser

explorado por terceiros seja sem sentido comercial ou político.

Parágrafo Único: Não se considera exploração o trabalho prestado a instituições real e comprovadamente filantrópicas.

Artigo 4º- São deveres fundamentais do médico:

- a) guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais usando seus conhecimentos técnicos ou científicos para o sofrimento ou extermínio do homem, não podendo o médico, seja qual for a circunstância, praticar atos que afetam a saúde ou a resistência física ou mental do ser humano, salvo quando se trate de indicações, estritamente terapêuticas ou profiláticas em benefício do próprio paciente;
- b) exercer seu mister com dignidade e consciência, observando na profissão e fora dela, as normas de ética profissional prescritas neste Código e na legislação vigente e pautando seus atos pelos mais rígidos princípios morais, de modo a se fazer estimado e respeitado, preservando a honra e as nobres tradições da profissão médica;
- c) abster-se de atos que impliquem na mercantilização da Medicina e combatê-los quando praticados por outrem.

Artigo 5º- É vedado ao médico:

- a) utilizar-se de agenciadores para angariar serviços ou clientela;
- b) receber ou pagar remuneração ou percentagem por cliente encaminhado de colega a colega;

- c) receber comissões, vantagens ou remunerações que não correspondam a serviços efetiva e licitamente prestados;
- d) fazer publicidade moderada, sendo lícito, porém, nos anúncios, além das indicações genéricas, referir especialidade, títulos científicos e horário de consulta;
- e) anunciar a cura de doenças, sobretudo das consideradas incuráveis, o emprego de métodos infalíveis ou secretos de tratamento e, ainda que veladamente, a prática de intervenções ilícitas;
- f) usar títulos que não possua ou anunciar especialidade em que não esteja habilitado;
- g) dar consultas, diagnósticos ou receitas pelos jornais, rádio, televisão ou correspondência, bem como divulgar ou permitir a publicação na imprensa leiga de observações clínicas, atestados e cartas de agradecimento;
- h) receber sob forma secreta;
- i) desviar, para clínica particular, doentes que tenha atendido em virtude de sua função em instituição assistencial de caráter gratuito;
- j) anunciar a prestação de serviços gratuitos ou a preços vis, em consultórios particulares, ou oferecê-los, em tais condições a instituições cujo associados possam remunerá-los adequadamente;
- k) acumular-se por qualquer forma, com os que exercem ilegalmente a Medicina;
- l) colaborar em plano de serviço com entidade em que não tenha independência profissional ou em que

- não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos:
- m) divulgar processos de tratamento ou descobertas, cujo valor não esteja expressamente reconhecido pelos organismos profissionais;
 - n) praticar quaisquer atos de concorrência desleal aos colegas;
 - o) deixar de utilizar os conhecimentos técnicos ou científicos a seu alcance contra o sofrimento ou o extermínio do homem.

Artigo 6º. Deve o médico evitar assumir responsabilidade do tratamento de pessoa de sua família que viva sob sua dependência e esteja acometida de doença grave ou toxicomania, salvo se na localidade não houver médico.

Artigo 7º. Deve o médico ser solidário com os movimentos generalizados e justos de defesa dos interesses de sua categoria profissional.

§ 1º. Entretanto poderá o médico deixar de solidarizar-se com os movimentos que estejam em desacordo com os princípios éticos ou que sejam contrários aos ditames de sua consciência.

§ 2º. Cometerá falta grave de ética profissional o médico que apoiando, individualmente ou de qualquer outra forma, nas assembleias de suas associações, movimentos de reivindicação de sua categoria profissional, vier posteriormente a renegar seu compromisso.

Capítulo 2: Relações com os Colegas

Artigo 8º. O médico deve ter para com seus colegas, a consideração, o apreço e a solidariedade que refletem a harmonia da classe e lhe aumentam o conceito público.

§ 1º Este apreço, a consideração e solidariedade não podem, entretanto, induzir o médico a ser conivente com o erro, levando-o a deixar de combater os atos que infringem os postulados éticos ou as disposições legais que regem o exercício da profissão, a crítica a tais erros ou atos não devera, porém, ser feita de público ou na presença do doente ou de sua família, salvo por força de determinação judicial, mas será objeto de representação ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, respeitando-se sempre a honra e a dignidade do colega.

§ 2º Comete grave infração ética o médico que deixar de atender às solicitações ou intimações para instrução dos processos ético-profissionais.

Artigo 9º. O médico, afora impossibilidade absoluta, não recusará seus serviços profissionais a outro médico que dele necessite, nem negará sua colaboração a colega que a solicite, a não ser por motivo superior.

Artigo 10º. Comete grave infração de ética o profissional que desvia, por qualquer modo, cliente de outro médico.

Artigo 11º. O médico não atenderá a doente que esteja em tratamento com um colega, salvo:

- a) a pedido deste, evitando, entretanto, fazer insinuações e limitando-se a transmitir sua opinião ao assistente, salvo determinação expressa deste ou em caso de urgência, do que dará ciência ao colega, ao devolver-lhe a incumbência do caso;

- b) no próprio consultório, quando ali procurado espontaneamente pelo doente;
- c) em caso de indubitável urgência;
- d) quando houver cessado a assistência do outro médico;

e) quando o caso lhe for encaminhado pelo colega, para diagnóstico, tratamento especializado ou intervenção cirúrgica, após o que o doente estará livre para retornar ao seu médico assistente.

§ 1º Quando se tratar de doença crônica com surtos agudos, é lícito a qualquer médico atender ao doente uma vez que haja cessado o tratamento de cada surto, pois com ele expirou o contrario tacito de prestação de serviços.

§ 2º A alegação de que os serviços a serem prestados o serão a título gratuito não é escusa para o médico atender o paciente que esteja sob cuidados de um colega, bem assim o fato de não receber este remuneração pelo seu trabalho no caso.

Artigo 12º. O médico deve abster-se de visitar doente que esteja sob cuidados de um colega e, de o tiver de fazer, deve evitar qualquer comentário profissional.

Artigo 13º. Se dois ou mais médicos forem chamados simultaneamente para atender a vítima de acidente ou mal súbito, o paciente ficará sob os cuidados do que chegar primeiro, salvo se um deles é médico habitual da família ou se o doente, ou quem por ele decidir, expressar sua preferência.

Artigo 14º. O especialista solicitado por um colega para esclarecer um diagnóstico ou orientar um tratamento, tem de considerar o paciente como permanecendo sob os cuidados

do primeiro, cumprindo-lhe dar a este os informes concernentes ao caso.

