

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO
DE/PR.
ISR 48-189/84

IMPRESSO

julho/setembro/88 - ano V n.º 19

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA:

Presidente:	Cons. Luiz Carlos Sobania
Vice-Presidente:	Cons. Farid Sabbag
1º Secretário:	Cons. Nelson Egydio de Carvalho
2º Secretário:	Cons. José Antonio Maingué
Tesoureiro:	Cons. Maurizio Pedrazzani

CONSELHEIROS 83 a 88

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Frederico João Massignan*
Dr. Maurizio Pedrazzani
Dr. DUILTON de Paola
Dr. Natal Jatai de Camargo*
Dr. Carlos Alberto A. Boer
Dr. Ricardo Akel
Dr. Nelson Egydio de Carvalho
Dr. Joel Vieira Gonçalves
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Farid Sabbag
Dr. Eurípedes Ferreira
Dr. Safim Acras
Dr. Luiz Fernando Cajado de O.Braga
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Osvaldo Malafaia
Dr. José Antonio Maingué
Dr. Mário Budant de Araújo
Dr. Osmar Martins
Dr. Flavio Cini (AMP)
Dr. Ehrenfried O. Wittig

SUPLENTES

Dr. Octaviano Baptistini Júnior
Dr. João Nassif
Dr. Jackson Herrera
Dr. Nasir Jamil Bauab*
Dr. João Geraldo P. Mercer
Dr. Reginaldo Werneck Lopes
Dr. Antonio Leite Oliva Filho*
Dr. Edison Matos Novak
Dr. Hldefonso Amoêdo Canto
Dra. Lorete Maria da Silva Kotze
Dr. Sanito W. Rocha
Dr. Paulo Roberto Cruz Marquetti
Dr. Sérgio Todeschi
Dr. Sérgio Fonseca Tarlé
Dr. Lauro Del Valle Pizarro
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Milton Cesar Scaramuzza
Dr. Paulo Renato Sebrão*
Dr. José Francisco Schiavon (AMP)
Dr. Jurandir Marcondes Ribas Filho

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

* Licenciado

SUMÁRIO

Limitações de inviolabilidade do segredo Profissional do Médico	5
Suspensão das atividades profissionais por 30 dias	
Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente	11
Extinguu-se a carteira do INAMPS	
Qualquer pessoa pode consultar sem carteira	12
Crítérios de autoria e co-autoria em trabalhos científicos	13
Pagamento de taxa administrativa ao hospital	
Percentual dos Honorários do Anestesiista	17
Negação de Ingresso no e pelo corpo e o atendimento de Paciente	18
No interior, diretor clínico enfrenta situações difíceis	19
Jurista dá parecer sobre abertura obrigatória do corpo clínico	20
Franceses defendem eutanásia infantil	22
Bispo norte-americano apóla eutanásia a paciente em coma	23
Ignorância da lei pode não ser crime	24
O que fazer quando o Serviço de Assistência Social do INAMPS solicitar informações médicas ou o prontuário médico?	25
Uma lei Sarney para a saúde	26
Ética e decisões médicas éticas	28
Problemas Éticos no Transplante	36
Circuncisão é Ato Médico. É o Rabino?	42
Blefaropimentação io é um Ato Médico?	43
AIDS e Ética Médica	44
Segredo Médico Parecer	52
Novos Conselheiros	63
Delegados Eleitos	64
Solicitação de Testes de Gravidez na Admissão de Mulheres no Trabalho	65

CORPO EDITORIAL

Ehrenfried Wittig
Antonio L. Oliva Filho
Jackson Herrera

IMPRESSÃO

Composição e impressão
Comunicare

Tiragem 10.000 exemplares
Capa
Criação: José Oliva, Eduardo
Martins e Cesar Marchesini.
Fotografia: Bia

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente a opinião do CRM-Pr.

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", órgão oficial de divulgação do CRM-Pr, é enviado trimestralmente a todos os médicos inscritos neste Conselho, à Bibliotecas Universitárias, Conselhos e Associações Médicas do Brasil.

EDITORIAL

Completamos 5 anos de Conselho e edição dos "Arquivos do Conselho Regional do Paraná". Foram 19 números em 5 volumes. Editamos 1.349 páginas e utilizamos muitas horas de atividades. Acreditamos que tenham os "Arquivos" sido bastante úteis, pois em inúmeras oportunidades recebemos comentários favoráveis. Entendemos que devamos ter cometido alguns pecados neste nosso amadorismo de editores.

Procuramos notificar aos colegas o máximo de informações. Publicamos quase tudo aquilo que de mais imediato o colega precisaria, após tantos anos praticamente sem informações.

Encaminhamos os "Arquivos" a todos os Conselhos Regionais, bibliotecas universitárias e aos colegas do Paraná.

Esta é a única revista sobre ética, produzida com regularidade no país com uma tiragem de 10.000 exemplares e sem propaganda.

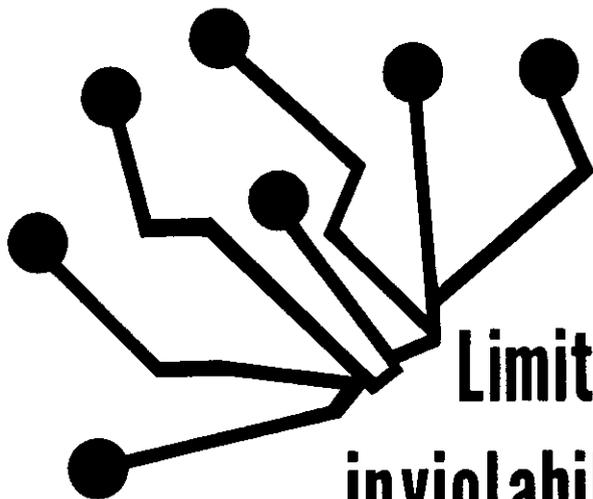
No início poucos a leram, mas cada vez mais a estão consultando. É uma revista bastante onerosa ao Conselho mas também bastante interessante para os colegas a consultarem. As dificuldades pelas quais passam o país e a nossa profissão, tem muito a ver com a ética. A falta de ética.

A participação direta com trabalhos tem sido pequena. Pouco se produz ainda sobre ética no país. Alguns nos ajudaram com sugestões e correções. A todos estes, nossos agradecimentos pela participação.

Este mês, ao encerrarmos nossa gestão, desejo expressar meus agradecimentos aos companheiros de Comissão de Divulgação, Conselheiros Antonio Oliva Filho e Jackson Herrera, que na medida de suas possibilidades nos ajudaram, como também aos demais Conselheiros e colegas que nos estimularam e nos permitiram esta realização.

Satisfeitos ficaremos realmente se cada vez mais os colegas consultarem os "Arquivos" e aprimorarem seus conhecimentos e sua formação ética.

Cons. Ehrenfried Wittig
Editor Responsável



Limitações de inviolabilidade do segredo profissional do médico

DEVE O MÉDICO OU HOSPITAL INFORMAR À POLÍCIA?

PROCESSO: 013/C/78 - PR. 3470/78

ASSUNTO: Limitações da inviolabilidade do segredo profissional do médico.

EMENTA: A inviolabilidade do segredo profissional, protegido pela Incriminação do art. 154 do Código Penal, não tem caráter absoluto, sendo descaracterizada quando a revelação do fato sigiloso tenha fundamento em justa causa ou no cumprimento de dever legal. Com relação à matéria, dentre outros igualmente constantes de lei, incumbe ao médico o dever de comunicar à autoridade competente o crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da profissão, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal (art. 66, do Decreto-lei nº 3.688/41). Dentro desses limites, os hospitais da rede oficial devem proporcionar à polícia judiciária os elementos de prova material de crimes de ação pública, constantes de seu atendimento e necessários à realização dos inquéritos policiais.