§ único: O médico que solicita para seu cliente os serviços especializados de outro não deve determinar a este ou ao cliente a especificação de tais serviços.

Artigo 15º. Quando por impedimento seu, um médico confiar um cliente aos cuidados de colega, deve este, cessado o impedimento, reencaminhá-lo ao primitivo assistente.

Artigo 16º. Os médicos de casas de saúde e estabelecimentos congêneres abster-se-ão de alterar o tratamento de doentes que tragam prescrições de seus médicos-assistentes, sob cujos cuidados ainda estejam, a não ser em casos de indiscutível conveniência para o paciente, o que será comunicado ao médico assistente.

Artigo 17º. O médico não deve demitir-se ou abandonar cargo ou função visando preservar os interesses da profissão, sem previa audiência do Conselho Regional de Medicina em que esteja inscrito.

Artigo 18º. É vedado ao médico aceitar emprego deixado por colega que tenha sido exonerado sem justa causa, salvo anuência do Conselho Regional no qual tenha a sua inscrição.

Artigo 19º. Constitui prática atentatória da moral profissional, procurar um médico, conseguir para si emprego, cargo ou função que esteja sendo exercido por colega.

Capítulo 3: Conferências Médicas

Artigo 20º- Assiste ao médico ou ao doente, bem como a família deste ou seus responsáveis, o direito de propor ou exigir conferências médicas.

§ 1º Quando a conferência for solicitada pelo doente ou responsável, o médico não deverá recusá-la nem manifestar ressentimento deixando ao critério do solicitante a indicação do colega.

§ 2º O médico assistente, por motivos ponderáveis, poderá impugnar a indicação.

§ 3º Quando a conferência for solicitada pelo médico assistente, caber-lhe-á a indicação do colega, competindo, igualmente, à família ou ao doente, impugnar a indicação, desde que por motivos ponderáveis.

Artigo 21- Ao médico assistente cabe a iniciativa da conferência:

- a) quando não puder firmar um diagnóstico;
- b) quando não tiver obtido resultado satisfatório no tratamento empregado;
- c) quando necessitar do auxílio de especialista;
- d) quando em determinados casos, tiver de confirmar prognóstico grave;
- e) quando supuser ou perceber o desejo do doente ou de seu responsável.

Artigo 22º- O especialista solicitado para a conferência deverá considerar o paciente como cliente do médico assistente, cumprindo-lhe dar a estes as informações concernentes ao caso.

Artigo 23º- A conferência será sempre de caráter reservado.

Artigo 24º- Na conferência médica, observar-se-ão as seguintes normas;

- a) o médico convidado para conferência deverá aguardar a chegada do médico assistente para iniciar o exame do paciente;
- b) no caso de impuntualidade do médico assistente, o colega convocado, depois de razoável espera, poderá examinar o paciente, deixando, por escrito, em documento fechado, seu parecer sobre o caso;
- c) no caso de impossibilidade fortuita de comparecer à conferência, o médico assistente deverá transmitir previamente ao colega relatório escrito ou verbal, sobre sua atuação junto ao doente;
- d) se ambos presentes, o médico assistente iniciará a conferência fazendo o relato clínico sobre o caso e em seguida o colega examinará o doente;
- e) durante a conferência, os médicos deverão evitar manifestações diante do doente ou da família, devendo discutir e decidir, após o exame, em sala reservada;
- f) se houver mais de um médico presente à conferência, cada qual emitirá seu parecer;
- g) havendo acordo, caberá ao assistente comunicar o resultado ao doente ou a família, fazendo-o em nome de todos, sem discriminação de opiniões individuais, podendo a prescrição ser assinada por toda a junta ou apenas pelo assistente;
- h) se houver desacordo, os diversos pareceres serão comunicados a família e ao doente, se necessário, pelo médico assistente, cabendo-lh propor nova conferência.

Artigo 25º- Após conferência o médico assistente tem o direito de lavar e conservar uma alta transcrevendo as opiniões emitidas e assinadas por todos os colegas que dela participarem , desde que o julguem necessário para resguardar o seu critério, competência e renome.

§ único: A lavratura desta ata será obrigatória quando se trate de conferência para decidir ou em que se decida esterilização ou interrupção de gravidez.

Artigo 26º- O médico chamado em conferência não deverá tornar-se assistente senão:

- a) a pedido ou no impedimento do médico assistente;
- b) ser for especialista cujos serviços sejam solicitados pelos assistentes.

Artigo 27º- É dever do médico solicitado á conferência:

- a) ser respeitoso, tolerante e cordial para com o colega;
- b) observar escrupulosa atitude em face da reputação moral e científica do assistente.

Artigo 28º- As discussões ocorridas na conferência são de caráter secreto e confidencial e a responsabilidade de decisão é coletiva, não podendo qualquer dos participantes externar críticas ou censurar tendentes a desvirtuar a opinião de colega ou a legitimidade científica do tratamento combinado pela junta médica.

Artigo 29º- Nenhum médico pode participar de conferência sem que esteja presente o medico assistente, salvo se por ele autorizado.

Capitulo 4: Relações com o Doente

Artigo 30º- O alvo de toda atenção do médico é o doente em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Artigo 31º- O médico tem o dever de informar o doente quanto ao diagnostico, prognostico e objetivos do tratamento, salvo se as informações puderem causar-lhe dano, devendo ele neste caso, prestá-las á familia ou aos responsáveis.

Artigo 32º- Não é permitido ao médico:

- a) abandonar o tratamento do doente, mesmo em casos crónicos ou incuráveis, salvo por motivos relevantes;
- b) renunciar á assistência de doentes, sem previa justificação;
- c) prescrever tratamento sem exame direto do paciente, exceto em caso de urgência ou de impossibilidade comprovada de realizar esse exame;
- d) exagerar a gravidade, diagnostico prognostico, complicar a terapêutica, exceder-se no numero de consultas e visitas;
- e) indicar ou executar terapêutica ou intervenção cirurgica desnecessária ou proibida pela legislação do País;
- f) exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente resolver sobre sua pessoa e seu bem estar;
- g) olvidar que o pudor do cliente merece o maior respeito, mesmo em se tratando de crianças;

Artigo 33º- O médico levará em conta, na clinica particular, as possibilidades financeiras do cliente.

- do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, em que o médico esgotará, primeiro todos os meios idôneos para evitar a quebra de sigilo;
- c) quando se tratar de fato delituoso previsto em lei e a gravidade de suas consequências sobre terceiros crie para o médico o imperativo de consciência para revelá-lo à autoridade competente.
- Artigo 38º.** A revelação do segredo médico faz-se necessária:
- a) nos casos de doença infecto contagiosa de notificação compulsória ou de outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomania etc.);
 - b) nas perícias judiciais;
 - c) quando o médico esta revestido de função em que tenha de pronunciar-se sobre o estado do examinado (serviços biométricos, juntas de saúde, serviços de companhias de seguros etc.), devendo os laudos e pareceres e nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar-se, se possível, o diagnóstico;
 - d) nos atestados de óbito;
 - e) em se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor, supressão intencional de alimentos;
 - f) nos casos de crimes, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico;
 - g) nos casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses da cliente.

Capítulo 5: Segredo Médico

Artigo 34º. O médico está obrigado, pela ética e pela Lei, a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional.

§ Único: Deve o médico empenhar-se no sentido de estender aos seus auxiliares a mesma obrigação de guardar o segredo colhido no exercício de sua profissão.

Artigo 35º. O médico não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua profissão, mas intimado a depor, é obrigado a comparecer perante a autoridade para declarar-lhe que esta preso à guarda de segredo profissional.

Artigo 36º. O médico não pode considerar-se desobrigado da guarda do segredo, mesmo que o paciente ou interessado o desligue da obrigação.

Artigo 37º. É admissível a quebra de segredo profissional nos seguintes casos:

- a) quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidades que exija assistência que exija assistência ou medida profilática por parte da família, ou envolve responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência estiver o paciente;
- b) para evitar o casamento de defeito físico irremediável ou molestia grave e transmissível por contágio ou herança capaz de por em risco a saúde

§ único: É aconselhável o uso, em código da nomenclatura internacional de doenças e causas de morte.

Artigo 39º- Salvo nos casos previstos no artigo anterior, os atestados médicos só podem ser fornecidos, ao próprio interessado, neles ficando declarado que foram dados a pedido do mesmo, evitando-se ao máximo mencionar diagnóstico.

Artigo 40º- Os boletins médicos devem ser redigidos de modo que senão revele, direta ou indiretamente, moléstia ou situação que deva ficar em sigilo.

Artigo 41º- As papeletas e folhas de observações clínicas e respectivos fichários, em hospitais, maternidades, casas de saúde, etc., não podem ficar expostas ao conhecimento de estranhos.

Artigo 42º- O médico não poderá, em anúncios profissionais, inserir fotografias, nome, iniciais de nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o doente, devendo adotar o mesmo critério dos relatos ou publicações em Sociedades Científicas e Jornadas Médicas.

Artigo 43º- Na cobrança de honorários, por meios judiciais ou outros, não pode o médico quebrar segredo profissional, a que está vinculado.

Artigo 44º- O médico, investido na função de perito, não está preso ao segredo profissional para com a autoridade competente, ficando, entretanto, obrigado o guardar sigilo pericial.

Capítulo 6: Responsabilidade Profissional Médica

Artigo 45º- O médico responde civil e penalmente por atos profissionais danosos ao cliente, a que tenha dado causa por imperícia, imprudência, negligência ou infrações éticas.

Artigo 46º- Deve o médico assumir sempre a responsabilidade dos próprios atos, constituindo prática desonesta atribuir indevidamente seus malogros a terceiros ou a circunstâncias ocasionais.

Artigo 47º- O médico não é obrigado por lei a atender ao doente que procure seus cuidados profissionais, porém cumpre-lhe fazê-lo em caso de urgência ou quando não haja na localidade colega ou serviço médico em condições de prestar assistência necessária.

Artigo 48º- É da exclusiva competência do médico a escolha do tratamento para seu doente, devendo ele orientar-se sempre pelo princípio geral de *'primum non nocere'*.

Artigo 49º- O médico, salvo o caso de iminente perigo de vida, não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento tácito ou explícito do paciente, e tratando-se de menor ou de incapaz, de seu representante legal".

Artigo 50º- O médico, tanto quanto possível, deve abster-se de praticar anestesia geral sem a presença do médico anestesia.

Artigo 51º- São lícitas as intervenções cirúrgicas com finalidade estética, desde que necessárias ou quando o defeito a ser removido ou atenuado seja fator de desajustamento psíquico.

Artigo 52º- A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação referendada por mais dois médicos ouvidos em conferência.

Artigo 57º. O médico não pode contribuir, direta ou indiretamente, para apressar a morte do doente.

Artigo 58º. As experiências *in anima nobili* só poderão ser permitidas para fins estritamente de tratamento ou diagnóstico, sempre precedidas de consentimento do paciente, quando em perfeita higidez mental, ou de seus responsáveis, devidamente informados das possíveis consequências.

Artigo 59º. São absolutamente interditas quaisquer experiências no homem, com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Artigo 60º. É vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou enfermidade, ou firmar atestado sem ter praticado os atos profissionais que o justificarem.

Artigo 61º. O médico tem o dever de fornecer o atestado de óbito, se vinha prestando assistência médica ao paciente, mas somente o fará depois de certificado pessoalmente da realidade de morte, e sempre utilizando os impressos fornecidos pelas repartições sanitárias competentes, declarando a exata causa-mortis, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demográfico-sanitária.

§ 1º O médico não atestará óbito de pessoa a que não tenha prestado assistência médica, salvo caso de verificação médico-legal ou quando o paciente haja falecido sem assistência médica, em localidade onde não existe serviço de verificação de óbito.

§ 2º Quando houver motivo justificado para não fornecer o atestado de óbito, o médico comunicará o fato a autoridade competente.

Parágrafo único: Da conferência será lavrada ata em três vias das quais uma será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor do estabelecimento em que vai realizar-se a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.

Artigo 53º. A inseminação artificial heteróloga não é permitida, a homóloga poderá se praticada se houver o consentimento expresso dos cônjuges.

Artigo 54º. O médico não deverá provocar o abortamento, salvo quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resultar de estupro, mas sempre depois do consentimento expresso da gestante ou de seu representante legal.

§ 1º Em qualquer desses casos, expressos na lei, o médico poderá intervir depois do parecer de pelo menos dois colegas, ouvidos em conferência.

§ 2º Da conferência será lavrada ata em três vias, uma das quais será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor Clínico do estabelecimento em que se vai realizar a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.