O Ministério da Previdência e Assistência Social propõe, ante a relevância da matéria, seja submetida à apreciação desta Consultoria Geral o Parecer C.JMPAS/Nº 019/78, constante do anexo Processo MPAS-948/78, no qual a Consultoria Jurídica daquele Ministério concluiu pela necessidade de absoluto resguardo do sigilo profissional, contemplado pelo artigo 154 do Código Penal, e pela consequente impossibilidade de acatamento, pelos hospitais oficiais, da requisição, por autoridade policial, de documentos contendo informações pertinentes ao atendimento médico dos clientes respectivos.

A controvérsia tem origem na inconformidade da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro com a determinação do INPS de recusar o fornecimento de "boletins de socorro" de pacientes atendidos na sua rede hospitalar, à Polícia Judiciária e, de modo específico, ao Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto, para fins de instrução de inquéritos policiais ou processos criminais, reservando-se a dar acolhida apenas às exigências, nesse sentido, advindas da autoridade judiciária.

A orientação do INPS obtivera o beneplácito do ilustre titular da Consultoria Jurídica do MPAS, Doutor Inocêncio Coelho, que, com sua reconhecida mestria jurídica, sustentara:

"De aparência simples, é extremamente complexa a questão versada neste processo, por que envolve toda uma discussão, que se projeta para fora dos quadrantes estritamente jurídicos sobre os limites do segredo profissional.

Deixando de lado as discussões doutrinárias que, no caso, não ajudam a resolver os problemas surgidos, convém fixar alguns pontos que, uma vez definidos, possibilitarão um correto enquadramento da questão:

a) a violação de segredo profissional, em princípio, constitui crime contra a liberdade individual, definido no artigo 154 do Código Penal;

b) a violação de sigilo funcional, i.e., a revelação de fato de que se tem ciência em razão do exercício de cargo público, está capitulada entre os crimes praticados por funcionário público contra a administração em geral, com definição precisa no artigo 365 do CP;

c) enquanto na primeira hipótese a lei penal protege a esfera de segredo de indivíduo, na segunda o objeto da tutela jurídica é o interesse em manter segredo sobre fatos relacionados com a administração pública;

d) no campo processual, a matéria também está regulada, merecendo destaque o artigo 405, item II, do Código de Processo Civil e o artigo 207 do Código de Processo Penal, que exigem a testemunha de depor sobre fatos e cujo respeito, deva guardar segredo, em razão da função, ministério, ofício ou profissão;

e) em todas essas hipóteses, entretanto, o dever do sigilo não é absoluto, pois há outros deveres que o superam, como na hipótese do artigo 289 do Código Penal, que considera crime deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória.

Diante do conflito que é meramente aparente, entre as normas que impõem o dever do sigilo e aquelas que obrigam à revelação do segredo, ensina NELSON HUNGRIA que deve o Juiz balancear os interesses em conflito a ter amplo arbítrio pra aferir da necessidade de punição (**Comentários ao Código Penal**), Rio, Forense, 1958, vol. VI, pág. 288).

No caso em espécie, armou-se esse conflito aparente entre o interesse da investigação policial, defendido pelo Delegado-Assistente do 42º DP de São Paulo (fls. 11), e o da preservação do sigilo profissional, resguardado pelo Diretor do Hospital Ipiranga (fls. 3).

Essa doutrina veio a ser confirmada no Parecer C.JMPAS/Nº 019/78, onde se acresce pertinente esclarecimento para a sua fundamentação:

"A norma do INPS pretende a preservação da intimidade do paciente através da discricionariedade médica. O aludido "Boletim de Socorro", objeto da solicitação, é, na verdade, o Boletim de Emergência ou o Boletim de Atendimento, formulários criados pela Orientação de Serviço nº SAM-399.67, de 03.10.75, com o escopo de agilizar a prestação de serviços urgentes a usuários da Previdência em situação afiliva. Ambos os documentos tratam fielmente o quadro clínico do paciente, integrando posteriormente o seu prontuário. Além da qualificação do segurado, preenche o médico os campos destinados aos itens tratamento, diagnóstico provável e definitivo, exames complementares, dados clínicos e destino. Essas informações, como se infere, são extremamente reservadas, conhecidas pelo clínico em caráter sigiloso e intensas à divulgação. E, não havendo tal reserva, poder-se-ia considerar o fato enquadrado nas penas do artigo 154 do Código Penal."

Promovida, em razão da matéria, a audiência da douta Consultoria Jurídica do Ministério da Justiça, esta se manifestou concorde com o entendimento do órgão jurídico do Ministério da Previdência e Assistência Social, tendo afirmado o seu eminente titular, Ronaldo Rebello de Brito Poletti:

"Não obstante a relevância da Polícia Judiciária no procedimento atinente ao inquérito policial, a sua competência para a coleta de provas não vai a ponto de compelir quem deva guardar segredo profissional a violá-lo em benefício da perseguição criminal. Farta a doutrina e copiosa a jurisprudência, no sentido de valorar o interesse da sociedade na proteção do segredo profissional acima daquele dirigido para a apuração da responsabilidade

penal. Essa escala axiológica poderá, talvez, ser alterada, mas sempre a critério da autoridade judicial, nunca policial, e mesmo assim, quando em relação a prova documental, porque no atinente a depoimento, somente nos termos da lei do processo (art. 207, C.P.C.)."

II

O problema jurídico-penal a ser equacionado para a solução da controvérsia se situa, definitivamente, no campo de aplicabilidade do artigo 154 do Código Penal, estando em causa a tutela da liberdade individual, representada na inviolabilidade de segredo, emergente do relacionamento que, circunstancial e necessariamente, se estabelece entre o médico e o cliente cujo interesse na preservação da sigilidade do fato busca a lei penal, primordialmente, proteger. Decerto, a responsabilidade do profissional tem réplica em igual responsabilidade de quantos, como auxiliares, tenham tido acesso ao conhecimento do fato sigiloso pela participação no processo de atendimento, mas não se segue daí, pela razão de serem todos funcionários públicos, a deslocação do pressuposto factual para a tipicidade da violação de sigilo funcional, posto no artigo 325 do Código Penal, como crime contra a Administração Pública, onde aparecem protegidos bens e interesses diretamente vinculados às atividades do Estado, que não os voltados ao resguardo das confidências pessoais, não administrativas. Parece, portanto, correto que o argumento se faça à luz desse entendimento.

Sem dúvida, o médico está sujeito, sob pena de responsabilidade criminal e de ofensa a mandamento de ética profissional, a guardar o segredo de que venha a ter conhecimento nas relações com as pessoas, por via de atendimento decorrente do seu mister, tal como resulta configurado no Código Penal, dentre os crimes contra a liberdade individual, sob a tipicidade de violação do segredo profissional. **In verbis:**

"Art. 154 - Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa, de um cruzeiro a dez cruzeiros. Parágrafo único - Somente se procede mediante representação."

A Incriminação da lei penal, assim dispondo, está a proteger a inviolabilidade de segredo, consistente em fato, notícia ou informação, cuja revelação ou publicação possa causar dano a interesses individuais ou coletivos. Configura-se, o crime, necessariamente doloso, pela divulgação de segredo, em relação ao qual há interesse e vontade do titular em manter resguardo, e de que o agente tenha tido conhecimento em razão, direta e essencial, de função, ministério ou profissão, condicionante do acesso ao fato reservado ou à situação íntima. O bem jurídico primordialmente protegido é a liberdade individual, em face da necessária manifestação, a outrem, de fatos atinentes à esfera de reserva pessoal, que só são dados a conhecer pelo ofício de quem os recebe. (cfr. Aníbal Bruno, "Direito Penal - Parte Especial" IV^o, págs. 424 e segs.; Helene Cláudio Fragoso, "Lições de Direito Penal" - Parte Especial VI, págs. 270 e segs.; Nelson Hungria, "Comentários ao Código Penal", VI págs. 228 e segs., Magalhães Noronha, "Direito Penal", II/277; Florian "Tratado de D.P.", II/490; Allmenra, "Princípios D.P.", II/843).

A sanção penal tem por implícito um dever de conduta, cuja relevância nem é preciso salientar, bastando a inflicção de uma pena ao seu descumprimento para que se tenha a evidência do dano social que acarreta. No entanto, esse dever de resguardar a inviolabilidade dos segredos, nos termos em que incumbe aos que tenham sido confidentes necessários, enquanto e em razão do exercício de profissão ou outros encargos, não se reveste, no entanto, de caráter absoluto, pois a própria lei penal tipificadora retira de sob o modelo configurativo do crime a revelação dos mesmos fatos, ainda que impressos de sigilidade, quando tal manifestação esteja motivada em **justa causa**, posto que só em falta desta é que se verifica a antijuridicidade penal da ação descrita no texto. Com efeito, diz Florian, dolo só haveria, nesse crime, se há "a consciência de que a divulgação ocorra **sem justa causa**" (cfr. ob. cit., pág. 499).

A esse respeito, preleciona o mestre Nelson Hungria:

"O dever de sigilo profissional não é absoluto. Depara toda uma série de exceções declaradas na lei, explícita ou implícitamente, ou impostas pela necessidade de defesa ou salvaguarda de interesses mais relevantes. Há deveres jurídicos que superam o dever do sigilo, do mesmo modo que há interesses jurídicos ou de alta importância moral com primazia sobre o direito ao segredo. Em tais casos, a violação deste funda-se em **justa causa**, excluída a ilicitude penal." (Ob. cit. pág. 246).

Anota Anibal Bruno que, "na doutrina e na legislação mais recente, manifesta-se a tendência a ampliar o conceito de justa causa, nele admitindo a influência de interesse de ordem social ou moral que justificariam a quebra do dever de silêncio no segredo profissional" (Ob. cit.), o que significa a ponderação de bens jurídicos em confronto, e o sacrifício de interesses individuais, ainda que protegidos penalmente por sua relevância, em favor da supremacia de bens maiores de interesse geral.

Magalhães Noronha conceitua a justa causa como decorrente do estado da necessidade, fundamento da exclusão da criminalidade, asserindo:

"Em regra, a justa causa funda-se na existência do estado de necessidade; é a colisão de dois interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro; no caso, a inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem-interesse. Há, pois, objetividades jurídicas que a ela preferem, donde não ser absoluto o dever do silêncio ou sigilo profissional."

Após enumerar várias circunstâncias em que o médico se veria justificado e isento de crime ao divulgar o segredo profissional, aborda a situação em que tal conduta acarrete procedimento criminal.

"O problema da justa causa torna-se mais complexo, quando a revelação profissional pode acarretar processo e pena para o confidante. Manzini não tergiversa em dizer que o advogado que revela a confissão que lhe faz o cliente, de ter sido o autor de crime de que outrem é acusado, não incorre na sanção penal, pois um inocente não pode ser sacrificado à impunidade de um criminoso,

.....
A nosso ver, justa causa sempre haverá quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si ou para outrem. Não basta dizer que não existe dever de denunciar. Resta saber se deve ser punido quem usar da faculdade de fazê-lo, pois, é certo que o § 3º do art. 4º do Código de Processo Penal autoriza qualquer do povo a levar a notícia criminis à autoridade policial, nos delitos de ação pública". (Ob. cit., pág. 233-236).

O próprio Código de Ética Médica, aprovado pela corporação profissional, nos termos do artigo 30 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 (D.O. VII, de 11.01.1965), estabelece a permissibilidade ou a obrigatoriedade do dever do sigilo em diversos casos relacionados à denunciação de crimes, como, por exemplo, "quando se tratar de fato delituoso previsto em lei e a gravidade de suas consequências sobre terceiros crite para o médico o imperativo da consciência para revelá-lo à autoridade competente" (art. 37, "c"), ou, obrigatoriamente, "nos casos de crime, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado não se apresentar à Justiça apesar dos conselhos e solicitações do médico" (art. 38, "f").

Em tais hipóteses, o juízo sobre a ocorrência da justa causa, excludente da antijuridicidade da revelação de segredo profissional e portanto de crime, tem suporte em critérios ético-sociais. A quebra de sigilo, então, de que o profissional é confidante necessário, não resulta de imposição legal, mas representa uma faculdade, cujo exercício repercutindo sobre a situação do cliente, até mesmo implicando o seu envolvimento, importa na relegação da inviolabilidade dos fatos íntimos. Neste caso, é que caberá balancear os interesses em conflito, a saber, diante das circunstâncias, se os motivos que impulsionam à divulgação são de tal relevância ético-social a ponto de prevalecer sobre o bem jurídico da preservação de segredo penalmente protegido, a teor de justa causa desfigurante da tipicidade criminal.

III

Entretanto, com relação ao segredo profissional do médico, o próprio ordenamento jurídico se incumbem de excepcionar, em casos típicos, o dever de sigilo, circunscrevendo, por exclusão, o campo de incidência em que a inviolabilidade seja a norma. Com efeito, aí se configuram deveres legais que, instituídos em normas específicas, se sobrepõem ao genérico dever de sigiliosidade dos fatos de que o médico tem conhecimento no exercício da profissão, e que, não apenas o excusa se os revelar, posto que o obriga à revelação.

Considera-se, em geral, que a obrigação específica, instituída em lei, de denunciação de tais ou quais fatos de que se tem ciência pelo exercício da profissão, consubstancia, à evidência, a hipótese de justa causa a eximir de crime, como se vê, exemplarmente, em Allmena:

"La causa é giusta quando trovi fundamento in una specifica disposizione di legge (e questa à la giusta causa in senso tecnico), o nei principi generali del diritto. In un caso e nell'altro, il documento non è ingiusto; e, quindi, dal punto di vista giuridico non é documento." (ob. cit., pág. 853),

ou, na afirmação de Florian:

"In primo luogo giusta causa è quella preveduta nella legge. (omissis).

... insomma, sempre quando se trovi dinanzi all'adempimento d'un dovere giuridico, il delitto cessa pel venir meno dell'antigiuridicità" (ob. cit., págs. 497-498).

Na verdade, como parece, a existência de dever legal, embora revista as conotações de justa causa, tem notas próprias, distintas e específicas, que lhe atribuiriam valor de excludente da criminalidade, mesmo que não houvesse a ressalva textual do artigo 154 (cfr. art. 1º, III, do Código Penal).

Cumpra considerar que os médicos estão, portanto, não somente escusados quando revelam fatos sigilosos, no estrito cumprimento de dever legal, como a isso estão obrigados sem que se possa vislumbrar a configuração do crime de violação do segredo profissional. Configurase-á, sim, crime ou contravenção, se a tal obrigação subtrair-se preenchendo os elementos tipificadores deste ou daquele modelo normativo.

Assim é que o próprio Código Penal, aliás apenando-o mais gravemente do que o de violação de segredo e não fazendo depender de representação o respectivo procedimento penal, considera crime "deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória" (art. 269), o que significa a obrigatoriedade de o profissional fazê-lo, independente da consideração do interesse de sigilo, sob pena de responsabilidade.

Por outro lado, com maior amplitude de incidência, inclusive para o devido equacionamento da controvérsia, embora ao de simples contravenção penal, o Decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, (Lei das Contravenções Penais), dispõe, **in verbis**:

"Art. 66 - Deixar de comunicar à autoridade competente:

.....
II - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal.

Pena - multa, de trinta centavos a três cruzados".

A caracterização contravençional dessa conduta omissiva deixa patente a positividade do dever legal, de cuja transgressão resulta a responsabilidade e a pena acima mencionadas.