Artigo 55º. No interesse exclusivo da saúde ou da vida da gestante, nos casos de abortamento já iniciado, espontâneo ou provocado, o médico poderá intervir, devendo sempre, a fim de ressaltar sua responsabilidade, comunicar o fato, em documento escrito e sigiloso, ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 56º. O médico não anunciará, clara ou veladamente, processo ou tratamento destinado a evitar a gravidez.

Artigo 62º- A hipnose só poderá ser usada pelo médico, para fins terapêuticos ou de diagnóstico, quando houver rigorosa indicação científica e, sempre que possível, por médico especializado.

Artigo 63º- O médico não deverá praticar a hipnose sem o prévio consentimento, tácito ou explícito do paciente ou de seu representante legal, quando se tratar de menor ou incapaz de consentir.

Artigo 64º- O médico não deve empregar a hipnose ou outros quaisquer processos que possam alterar a personalidade ou a consciência do indivíduo, para fins de investigação policial ou judicial.

Capítulo 7: Honorários Profissionais

Artigo 65º- Devem os honorários aos médicos as pessoas, ou os responsáveis por elas, que lhes tenham solicitado serviços profissionais.

Artigo 66º- Só os profissionais legalmente habilitados para o exercício da medicina podem pretender cobrar honorários médicos.

Artigo 67º- O médico se conduzirá com moderação na fixação de seus honorários, não devendo fazê-lo arbitrariamente, mas, segundo a jurisprudência e a doutrina, atendendo aos seguintes elementos:

- a) costume do lugar;
- b) condições em que o serviço foi prestado (hora, local, distância, urgência, meio de transporte etc.);
- c) trabalhando e tempo dispendidos;

d) qualidade do serviço prestado e complexidade do caso.

Artigo 68º- O médico não deve pleitear honorários:

- a) por serviços prestados aos irmãos, cunhados e ascendentes ou descendentes diretos;
- b) por serviços prestados a colega que exerça a profissão ou a pessoa da respectiva família sob sua dependência, exceto quando se trate de práticas psicoterápicas, sendo lícito, sempre, porém, o recebimento do valor de material despendido, na prestação de serviço;
- c) quando inicialmente os serviços foram declarados gratuitos;
- d) quando seus serviços não foram solicitados.

Artigo 69- É reprovável:

- a) atender o médico gratuitamente a pessoas possuidoras de recursos, a não ser em condições personalíssimas;
- b) cobrar, sem motivos justificáveis, honorários inferiores aos estabelecidos pela praxe do lugar.

Artigo 70º- O médico pode estipular previamente seus honorários ou fixá-los no término dos seus serviços mas é censurável neles incluir despesas hospitalares ou farmacêuticas.

Artigo 71º- É lícito ao médico procurar haver judicialmente seus honorários, mas, no decurso da lide, deve manter inviolável os preceitos da ética, não quebrando o segredo profissional, mas aguardando que o perito nomeado para o arbitramento proceda as verificações necessárias.

Artigo 72º- Quando no tratamento de um doente, cooperam, além do médico assistente, outros profissionais, as notas de honorários serão enviadas, separadamente ou em conjunto, mas nesta última hipótese será discriminada a importância que cabe a cada um dos médicos.

Artigo 73º- É permitido ao médico afixar no consultório ou clínica tabela pormenorizada do preço de seus serviços.

Capítulo 8: Relações com instituições assistenciais e hospitalares, com auxiliares do Serviço Médico

Artigo 74º- O trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos seus atos e funções, como o estabelece o presente código, sendo os princípios deontológicos que se aplicam ao indivíduo os mesmos que regem as organizações de assistência médica.

Artigo 75º- O médico não encaminhará a serviço gratuitos de instituições assistenciais ou hospitalares, doentes possuidores de recursos financeiros, quando disso tenha conhecimento.

Artigo 76º- O médico não formulará, junto aos doente, críticas aos serviços hospitalares ou assistenciais, a sua enfermagem ou aos seus médicos, devendo dirigi-las á apreciação das autoridades competentes.

§ único: Tem o médico o direito de alegar falhas nos regulamentos das instituições médico-hospitalares, sobretudo quando as julgar indignas para o exercício da profissão e prejudiciais para o doente, devendo, entretanto, dirigi-las tao somente aos órgãos competentes.

Artigo 77º- Quando investido em função de direção ou chefia, as relações do médico com seus colegas e demais auxiliares deverão ser as reguladas no presente Código, não sendo lícito ao diretor ou chefe deixar de exigir de todos a fiel observância dos preceitos da ética, como não o é negar-lhes o apreço, a consideração, a solidariedade e seus legítimos direitos.

Parágrafo único: O apreço, consideração, solidariedade e o respeito aos direitos legítimos de seus colegas não deverão implicar no esquecimento, por estes, de suas obrigações, deveres e atenções, como subordinados hierárquicos, para com o colega de direção ou chefia.

Artigo 78º- O médico terá para com os enfermeiros e demais auxiliares, a urbanidade e consideração que merecem na sua nobre função, não lhe dificultando o cumprimento de suas obrigações e deles exigindo a fiel observância dos preceitos éticos.

Capítulo 9: Relações com a Saúde Pública

Artigo 79º- O médico deverá colaborar com as autoridades competentes na preservação da saúde pública e respeitar a legislação sanitária e regulamento em vigor.

Artigo 80º-:É vedado ao médico exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia.

Artigo 81º- O médico que sofra de moléstia mental não pode exercer a profissão.

Capítulo 10: Relações com a Justiça

Artigo 82º. Sempre que nomeado perito, o médico deverá colaborar com a Justiça, esclarecendo-a em assunto de sua competência.

Parágrafo único: Ao médico perito é lícito requerer arbitramento de honorários pela autoridade competente, não lhe sendo permitido, porém, contratar pagamento com partes interessadas.

Artigo 83º. Quando, porque o assunto escape de sua competência, ou por motivo outro de força maior, decidir o médico renunciar a função de perito para a qual tenha sido nomeado, deverá em consideração à autoridade que o nomeou, solicitar-lhe dispensa do encargo antes de qualquer ato compromissório.

Artigo 84º. O médico não poderá ser perito de cliente seu, nem funcionar em perícia de que seja parte pessoa de sua família, ou amigo íntimo ou inimigo; e quando for interessado na questão um colega, caber-lh-á pôr de parte o espírito de classe ou de camaradagem, procurando bem servir a justiça com consciência e imparcialidade.

Artigo 85º. O médico perito deverá exercer o mister com absoluta isenção, limitando-se à exposição de que tiver conhecido através de exames e observações, e nos seus laudos, não ultrapassará a esfera de suas atribuições e competência.

Artigo 86º. Toda vez que for obariado, por parte dos interessados, na sua função de perito, o médico deverá comunicar o fato à autoridade que o nomeou e aguardar solução.

Artigo 87º. O médico investido na função de perito não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial.

Artigo 88º. É condenável valer-se o médico de cargo que exerce ou de laços de parentesco ou amizade com as autoridades administrativas ou judiciais, para pleitear função de perito.

Capítulo 11: Publicações de trabalhos científicos

Artigo 89º. Nas publicações de trabalhos científicos serão observadas as seguintes normas:

- a) as discordâncias em relação às opiniões ou trabalhos devem ter cunho estritamente pessoal, porém a crítica, que não pode visar ao autor, mas à matéria, não deve deixar de ser feita, pois que a tolerância e a indiferença por parte de conhecedores da matéria é tao ofensiva à ética científica como o é a crítica pessoal e injusta à ética profissional;
- b) quando os fatos forem examinados por dois ou mais médicos e houver combinação a respeito do trabalho, os termos de ajuste serão rigorosamente observados pelos participantes, haja ou não acordo, cada participante pode fazer publicação independente no que se refere ao setor em que atuou;
- c) quando de pesquisa em colaboração, como nem sempre seja fácil distinguir o que cada um fez e nem seja praticável a publicação isolada, é de boa norma que na publicação seja dada igual ênfase aos

- autores, cumprindo porém, dar prioridade, na enumeração dos colaboradores, ao principal ou ao idealizador de trabalho ou da pesquisa;
- d) em nenhum caso o médico se prevalecerá da posição hierárquica para fazer publicar, em seu nome exclusivo, trabalho de seus subordinados e assistentes, mesmo quando executado sob sua orientação;
- e) não é lícito utilizar, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões colhidas em fontes não publicadas ou particulares;
- f) em todo trabalho científico devem ser indicadas, de modo claro, quais as fontes de informações usadas, a fim de que se evitem dúvidas quanto à autoria das pesquisas e sobre a citação de trabalhos não lidos, devendo ainda esclarecer-se bem quais os fatos referidos que não pertencem ao próprio autor do trabalho;
- g) todo trabalho científico deve ser acompanhado da citação da bibliografia utilizada e caso o autor julgue útil citar outras publicações deverá deixar bem claro que não foram aproveitadas para elaboração do trabalho;
- h) não é lícito utilizar, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões colhidas em fontes não publicadas ou particulares;^[1]
- i) é vedado apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações, que na realidade não o sejam;
- j) nas publicações de casos clínicos, a identidade do paciente deve ser omitida, inclusive na ilustração fotográfica, que não deve exceder o estritamente necessário ao bom entendimento e comprovação, tendo-se sempre em mente o respeito às normas do segredo médico;
- k) sempre que possível, não deve o autor de trabalho médico- científico esquecer-se de citar os trabalhos nacionais sobre o mesmo assunto, pois que é preferível crítica-los que propositadamente deixar de referi-los.

Capítulo 12: Observância e aplicação do Código

Artigo 90º- Compete ao Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se encontrar o médico, a apuração das faltas que cometer contra este Código e a aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor.

Artigo 91º- Deve o médico dar conhecimento ao Conselho Regional de sua jurisdição, com descrição e fundamento, dos fatos que constituam infração às normas deste Código.

Artigo 92º- Deve o médico consultar o Conselho Regional de Medicina em que tiver sua inscrição, quando de dúvida a respeito da observância e da aplicação deste Código, ou quando de casos omissos.

Capítulo 13: Disposições Gerais

CFM nº 1.154/ 84 | Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro 1984], incorporados as correções publicadas no Diário Oficial, 9 de maio de 1984,p.6.606.

Preâmbulo

As disposições do presente Código, especialmente aquelas que se referem às regras morais que todo médico deve respeitar, se impõem a todos os profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo 1: Dos Princípios

Princípio 1- O médico exercer nobre e elevada profissão, sem discriminação de qualquer natureza, com plena consciência de sua responsabilidade para com o paciente e a sociedade.

Princípio 2- O alvo de toda a atenção do médico é o paciente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Princípio 3- A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter o seu trabalho remunerado de forma justa por salários ou honorários.

Princípio 4- O médico deve conduzir-se profissionalmente e socialmente com integral respeito à Constituição, à legislação e às normas que regulam o exercício da profissão.

Princípio 5- E dever do médico aprimorar continuamente os seus conhecimentos e usar o melhor progresso científico em benefício do paciente, agindo sempre com prudência e diligência.

Artigo 93º- As dúvidas na observância deste Código e os casos omissos, serão resolvidos pelos Conselhos Regionais de Medicina, ad referendum do Conselho Federal.

Artigo 94º- Compete ao Conselho Federal de Medicina firmar jurisprudência quanto aos casos omissos e fazê-los incorporar neste Código.

Artigo 95º- O presente Código de Ética, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, nos termos do art.30, da lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União.

Anexo 7:

CODIGO BRASILEIRO de DEONTOLOGIA MEDICA (1984)

Esta versão inclui as correções do Diário Oficial, 9 de maio de 1984, p.6.606

Fontes:

Conselho Federal de Medicina, Código Brasileiro de Deontologia Médica, in Diário Oficial (Seção I), 27 de abril de 1984, p. 5.999-6000
Conselho Federal de Medicina, Código Brasileiro de Deontologia Médica. Resolução

CFM nº 1.154/ 84 | Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro 1984, incorporados as correções publicadas no Diário Oficial, 9 de maio de 1984, p.6.606.

Preâmbulo

As disposições do presente Código, especialmente aquelas que se referem às regras morais que todo médico deve respeitar, se impõem a todos os profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo 1: Dos Princípios

Princípio 1- O médico exercer nobre e elevada profissão, sem discriminação de qualquer natureza, com plena consciência de sua responsabilidade para com o paciente e a sociedade.

Princípio 2- O alvo de toda a atenção do médico é o paciente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Princípio 3- A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter o seu trabalho remunerado de forma justa por salários ou honorários.

Princípio 4- O médico deve conduzir-se profissionalmente e socialmente com integral respeito à Constituição, à legislação e às normas que regulam o exercício da profissão.