Do sentido e da missão desse preceito, no ordenamento jurídico, fala com proficiência e exatidão jurídica o eminente José Duarte:

"O objeto específico de tutela penal é o interesse público da repressão da delinquência, isto é, a descoberta e a punição dos delitos. Na luta contra o crime, que se cerca de todos as garantias para escapar à repressão, o Estado não pode prescindir de um meio ao seu alcance, a bem da defesa social. É dever fornecer à autoridade, no devido tempo, os elementos ou informações que sejam necessários à ação policial ou judiciária. O **dever moral de cooperar na repressão, tornou-se, assim, dever legal**. A omissão, que é abstenção, importa em fato contra a lei, que compromete o sistema repressivo.

"Esse dever, como observa Manzini, não se concebe como uma prestação de serviço judiciário, na sua atividade peculiar, como uma prestação de serviço judiciário, na sua atividade peculiar, como na hipótese de perícia, testemunho, etc., mas um dever particular **para com a polícia judiciária**, consistente na obrigação de **denúncia profissional**, atribuída a determinada categoria de profissões vigiadas pelo Estado. (In "Comentários à Lei de Contravenções Penais", págs. 584 e segs.).

Diante do texto legal, a fim de que ocorra a obrigatoriedade de comunicação do fato à autoridade, sob pena de contravenção, será necessário ocorram os seguintes requisitos:

a) que o fato, ainda que sob o aspecto indiciário ou material, de que o médico tem conhecimento, por ocasião e em razão de sua atividade profissional, seja indicativo da hipótese de crime de ação pública, cujo procedimento independa de representação;

b) que o fato, a ser comunicado, não exponha o cliente a procedimento criminal, isto é, ordinariamente, que o crime seja contra a pessoa deste, com o que, aliás, fica resguardado o segredo profissional com relação ao seu titular, que é o mesmo cliente, pois, como diz Nelson Hungria, na obra citada, "também não padece dúvida que o segredo é devido pelo médico ao seu cliente, e não ao seu algoz" (cfr. também José Duarte, ob. e loc. cit., e Sady Cardoso de Gusmão, "Das Contravenções Penais", págs. 258 e segs.).

O último autor, em referência, ainda traz, ao propósito, oportunos esclarecimentos:

"Mesmo quando esteja o fato ligado a outro, sujeito à ação privada ou dependente de representação, deverá o médico fazer a comunicação, embora omita aqueles fatos, como no caso de homicídio por causa de adultério, eis que a comunicação quanto ao homicídio é obrigatória. É necessário que o fato criminoso tenha expressão precisa, ou seja, manifesto, muito embora ignore o médico, a parteira, ou outro agente dos considerados na lei, as circunstâncias, quem seja seu autor, etc.

.....
É indispensável, também, que o crime de que se trata tenha relações com o chamado ou a intervenção respectiva, não estando o médico obrigado a comunicar a prática de roubo, furto ou outro delito não relacionado com o motivo de saúde, enfermidade ou lesão corporal que originou o chamado. Todavia, não se limita o preceito a crimes contra a pessoa, podendo estender-se ao de cárcere privado e outros". (Gusmão, ob. e loc. cit.).

IV

Daí, o fornecimento de dados de natureza médico-legal, obtidos de pacientes atendidos pela rede hospitalar do INPS, à polícia judiciária do Estado, para virem a constituir elementos

indeclináveis de inquéritos policiais para a apuração de crime de ação pública, não infringindo a inviolabilidade do segredo profissional, posto que antes se comporta no campo do dever legal, subtraído às normas de proteção do sigilo, dever consistente em comunicar à autoridade competente o fato incriminador. Se o objeto dessa obrigação é o fato configurativo de crime, fato é, o evento em todas as circunstâncias conhecidas, af se inclui, a fortiori, o oferecimento de constatações ou elementos materiais que, por sua natureza, façam supor ou constituam indícios de fato criminoso.

Considera-se, por outro lado, que incumbe à polícia judiciária, mediante a instauração do inquérito policial, "a apuração das infrações penais e de sua autoria", cabendo-lhe, entre outras diligências, "colher todas as provas que servirem para o esclarecimento do fato e suas circunstâncias", e determinar, se for o caso, que se proceda a exame de corpo de delito e quaisquer outras perícias", dado probatório que, constituído, de modo direto ou indireto, é tido por indispensável" quando a infração deixar vestígios" (arts. 4º, 6º, III e VII, e 158 do Código de Processo Penal). Ora, as informações pretendidas sobre determinados atendimentos médicos estão necessariamente proporcionados à constituição desses fatores do inquérito policial, momento essencial, de ordem pública e de interesse fundamental do Estado, na repressão ao crime.

Ademais, sem prejuízo do valor jurídico próprio da função inquisitória, há crimes, com os do artigo 121, § 3º, e 129, § 6º, do Código Penal, sujeitos ao processo sumário instituído nos artigos 531 a 536 do Código de Processo Penal (Lei nº 4.611, de 2 de abril de 1965), em relação aos quais o contraditório se estabelece desde a fase policial. Descabe, então, razão maior em prostrar o oferecimento dos dados probatórios indispensáveis às legítimas e competentes diligências do inquérito policial.

Sem dúvida, portanto, a polícia judiciária é a autoridade competente para receber as informações que são legalmente devidas pelo médico, quando conheçam, no exercício da profissão, fatos constitutivos de crime. Esse dever de colaboração com o exercício do poder punitivo do Estado em relação aos delitos, no resguardo das condições indeclináveis da convivência social, se mostra ainda mais peremptório quando posto em face de um corpo médico, constituído de funcionários públicos, a serviço de rede hospitalar oficial, tendo mesmo em vista que a infração contravenção enfocada se cataloga dentre aquelas contra a Administração Pública.

Em face disso, impõe-se sejam prontamente organizadas as pautas de serviço que propiciam o exato e pronto atendimento, pelos hospitais oficiais, das informações reclamadas pela polícia judiciária, no exercício de sua competência legal de apuração das infrações penais, observados os seguintes pressupostos:

- a) que os fatos a que se reporta as informações ou dados probatórios sejam configurativos de crimes de ação pública, cuja prossecução penal independa de representação;
- b) que os fatos transmitidos não importem, por si, na sujeição do cliente a procedimento criminal, ressalvados, no entanto, os casos de concurso ou conexão de crimes já em curso de procedimento criminal, ou ainda, o consentimento expresso do cliente;
- c) que os dados postos à disposição se limitem às constatações sobre os componentes da materialidade das infrações, se envolver os elementos excedentes dessa verificação e, muito menos, os que importem em declarações testemunhais, sendo conveniente que, para isso, se organizem folhas ou boletins especiais.

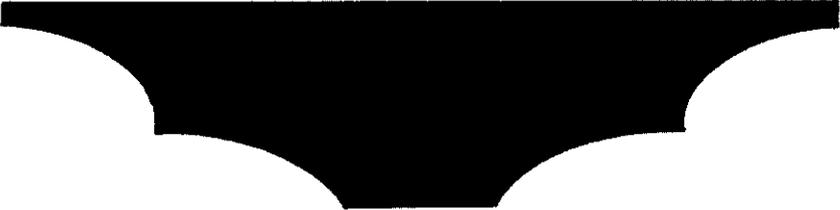
Essa praxe corresponde, parece, às instâncias da autoridade policial, instituindo um mecanismo da colaboração conforme às pautas legais. A necessária observância dessa conduta não exclui a sujeição às oportunas requisições de documentos pertinentes aos serviços de atendimento, independente de restrições, quando decretadas pela autoridade judicial (art. 234 do CPP); nem prejudica a responsabilidade e a conduta autônoma do profissional, na resolução de situações sigilosas definitivamente excedentes desse quadro, de acordo com a consciência e os preceitos da ética médica.

Brasília, 27 de setembro de 1978

Lutz Rafael Mayer
Consultor-Geral da República



*Suspensão das atividades
profissionais por 30 dias
atestar óbito quando
não o tenha
verificado pessoalmente*



O Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268/57, regulamentada pelo Decreto 44.045/58, nos termos do acórdão exarado em 7 de abril de 1988, no Processo Ético Profissional nº 88/87, transitado em julgado em 16 de maio de 1988, **APLICA A PENA DISCIPLINAR DE SUSPENSÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL POR TRINTA (30) DIAS**, nos termos da letra "d" do art. 22 da Lei 3.268/57, ao médico **ÁLVARO DE OLIVEIRA DUARTE** (CRM/PA nº 1556), **POR RESULTAR PROVADO HAVER INFRINGIDO o art. 114 do Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 1248/88, que veda ao médico "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 NECRÓPSIA MÉDICO-LEGAL".**

Belém, 14 de junho de 1988

(a.)Dr. Cláudio José Dias Klautau
Presidente

(a.)Dr. José João Soares Neiva Neto
1º Secretário

(T. nº 11380, Reg. nº 29615, dia 20/06/88)



Extinguiu-se a carteira do INAMPS Qualquer pessoa pode consultar sem carteira

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
RESOLUÇÃO Nº 33/88

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições conferidas pela cláusula quarta, sub-cláusula terceira do convênio firmado com o Governo Federal, para implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, considerando o que estabelece a cláusula décima primeira, sub-cláusula primeira e segunda, do Convênio SUDS,

considerando o contido na Capítulo II, cláusula 2ª, alínea "a", do Convênio SUDS,

considerando, ainda, a necessidade de integração das ações de gerência do SUDS,

R E S O L V E

Determinar que as unidades próprias, contratadas e conveniadas, integrantes do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, **atendam a toda população indistintamente**, prestando-se assim, assistência igualitária a todos os usuários do sistema de Saúde.

Determinar por conseguinte, a extinção da Carteira de Beneficiário, emitida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, como instrumento de acesso aos serviços de saúde vinculados à Previdência Social, no Estado do Paraná.

Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 07 de julho de 1988.

(a.) **ÁLVARO DIAS,**
GOVERNADOR DO ESTADO

(a.) **DELICINO TAVARES DA SILVA,**
SECRETÁRIO DE ESTADO



Crêterios de autoria e co-autoria em trabalhos cientificos



Marlo R. MONTENEGRO (1) & Venâncio A. Ferreira ALVES (2)

Cada vez que consultamos uma revista cientfica, especialmente aquelas voltadas à ciência médica, deparamos com trabalhos apresentados por numerosos autores. Aliás, este problema   internacional e já existem na literatura recente vários artigos abordando o assunto^{2,3,4,5}. Nós, sendo patologistas e envolvidos em pesquisa, somos solicitados a participar de trabalhos das mais variadas especialidades e freqüentemente nos vemos na contingência de decidir quem deve ser incluído na lista de autores e qual a ordem em que seus nomes deverão ser nela dispostos. Por outro lado, participando do Conselho Editorial de algumas revistas, temos nos surpreendido com a dificuldade em identificar o papel desempenhado pelos diferentes co-autores de um artigo que devemos analisar.

De nossas discussões emergiu uma série de critérios que na sua maioria estão de acordo com proposi es semelhantes encontradas na literatura^{2,3,4,5} e que consideramos oportuno divulgar.

A maioria dos trabalhos publicados em nossa área pode ser descrita como objetivando resumir e criticar os conhecimentos a respeito de um tema, descrever um fato, um fen meno ou uma técnica, descrever um conjunto de fatos ou fen menos e eventualmente classificá-los, descrever a evolu o temporal de um evento, comparar

(1) Professor de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, CEP 18600 Botucatu, São Paulo, Brasil.

(2) Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Instituto Adolfo Lutz da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 355, CEP 01246 São Paulo, SP., Brasil.

diferentes aspectos de um fenômeno pouco conhecido ou pouco freqüente ou ainda testar hipóteses que tenham sido geradas a partir da observação dos fatos e de sua correlação com o conhecimento anterior.

Cada um destes modelos pressupõe o esforço de mais de uma pessoa e nossa intenção é a de discutir normas que permitam definir quais delas deverão ser incluídas na lista de co-autores por ocasião de uma publicação.

Um trabalho, qualquer que seja sua natureza, terá um indivíduo que o idealizou, que definiu seus objetivos, que decidiu qual o material a ser estudado e qual o método a ser empregado e que também, em geral, é o responsável pela análise final dos resultados obtidos. Esta pessoa nem sempre domina tecnicamente muitos ou todos os métodos utilizados no trabalho; deverá, porém, ser a autora principal e seu nome deverá figurar como o primeiro da lista de autores.

Quanto aos demais colaboradores, um deles pode ser facilmente caracterizado. Trata-se de alguém bastante experiente que é consultado nas diferentes fases de elaboração do trabalho e especialmente no seu delineamento, nas discussões sobre a interpretação dos resultados e na revisão final do manuscrito. Esta pessoa que poderia ser denominada de "orientador" ou de "guru" do grupo poderá ou não figurar entre os autores; quando o faz lhe é tradicionalmente reservado o último lugar na lista dos autores. Quando não entrar no trabalho, sua colaboração, imprescindível, deve ser registrada nos agradecimentos. A decisão sobre sua inclusão ou não deverá ser tomada em discussão franca entre os diferentes colaboradores e seu nome só poderá ser incluído com a sua anuência.

Um dos abusos cometidos com freqüência é o da inclusão, como último autor, do chefe do grupo, tenha ele participado ou não do trabalho. Isto é feito com dois objetivos, ambos reprováveis: agradar o chefe ou usar o seu nome e prestígio para valorizar o trabalho.

Por outro lado, há chefes que fazem questão de que seu nome seja incluído em todos os trabalhos de seu grupo. Não é necessário enfatizar o absurdo desta posição que por si define um baixo nível ético que certamente se reflete na seriedade com que o trabalho foi realizado e até põe em dúvida seus resultados.

Quanto aos outros co-autores, vários critérios poderão ser adotados, como por exemplo, a ordem de importância de sua contribuição ou a ordem alfabética. Aliás, esta última solução tem sido adotada quando se trata de trabalhos que reflitam decisões de grupos de estudo ou comitês, relatórios de mesas redondas, simpósios, etc.

Outro abuso, freqüente, é o de incluir como co-autor, por "cortesia" amigos ou colegas. Esta política cria um sistema imoral de troca de favores e permite que pessoas totalmente desligadas do assunto sejam, até sem o saber, incluídas como co-autores. Neste ponto, parece-nos útil lembrar que o fato de ter o nome listado entre os autores de determinado trabalho se, de um lado, pode enriquecer o currículo de um profissional, de outra parte, quando se caracterizam falhas no estudo, pode lançar dúvidas ou mesmo denegrir todo um passado de atividades.

Recentemente 47 eminentes co-autores de trabalhos realizados por um célebre falsário, J.Darsee, foram chamados a explicar sua participação nas falsificações e tiveram sua reputação atingida, pois foi demonstrado que ao aceitar a co-autoria, não tinham analisado com profundidade os trabalhos, co-honestando assim a divulgação da fraude¹.

É necessário entender que a inclusão como co-autor de um artigo pressupõe envolvimento importante na sua realização, conhecimento de seu conteúdo e participação na sua redação. Por outras palavras, o co-autor é corresponsável pelo trabalho e responde por ele.

Adota a premissa de que os co-autores são corresponsáveis pelo trabalho, fica mais fácil identificar quais dos colaboradores devem ser incluídos como co-autores. Para fazê-lo, é necessário que se defina qual o tipo de participação dos vários colaboradores e mais uma vez, por consenso, decidir como incluir cada um deles.

Este assunto vem sendo cada vez mais debatido e já se constituiu em manifestação oficial do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE)⁵. Está publicação foi favoravelmente comentada pelo Lancet³ e, em artigo de HUTH⁴ que aborda o tema em um conjunto de artigos sobre "fraude em ciências médicas", publicado no Annals of Internal Medicine. No Brasil, foi há poucos meses abordado por D'ASSUMPÇÃO², em carta aos Editores da Revista da Associação Médica Brasileira.