Princípio 5- É dever do médico aprimorar continuamente os seus conhecimentos e usar o melhor progresso científico em benefício do paciente, agindo sempre com prudência e diligência.

Artigo 93º- As dúvidas na observância deste Código e os casos omissos, serão resolvidos pelos Conselhos Regionais de Medicina, ad referendum do Conselho Federal.

Artigo 94º- Compete ao Conselho Federal de Medicina firmar jurisprudência quanto aos casos omissos e fazê-los incorporar neste Código.

Artigo 95º- O presente Código de Ética, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, nos termos do art.30, da lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União.

Anexo 7:

CODIGO BRASILEIRO de DEONTOLOGIA MÉDICA (1984)

Esta versão inclui as correções do Diário Oficial, 9 de maio de 1984, p.6.606

Fontes:

Conselho Federal de Medicina, Código Brasileiro de Deontologia Médica, in Diário Oficial (Seção I), 27 de abril de 1984, p. 5.999-6000
Conselho Federal de Medicina, Código Brasileiro de Deontologia Médica. Resolução

ANEXO 6 - CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA de 1984

CFM nº 1.154/ 84 [Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro 1984], incorporados as correções publicadas no Diário Oficial, 9 de maio de 1984,p.6.606.

Preâmbulo

As disposições do presente Código, especialmente aquelas que se referem às regras morais que todo médico deve respeitar, se impõem a todos os profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo 1: Dos Princípios

Princípio 1- O médico exercer nobre e elevada profissão, sem discriminação de qualquer natureza, com plena consciência de sua responsabilidade para com o paciente e a sociedade.

Princípio 2- O alvo de toda a atenção do médico é o paciente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Princípio 3- A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter o seu trabalho remunerado de forma justa por salários ou honorários.

Princípio 4- O médico deve conduzir-se profissionalmente e socialmente com integral respeito à Constituição, à legislação e às normas que regulam o exercício da profissão.

Princípio 5- É dever do médico aprimorar continuamente os seus conhecimentos e usar o melhor progresso científico em benefício do paciente, agindo sempre com prudência e diligência.

Artigo 93º- As dúvidas na observância deste Código e os casos omissos, serão resolvidos pelos Conselhos Regionais de Medicina, ad referendum do Conselho Federal.

Artigo 94º- Compete ao Conselho Federal de Medicina firmar jurisprudência quanto aos casos omissos e fazê-los incorporar neste Código.

Artigo 95º- O presente Código de Ética, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, nos termos do art.30, da lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União.

Anexo 7:

CODIGO BRASILEIRO de DEONTOLOGIA MÉDICA (1984)

Esta versão inclui as correções do Diário Oficial, 9 de maio de 1984, p.6.606

Fontes:

Conselho Federal de Medicina, Código Brasileiro de Deontologia Médica, in Diário Oficial (Seção I), 27 de abril de 1984, p. 5.999-6000
Conselho Federal de Medicina, Código Brasileiro de Deontologia Médica. Resolução

Princípio 6- Deve o médico transmitir aos seus pacientes, aos colegas e ao público informações permitidas pelas normas que regulam a profissão.

Princípio 7- É de exclusiva competência do médico a escolha do tratamento, podendo em benefício do paciente, sempre que julgar necessário, solicitar a colaboração de colegas.

Princípio 8- O médico não exercerá sua profissão em entidade pública ou privada onde lhe seja tolhida a independência profissional, não se lhe ofereçam condições de trabalho adequadas ou não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos.

Princípio 9- O médico, ainda que em caráter de pesquisa, guardará sempre absoluto respeito pela vida humana, desde a concepção até a morte, utilizando seus conhecimentos em benefício do paciente e jamais o fazendo para gerar sofrimento mental e físico ou extermínio do homem, nem para permitir ou encobrir tentativa contra sua dignidade ou integridade.

Princípio 10- O médico deve guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional.

Princípio 11- O médico deve ter sempre para com seus colegas consideração, respeito e solidariedade que reflitam a harmonia da classe, da forma a não diminuir o seu conceito perante a sociedade.

Princípio 12- O médico deve abster-se de atos que se caracterizam como mercantilização da Medicina, e combatê-los quando praticados por outrem.

Princípio 13- O exercício da Medicina é livre, não se obrigando o médico a prestar serviços profissionais a quem

ele não o deseje, salvo na ausência de outro médico ou em condições especiais previstas em lei.

Princípio 14- Ao médico só é permitido atestar, certificar, testemunhar ou declarar, para qualquer fim, o que tenha examinado ou verificado pessoalmente, a pedido do interessado ou de seu responsável ou de quem lhe delegue função pericial ou de auditoria.

Princípio 15- Sempre que investido em função pericial ou de auditoria, deve o médico pautar sua conduta rigorosamente dentro dos preceitos éticos.

Capítulo 2: Das Infrações

É vedado ao Médico no Exercício de sua Profissão:

Relações com a Sociedade e outros Profissionais

Artigo 1º. Deixar de utilizar todos os conhecimentos técnicos ou científicos, ao seu alcance, contra o sofrimento ou o extermínio do homem.

Artigo 2º. Usar da profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime.

Artigo 3º. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seu cuidado profissional.

Artigo 4º. Acumular-se com os que exercem ilegalmente a Medicina.

Artigo 5º. Receitar sob forma secreta ou ilegível e assinar em branco folha de receituário ou qualquer documento médico.

Artigo 6º. Acobertar erro ou conduta imoral de colega.

Artigo 7º- Deixar de assumir responsabilidade profissional pelos seus atos, atribuindo seus erros e ou malogros a outrem, à equipe, a circunstâncias ou à instituição.
 Artigo 8º- Desrespeitar a legislação vigente e não pautar os seus atos pelos mais rígidos princípios morais e éticos.
 Artigo 9º- Deixar de observar as normas da legislação sanitária.
 Artigo 10º- Participar, sob qualquer forma, de mercantilização da Medicina.

Responsabilidade Profissional Médica

Artigo 11º- Deixar de atender paciente em circunstâncias nas quais o médico está obrigado a fazê-lo.
 Artigo 12º- Deixar de cumprir a legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, abortamento e esterilização.
 Artigo 13º- Praticar atos médicos ou participar deles, se forem ilícitos ou desnecessários.
 Artigo 14º- Deixar de apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições médicas e hospitalares onde trabalhe, quando o julgar indignos do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, apenas aos órgãos competentes e obrigatoriamente ao Conselho Regional de Medicina.
 Artigo 15º- Desviar-se dos princípios éticos da profissão ao prestar serviços com qualquer vínculo à Medicina Social, Previdenciária e Securitária, mesmo que outras normas tais princípios.

Artigo 16º- Praticar atos profissionais danosos aos pacientes que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.
 Artigo 17º- Exercer cargo ou função de especialista sem estar inscrito no Registro de Qualificação de Especialistas do Conselho Regional de Medicina.
 Artigo 18º- Deixar de atender às solicitações administrativas ou intimações para instrução de processo ético-profissional.
 Artigo 19º- Deixar de ter para com os Conselhos e seus membros o respeito que lhes é devido

Responsabilidade com os Direitos Humanos

Artigo 20º- Participar, com seus conhecimentos técnicos ou científicos ou em contribuição indireta, de atos que resultem em extermínio ou dano à dignidade e a integridade física ou mental do ser humano.
 Artigo 21º- Deixar no exercício da profissão, de comunicar às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina conhecimento de maus-tratos, tortura ou qualquer forma de agressão à integridade física e mental do homem.

Relações com os Pacientes

Artigo 22º- Deixar de atender o paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja no local colega ou serviço médico em condições de fazê-lo ou não houver qualquer outra possibilidade de atendimento.

Artigo 23º- Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas ou consultas.

Artigo 24º- Efetuar, salvo diante de urgência ou emergência, qualquer ato médico sem o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável.

Artigo 25º- Deixar de informar o paciente, sua família ou responsável do diagnóstico terapêutico, prognóstico e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa provocar danos ao paciente.

Artigo 26º- Exercer sua autoridade de maneira a limitar ou direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa e seu bem estar.

Artigo 27º- Assumir a responsabilidade do tratamento de doença grave ou toxicomania de pessoa de sua família ou que viva sob sua dependência, salvo se na localidade não houver outro médico.

Artigo 28º- Abandonar, sem justa causa, o tratamento ou a assistência ao paciente, mesmo em casos crônicos ou incuráveis, sem previa comunicação ao paciente ou seu responsável.

Artigo 29º- Contribuir para apressar a morte do paciente ou usar meios artificiais, quando comprovada a morte cerebral.

Artigo 30º- Realizar pesquisa in anima nobili, sem estar devidamente autorizado e sem o necessário acompanhamento de Comissão Ética.

Artigo 31º- Empregar ou usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para o uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes, do consentimento do paciente ou de seu responsável,

devidamente informado da situação e das possíveis consequências.

Artigo 32º- Participar de quaisquer tipos de experiência no homem com fins bélicos, políticos, raciais ou genéticos.

Relações com os Colegas

Artigo 33º- Deixar no exercício da profissão, de ter para com os colegas apreço, consideração e solidariedade ou contribuir para a desarmonia ou desprestígio público da classe.

Artigo 34º- Praticar atos que impliquem concorrência desleal para com os colegas.

Artigo 35º- Renegar, sem anuência do Conselho Regional, compromisso assumido por escrito, em assembleia oficial da classe.

Artigo 36º- Recusar, sem justa causa, seus serviços profissionais ou sua colaboração a colega que os solicite.

Artigo 37º- Desviar, para si ou para outrem, por qualquer motivo, paciente de outro médico.

Artigo 38º- Comentar de forma desairosa à atuação profissional de colega.

Artigo 39º- Alterar prescrição a pacientes de colega sem seu expresso consentimento ou dar-lhes atendimento, fora de situação de emergência, em hospitais ou estabelecimentos congêneres.

Artigo 40º- Comportar-se durante reuniões médicas de forma hostil ou desrespeitosa aos colegas.

Artigo 41º- Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus colegas subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Artigo 42º- Deixar, tanto em cargo de direção ou chefia ou como subordinado de respeitar as suas obrigações e deveres e atenções para com os seus colegas.
 Artigo 43º- Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.

Segredo Médico

Artigo 44º- Revelar fatos de que tenha conhecimento por tê-los presenciado ou deduzido no exercício da sua atividade profissional, permanecendo esta proibição mesmo que o paciente já tenha falecido, salvo em justa causa ou para obedecer a dever legal.

Artigo 45º- Deixar e orientar os seus auxiliares no dever de guardar segredo profissional.

Artigo 46º- Revelar diagnóstico ou tratamento sem o expresso consentimento do paciente ou seu responsável.

Artigo 47º- Ser signatário de Boletim Médico, em que não se respeite o segredo profissional.

Artigo 48- Deixar ao alcance de estranhos o prontuário ou fichas de paciente sob tratamento em hospitais, clínicas estabelecimentos congêneres.

Artigo 49º. Apresentar nos trabalhos, levados a reuniões médicas ou publicações científicas, elementos pelos quais possa ser identificado o paciente, salvo previa anuência deste.

Atestados Médicos

Artigo 50º. Fornecer atestado sem ter praticado os atos profissionais que o justifiquem.

Artigo 51º- Fornecer atestado ou relatórios de exames ou tratamentos realizados sem autorização do paciente ou seu responsável.

Artigo 52º- Atestar óbito quando não tenha verificado pessoalmente a realidade da morte ou prestado assistência, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista em hospitais, clínicas ou estabelecimentos congêneres, ou em caso de necropsia ou verificação médico-legal, ou quando a morte tenha ocorrido em localidade onde não existe serviço de verificação de óbito.

Artigo 53º- Deixar de atestar óbito de paciente a que vinha prestando assistência, exceto quando ignorar a causa da morte.

Perícia e Auditoria Médica

Artigo 54º- Ser perito de cliente seu, pessoa de sua família, ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu julgamento.

Artigo 55-Deixar de atuar com absoluta isenção, quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar a esfera de suas atribuições e competência.

Artigo 56- Deixar de guardar sigilo pericial.

Artigo 57- Intervir nos atos profissionais de colegas, quando exercer função de auditor, reservando suas observações para o relatório.

Artigo 58- Aceitar que auditoria de atos médicos seja exercida por leigo.

Artigo 59- Fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando todas as possíveis observações para o laudo que elaborar.

Remuneração Profissional

Artigo 60º- Permitir que seu trabalho profissional seja explorado por terceiros no sentido comercial ou político.

Artigo 61º- Receber ou pagar remuneração, comissão, vantagem ou percentagem que não correspondam a serviço profissional efetivo e lícitamente prestado, ou receber ou pagar remuneração, comissão ou vantagens por cliente encaminhado ou recebido.