As recomendações do ICMJE são bastante claras e na nossa opinião deveriam ser incorporadas à política editorial das revistas médicas nacionais.

É nesse sentido que a seguir traduziremos algumas das suas recomendações.

Cada autor deve ter participado suficientemente do trabalho para poder assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo (o grifo é nosso). Sua participação deve incluir: a) concepção ou delineamento ou ainda análise e interpretação dos dados, ou ambos; b) redação do manuscrito ou sua revisão quando inclua crítica intelectual importante de seu conteúdo; c) aprovação final da versão a ser publicada. **A simples participação na coleta de dados não justifica autoria** (o grifo é nosso).

Todos os elementos de um artigo (a, b e c acima) devem ser atribuíveis a pelo menos um autor.

Em um trabalho de grupo (coletivo) a autoria deve especificar as pessoas-chave responsáveis pelo artigo; os outros colaboradores devem ser reconhecidos separadamente.

Os Editores podem requerer dos autores que justifiquem sua inclusão na autoria do trabalho (o grifo é nosso).

Em um lugar apropriado do trabalho (página frontal, rodapé ou apêndice ao texto, de acordo com o periódico) uma ou mais declarações devem especificar: a) contribuições que merecem reconhecimento mais não justifiquem autoria; b) reconhecimento de auxílio técnico; c) reconhecimento de auxílio financeiro ou material, e d) explicação sobre auxílios financeiros que possam causar conflitos de interesse.

Pessoas que tenham contribuído intelectualmente para os artigos cuja participação não justifique autoria devem ser referidas e sua colaboração descrita como, por exemplo, "orientação", "revisão crítica", "coleta de dados", "participação em inquérito clínico". Estas pessoas precisam dar permissão antes de ser assim citadas.

O auxílio técnico deve ser agradecido em um parágrafo separado. Auxílio materiais ou financeiros de qualquer fonte devem ser também especificados.

Ao comentar estas "Guidelines on Authorship" do ICMJE, o editorial do "Lancet"³ diz que espera que estas recomendações sobre autoria "façam alguma coisa para limitar a tendência à inflação em número de autores como também, pela sua ênfase na responsabilidade, seja um obstáculo aos Münchausens da Medicina". Continua dizendo que as recomendações "levam em conta não só os que estão incluídos e não deveriam estar, como também aqueles que estão ausentes, mas deveriam estar presentes".

HUTH, por outro lado, aborda o tema sob o ponto de vista da ética, fala de "autoria injustificada" e diz que o abuso na autoria raramente interfere com a eficiência da ciência ou reduz suas fontes, porém, corrói a ética e a honestidade. Como remédios ele recomenda, como faz o ICMEJ, que os periódicos solicitem "a exata contribuição de cada um dos co-autores de forma a justificar a co-autoria". Cita ainda uma exigência do *Annals of Internal Medicine*, revista em que, para que o trabalho seja aceito, "cada autor deve afirmar que leu a versão final do trabalho e concorda com a sua publicação".

D'ASSUMPÇÃO² chama a atenção para vários dos tópicos já comentados e acrescenta sua preocupação com as conseqüências que a co-autoria irresponsável possa vir a ter sobre a avaliação de pesquisadores. Comenta que, em algumas instituições, a co-autoria começa a não ser considerada nas avaliações, com evidente prejuízo para os co-participantes legítimos. Este ponto de vista é compartilhado por outros⁶ que chegam a afirmar que trabalhos com múltiplos autores são, freqüentemente, revisados de forma incompleta, perdendo portanto em qualidade, o que acaba justificando a tendência de desvalorizá-los.

Ao divulgar nossa preocupação com este tema, nosso objetivo principal é de que seja ele debatido em nosso meio e sirva de estímulo para que nossas revistas introduzam em seus critérios de aceitação de trabalhos as normas que vêm sendo propostas a nível internacional. Acreditamos, firmemente, que estes cuidados facilitarão, inclusive o julgamento de memoriais nos concursos universitários, podendo valorizar mais as **participações efetivas em trabalhos de qualidade** e menos a simples quantidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CULLITON, B.J. - Integrity of research papers questioned. **Science**, **235**: 422-423, 1987.
2. D'ASSUMPÇÃO, E.A. - A ética da co-autoria. **Rev. Ass. méd. bras.**, **32**: 183-184, 1986.
3. EDITORIAL Consensus on authorship and other matters. **Lancet**, **2**: 595, 1985.
4. HUTH, E.J. - Irresponsible authorship and wasteful publication. **Ann. intern. Med.**, **104**: 257-259, 1985.
5. INTERNATIONAL Committee of Medical Journal Editors Guidelines on Authorship. **Brit. med. J.**, **291**: 722-724, 1985.
6. PETERSDORF, R.G. - The pathogenesis of fraud in medical science. **Ann. intern. Med.**, **104**: 252-254, 1985.

Transcrito da Rev. Inst. Med.
Trop. São Paulo 29(4):
191-193, 1987.

Pagamento de Taxa Administrativa ao Hospital Percentual dos Honorários do Anestesista

PARECER CRM-PR Nº 068/87

A Sociedade Paranaense de Anestesiologia formula consulta a este CRM, indagando primeiramente, quanto a eticidade do médico **ceder percentual** de seus honorários, à título e pagamento de taxa administrativa ao hospital onde exerce sua atividade.

Ora, os hospitais, quer visem lucros ou filantrópicos, evidentemente necessitam compor, como qualquer outra empresa, receitas e despesas. Dentro deste parâmetro, é lógico se concluir que suportam gastos consideráveis com serviços de administração, sendo portanto ilícito exigirem dos médicos que usufruem de suas infra-estruturas, colaboração com as despesas pertinentes.

Assim, não vemos qualquer ofensa à ética, a pretensão dos hospitais na cobrança de taxas de administração, desde que os profissionais que usam suas instalações, recebem seus honorários através das secretarias respectivas, obrigando as entidades, por este motivo, a manterem pessoal compatível ao atendimento, valendo ressaltar que dispendem outros gastos necessários ao desenvolvimento dos serviços.

Todavia, embora tal contribuição seja pertinente, não há que se aceitar que seja descontada, dos honorários devidos aos médicos, posto que, o correto, seria que estes, após receberem integralmente seus ganhos, pagassem pelo uso dos serviços dos hospitais, a taxa previamente acordada.

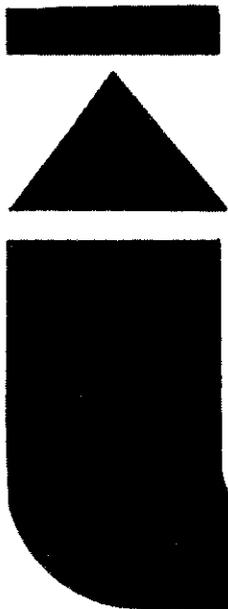
E o meu parecer.

Curitiba, 16 de outubro de 1984.

ANTONIO CELSO C. DE ALBUQUERQUE
Assessor Jurídico

Aprovado em Sessão Plenária
em 01.06.87

Nota: A respeito do assunto veja "Arquivos" nº 6.



NEGAÇÃO DE INGRESSO NO E PELO CORPO CLÍNICO E O ATENDIMENTO DE PACIENTE

PARECER CRM Nº 89/87

Atendendo consulta formulada pelo Dr. Guilherme Westphal Kirchner, de como deve proceder frente a negação pelo corpo clínico do Hospital Dr. Paulo Fortes, de seu ingresso no corpo clínico do referido Hospital, tem o CRM/PR o seguinte parecer:

CONSIDERANDO-SE:

- I. Ser o Hospital e Maternidade Dr. Paulo Fortes o único nosocômio da localidade;
- II. A Resolução CFM 1231/86,* que dispõe: "1º) Que a todo médico é assegurado o direito de internar e assistir **seus pacientes** em hospital público ou privado ainda que não faça parte de seu corpo clínico, ficando sujeitos nesta situação, o médico e o paciente às normas administrativas e técnicas do hospital; 2º) Que o regimento interno do corpo clínico dos hospitais deverá prever explicitamente que o médico não integrante de seu corpo clínico possa promover as internações necessárias nestes estabelecimentos hospitalares".

CONCLUIU-SE:

Que a internação no Hospital e Maternidade Dr. Paulo Fortes, de seus pacientes oriundos da clínica privada, sob sua assistência e responsabilidade, deve ser assegurada ainda que seu ingresso no corpo clínico tenha sido negado, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Sala das Sessões, 07/12/87

CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

Aprovado em sessão plenária
em 07/12/87

* Matéria a este respeito vide "Arquivos" no. 16.



No interior, diretor clínico enfrenta situações difíceis



No Interior, o diretor clínico vem enfrentando situações difíceis. A demissão é um ato menor, se comparada com a prisão que um deles foi vítima, em Salto Grande; e a queixa-crime, outro caso, com boletim de ocorrência, na Delegacia de Polícia de Itapetininga.

Em Xavantes, o diretor clínico da Santa Casa local foi demitido pelo provedor, em virtude de agravamento de uma crise que já se arrastava há tempos, relacionada a divergências a respeito de plantão médico. A situação se agravou com a autorização concedida pela administração, sem o seu parecer, para que um médico atendesse dentro do hospital.

Esse mesmo médico que deu origem à demissão do diretor clínico da Santa Casa de Xavantes, acabou provocando, embora indiretamente, o pedido de prisão do diretor clínico da Santa Casa de Salto Grande. É que tendo trabalhado naquela Santa Casa, de Salto Grande, há um ano, de onde se afastou por questões políticas, entrou com mandado de segurança contra o hospital, para poder voltar a trabalhar lá. Foi concedida liminar e o juiz, por ter entendido que o diretor clínico resistiu à decisão, mandou prendê-lo.

Também em Ourinhos, dois médicos entraram na justiça comum contra a decisão do diretor clínico da Santa Casa local e de sua diretoria, que trabalham em sintonia. O caso foi levado ao Conselho Regional de Medicina, tomando como base o novo Código de Ética, que permite ao médico ter entrada livre em qualquer hospital. Tudo começou porque um médico, de um grupo de cinco, da Ortopedia do hospital, quis levar um ex-residente de outra cidade para trabalhar na instituição. O diretor clínico e a administração do hospital deram parecer contrário, alegando não ter o hospital estrutura adequada para receber mais um médico (a Santa Casa de Ourinhos permanece com a mesma estrutura de quando foi construída, há quarenta anos, com um corpo clínico cinco vezes maior).

Transcrito do jornal da A.P.M.



Jurista dá parecer sobre abertura obrigatória do corpo clínico

"Os hospitais que, por decisão de autoridade policial, se virem obrigados a internar ou assistir pacientes sob o cuidado de médicos que não façam parte de seu corpo clínico, deverão fazer o atendimento inicial e, imediatamente, ingressar com mandado de segurança para fazer cessar o abuso de poder." A orientação é dada pelo jurista Hely Lopes Meirelles, em parecer a ele solicitado pela diretoria da APM, tendo em vista os inúmeros pedidos de médicos do Interior neste sentido. Tudo por causa do artigo 25 do Código de Ética Médica, que permite a abertura do corpo clínico dos hospitais privados, com ou sem caráter filantrópico, ao mesmo tempo que determina que sejam respeitadas as normas técnicas da instituição. Essa dubiedade já gerou problemas a alguns diretores clínicos; um deles já se viu diante de pedido de prisão. Publicamos abaixo a íntegra do parecer.

1. O referido art. 25, do Código de Ética Médica, localizado no Capítulo II, "Direitos do Médico", dispõe que:

"Artigo 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 administração."

A novel Codificação, em dois de seus itens preambulares, dispõe que "contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem" e que "as organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código".

2. Verifica-se que o dispositivo acima transcrito encerra uma imposição dirigida às entidades hospitalares, já que as obriga a aceitarem a internação e assistência de pacientes, com ou sem caráter filantrópico, por outros médicos, que não os integrantes do seu corpo clínico. Por outro lado, na parte final, dispõe que serão, em tal caso, "respeitadas as normas técnicas da instituição".

Ora, ao mesmo tempo que impõe, desobriga, uma vez que determina sejam respeitadas as normas técnicas da instituição.

Indagamos, que normas? Obviamente aquelas concernentes à organização, funcionamento, disciplina e prestação de serviços, dentre outras; todas atinentes à sua atividade.

Assim, se nos regramentos da instituição hospitalar contiver proibição, no sentido de serem atendidos pacientes de outros profissionais que não os de seu corpo clínico, não estará a entidade obrigada a recebê-los, pois, de modo contrário, a imposição do art. 25, do Código de Ética Médica, como está escrito no seu início, sem a ressalva de seu final, redundaria numa ingerência contrária ao dispositivo constitucional que assegura a liberdade de iniciativa privada (nos termos do art. 160, inciso I, da Constituição da República).

3. Qualquer intervenção no domínio econômico somente se consubstancia por lei do Poder Central e, mesmo assim, apenas para suprir as deficiências das empresas particulares em situação que se revelem incapazes de atender à demanda do mercado.

Se o referido art. 25 tolhesse o direito à livre iniciativa, estaria afrontando esse princípio constitucional (art. 160, inciso I). E quando a Constituição da República manda que o Poder Público estimule e apoie as empresas privadas (cf. seu art. 170), não é lícito admitir que se faça o contrário, criando obstáculos ao desempenho de suas atividades ou na persecução de seus objetivos, desde que aquelas e estes sejam legítimos e não contrariem os princípios basilares que norteiam a ordem econômica e social (cf. nosso **Estudos e Pareceres de Direito Público**, vol. VII, 1983, São Paulo, pp.213-217).

4. Ainda que o art. 25, aqui examinado, não tivesse a ressalva de sua parte final - "respeitadas as normas técnicas da instituição" -, seu teor não poderia fazer imposições que afetassem o exercício da livre iniciativa privada.

5. Finalmente, se qualquer autoridade policial procurar impor ao hospital a internação ou a assistência de pacientes sob o cuidado de médicos que não façam parte do seu corpo clínico, a direção da instituição deverá fazer o atendimento inicial e, imediatamente, ingressar com **mandado de segurança** para fazer cessar o **abuso de poder**, uma vez que o art. 25, do Código de Ética Médica, não pode pretender criar aquela obrigação de atendimento, pelas razões anteriormente aduzidas.

6. Vale lembrar que o **mandado de segurança** é o meio constitucional posto à disposição de toda pessoa física ou jurídica, órgão com capacidade processual ou universidade reconhecida por lei, para a proteção de direito individual líquido e certo, não amparado por **habeas corpus**, lesado ou ameaçado de lesão, por ato de autoridade, seja de que categoria for e sejam quais forem as funções que exerça (art. 153, § 21 da Constituição da República; cf. nosso **Mandado de Segurança, Ação Popular e Ação Civil Pública**, 11ª ed., São Paulo, 1987, p. 3).

Transcrito do Jornal da A.P.M.
Junho/88

Franceses defendem eutanásia infantil

PARIS - Um projeto de lei no Parlamento francês que permitiria aos pais suspender as medidas de manutenção da vida dos recém-nascidos defeituosos de menos de 3 dias está agitando os debates entre grupos de proteção da vida e de defesa do direito de morrer. "Se eu tivesse tido um filho defeituoso, não teria permitido que ele vivesse", diz Henri Caillavet, um dos autores do projeto e presidente da Associação pelo Direito de Morrer com Dignidade.

O arcebispo católico de Paris, Jean-Marie Lustiger, organiza a oposição afirmando que "seria um caso de barbárie legalizada, indigno de nossa época e de nossa civilização". Uma pesquisa recente indicou que 85 por cento dos franceses são a favor da eutanásia, ou morte por compaixão, para vítimas de doenças incuráveis, com sofrimento intenso. Mas a pesquisa focalizou pacientes adultos que poderiam expressar seu desejo de morrer, depois de ter consultado os médicos.