Artigo 62º- Aliciar, por qualquer meio, para clinica particular ou entidade de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições de qualquer espécie.

Artigo 63º- Obter vantagens econômicas com o trabalho de outro médico.

Artigo 64º- Reter, a qualquer pretexto, honorários de outros médicos.

Artigo 65º- Deixar de apresentar individualmente a conta de honorários, quando mais de um medico prestar serviços ao mesmo paciente.

Artigo 66º- Prestar serviços profissionais a preços vis ou extorsivos.

Artigo 67º- Deixar de conceder aos colegas que se encontrem no exercício da profissão e a seus dependentes legais reduções possíveis no custo dos serviços profissionais.

Publicidade e Publicação de Trabalhos Científicos

Artigo 68º- Fazer publicidade em desacordo com a legislação vigente e com as normas do Conselho Federal de Medicina.

Artigo 69º- Anunciar títulos científicos que não possa comprovar, ou especialidades nas quais não esteja inscrito no Registro de Qualificação de Especialista do Conselho Federal de Medicina.

Artigo 70º- Apresentar ao publico leigo técnicas e métodos científicos que devam limitar-se ao ambiente médico.

Artigo 71º- Divulgar informações sobre assuntos médicos que possam causar intranquilidade ou sensacionalismo.

Artigo 72º- Participar como medico, de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza.

Artigo 73º- Utilizar agenciadores para angariar serviços ou clientela.

Artigo 74º- Anunciar a cura de doenças, o emprego de métodos infalíveis ou secretos de tratamento e, ainda que veladamente, a pratica de intervenções ilícitas.

Artigo 75º- Dar consulta, diagnostico ou receita por qualquer meio de comunicação e divulgar ou permitir a publicação de observações clínicas na imprensa leiga.

Artigo 76º- Criticar, no meio leigo, trabalhos científicos apresentados ou publicados por colegas.

Artigo 77º- Prevaler-se da posição hierárquica para fazer publicar, em seu nome exclusivo, trabalhos e científicos de seus assistentes ou subordinados, mesmo quando executados sob sua orientação.

Artigo 78º- Utilizar-se, sem referencia ao autor ou sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões

colhidos em fontes não publicadas ou, ainda, apresentar como originais quaisquer ideias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Artigo 79º- Deturpar dados estatísticos.

Aprovado pela Resolução CFM nº 1.154, de 13/04/84
Publicada no D.O de 25/05/84. Sessão LP.I-pág. 7497.

ANEXO 7 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA de 1988

Capítulo I: Princípios fundamentais

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3º - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ser boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará 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.

Art. 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância, ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 10 - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 11 - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O Mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art. 12 - O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 13 - O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 14 - 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.

Art. 15 - Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

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

Art. 17 - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 18 - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 19 - O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II: Direitos do médico

É direito do médico:

Art. 20 - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política, ou de qualquer outra natureza.

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

Art. 22 - Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 23 - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art. 24 - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 25 - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art. 26 - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art. 27 - Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 28 - Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III: Responsabilidade profissional

É vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.

Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 49 - Participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Art. 50 - Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.

Art. 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Art. 52 - Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da

pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 53 - Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo Único: Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 54 - Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Art. 55 - Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V: Relação com pacientes e seus familiares

Capítulo VI: Doação e transplante de órgãos e tecidos

É vedado ao médico:

Art. 72 - Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Art. 74 - Retirar órgão de doador vivo, quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Art. 75 - Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

Capítulo VII: Relação entre médicos

Capítulo VIII: Remuneração profissional

Capítulo IX: Segredo médico

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108 - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de

observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 109 - Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X: Atestado e boletim médico

É vedado ao médico:

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único: O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.

Art. 113 - Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 116 - Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Capítulo XI: Perícia médica

É vedado ao médico:

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

Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

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

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

Capítulo XII: Pesquisa médica

É vedado ao médico:

Art. 122 - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo único: Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica, ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis

conseqüências.

Art. 125 - Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.

Art. 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e ao comportamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Art. 128 - Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Art. 129 - Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Art. 130 - Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Capítulo XIII: Publicidade e trabalhos científicos

Capítulo XIV: Disposições gerais

Art. 141 - O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 143 - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

Art. 144 - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 145 - O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética ("DOU", de 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM nº 1.154 de 13/04/84) e demais disposições em contrário.

ANEXO 8 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA de 2010

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstân-

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

cia ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada,

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e inde-

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

pendência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

CAPÍTULO II DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X - Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º - Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único - A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º - Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º - Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º - Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º - Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 9º - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único - Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10 - Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11 - Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12 - Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único - Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13 - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15 - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º - No caso de procriação medicamente assistida,

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º - O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I - criar seres humanos geneticamente modificados;

II - criar embriões para investigação;

III - criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º - Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16 - Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17 - Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado

Art. 18 - Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19 - Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20 - Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

CAPÍTULO IV DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23 - Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25 - Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26 - Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27 - Desrespeitar a integridade física e mental

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28 - Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único - Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 - Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30 - Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

CAPÍTULO V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31 - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32 - Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 34 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36 - Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º - Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único - O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 38 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 - Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41 - Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único - Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

CAPÍTULO VI
DOAÇÃO E TRANSPLANTE
DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43 - Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 44 - Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45 - Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46 - Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

CAPÍTULO VII RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47 - Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48 - Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49 - Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 51 - Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52 - Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 53 - Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55 - Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57 - Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO VIII

REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58 - O exercício mercantilista da Medicina.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 59 - Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62 - Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63 - Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64 - Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66 - Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único - A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67 - Deixar de manter a integralidade do pagamento

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68 - Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70 - Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71 - Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72 - Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

CAPÍTULO IX

SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Parágrafo único - Permanece essa proibição:

a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;

b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento;

c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74 - Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77 - Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito. *(Nova redação de acordo com a Resolução nº 1.997/2012).*

Art. 78 - Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 79 - Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

CAPÍTULO X DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80 - Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81 - Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82 - Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85 - Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86 - Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87 - Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º - O prontuário deve conter os dados clínicos

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88 - Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89 - Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º - Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º - Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90 - Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

CAPÍTULO XI

AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 92 - Assinar laudos periciais, auditoriais ou de

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93 - Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94 - Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95 - Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96 - Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97 - Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único - O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO XII
ENSINO E
PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99 - Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100 - Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101 - Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único - No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102 - Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único - A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103 - Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104 - Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105 - Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106 - Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107 - Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108 - Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109 - Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 110 - Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

CAPÍTULO XIII PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111 - Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112 - Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113 - Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114 - Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116 - Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117 - Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 118 - Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

CAPÍTULO XIV DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.