O projeto de lei diz respeito a crianças, e seu enunciado implica em se julgar que recém-nascidos com defeitos de nascimento podem não ter uma vida "digna de ser vivida". O projeto foi formulado pela Associação de Prevenção de Crianças Defeituosas, cuja presidente e fundadora, Yvone Jegou, declara que sua intenção é "ser responsável, e não assassina".

(Gazeta do Povo 10.05.88)

Holanda está tentando legalizar eutanásia

HAIA - A eutanásia ganha terreno na Holanda; desde 1982 e em mais de 50% dos casos, os tribunais se abstiveram de aplicar a pena de 12 anos de prisão prevista pela lei.

A condenação recente a penas simbólicas de 4 enfermeiros acusados de terem apressado a morte de três pessoas, incuráveis, reanimou neste país o debate sobre a "morte suave", em teoria proibida mas, na realidade tolerada.

Os quatro enfermeiros da Clínica Universitária de Amsterdã foram condenados no dia 30 de março último a penas que vão de dois a seis meses de prisão, mas com suspensão da aplicação da pena.

A polémica sobre este tema tabu começou há uns 15 anos. O objetivo era legalizar a eutanásia, o que ainda não se conseguiu apesar do governo ter apresentado em 1985 um projeto de lei.

Um texto governamental de dezembro de 1987 sobre a eutanásia com ajuda médica deu a esta uma condição legal mas manteve sua proibição teórica.

Na realidade, disse um dos médicos que administra a "morte suave", Peter Admiraal, que existem de 5.000 a 6.000 casos de eutanásia por ano na Holanda.

Em uma declaração a AFP, o doutor Admiraal disse que 2.000 dos 24.000 médicos holandeses praticam a eutanásia.

Uma dezena de seus colegas que haviam sido citados pela justiça desde o início dos anos 70, foram esquecidos pelos tribunais ou então tiveram que pagar pequenas multas.

No último caso, um neurologista foi condenado a pagar alguns milhares de dólares. Todos continuaram trabalhando sem que sejam incomodados pelo Conselho da Ordem dos Médicos.

Normalmente os médicos que administram a "morte suave" devem primeiro informar ao procurador, depois este deve decidir se, sim ou não, o doente está em um estado desesperador e submetido a sofrimentos insuportáveis.

Ateu, o doutor Admiraal, reclama há anos, como muitos holandeses, uma lei sobre a eutanásia e fulmina contra o que ele chama a indecisão dos polítics "que tem medo da Igreja e dos cristãos".

O Conselho Cristão-Democrata, apoiado pelos bispos, tem se mantido à margem das outras organizações políticas quanto a esta polémica.

(Gazeta do Povo)

Bispo norte-americano apóia eutanásia a paciente em coma

PROVIDENCE, EUA - A diocese católica de Providence (Rhode Island) autorizou a suspensão da alimentação artificial de uma paciente em coma há dois anos, provocando a indignação de um teólogo.

O bispo Lous Gelineau deu seu apoio ao reverendo Robert Mcmanus, especialista em ética médica da diocese, que considerou a suspensão do tratamento que mantinha em "estado vegetativo permanente" Marcia Gray, moralmente aceita. Gray, 48 anos, entrou em coma em janeiro de 1966, após sofrer uma hemorragia cerebral. A opinião foi formulada a pedido de Glenn Gray, que processou o hospital por negar-se a interromper os meios de alimentação artificial de sua esposa, após o fracasso de oito operações destinadas a melhorar seu estado. O reverendo Mcmanus considerou que, na tradição católica, a morte não é um mal absoluto e que o documento do Vaticano de 1980 sobre a eutanásia não estimula o emprego de métodos extraordinários para manter a vida.

(Gazeta do Povo 12.01.87)

Ignorância da lei pode não ser crime

Nos países de sistema democrático consolidado, o direito não é propenso a assumir posturas revolucionárias. O ritmo é evolutivo e procede por trilhos bem medidos, sem ímpetos nem arrebatamentos. Daí a surpresa com que foi recebida recente sentença do Tribunal Constitucional, à qual a imprensa atribuiu um significado revolucionário. Esta vez parece que sem exagero, por que estabelece que quem atua por ignorância não comete crime, configura um fato revolucionário.

Em muitos países do mundo — não só na Itália — o cidadão não pode evitar de mover-se numa emaranhada selva de leis e regulamentos, normas e disposições legais de diverso caráter, impossíveis de memorizar e em geral conhecidas apenas por pessoas de certo nível cultural ou no exercício de profissões diretamente interessadas nos seus dispositivos. Por isso, dois juízes de primeira instância absolveram, cada um em sua jurisdição, réus que alegaram não ter conhecimento da lei que punia como crime os fatos que lhes eram imputados. Entenderam os magistrados que hoje em dia há casos em que é difícil para uma pessoa discernir o que está dentro da lei ou não.

SENTENÇA

Com este ponto de vista concordou o Tribunal Constitucional, que deu nova redação ao artigo 5 do Código Penal. "A ignorância da lei penal não escusa, a menos que se trate de ignorância inevitável." A sentença estabelece que a inevitabilidade da ignorância deverá ser demonstrada objetiva e subjetivamente.

Por uma parte se deverá demonstrar se o estado fez todo o possível para divulgar a lei, apresentando-a de modo acessível à compreensão do cidadão. Por outra, o acusado terá de esclarecer-se, depois de ter respeitado o dever de conhecer a lei, agiu de boa fé e em todo caso sem alterar o princípio geral e sempre válido no sentido que não devem ser lesados os interesses de terceiros.

O princípio da "não escusa da ignorância da lei penal" remonta a épocas distantes, mas nem no direito romano nem na moderna legislação de muitos países — segundo os juristas — havia tido uma consideração tão absurda como o atual Código Penal italiano, que é ainda uma herança — ao menos no que se refere à letra — do período fascista.

IGNORÂNCIA

O sentido revolucionário de tal sentença surge, também, do fato que o Supremo Tribunal havia interpretado sempre restritivamente a letra do código, chegando a sustentar que a ignorância da lei é indesculpável.

Nova redação da Lei 7209, de 11/07/84 que alterou a Parte Geral do Código Penal Brasileiro.

Artigo 21: O desconhecimento da lei é inescusável. O erro sobre a ilicitude do fato se inevitável, isenta de pena, se evitável, poderá diminuí-la de um sexto a um terço. Parágrafo único: considera-se evitável o erro se o agente atua ou se omite sem a consciência da ilicitude do fato, quando lhe era possível, nas circunstâncias, ter ou atingir a consciência.



O que fazer quando o Serviço de Assistência Social do INAMPS solicitar informações médicas ou o prontuário médico?

PARECER CRM-PR Nº 082/87

Com referência a consulta formulada, pelo Hospital Evangélico de Londrina, concernente ao encaminhamento de prontuários médicos para auditorias do Serviço de Medicina Social do INAMPS tenho a aduzir o seguinte:

Este Conselho de Medicina já decidiu em ocasião anterior, que é lícito o fornecimento de informações sobre pacientes beneficiários, ao Serviço de Medicina Social do INAMPS.

De outro lado, ficou decidido também que os prontuários não poderiam ser retirados do hospital, mas apenas liberado seu exame aos auditores do INAMPS.

Todavia, em que pese determinações já emanadas deste CRM, entendo que uma solução viável, seria o fornecimento à Previdência de cópias xerográficas dos prontuários, desde que, evidentemente fosse preservado o sigilo sobre os diagnósticos respectivos.

É o meu parecer.

Curitiba, 03 de agosto de 1987

ANTONIO CELSO C. DE ALBUQUERQUE
Assessor Jurídico

Aprovado em Sessão plenária
em 28.09.87

Nota: A respeito do assunto vide "Arquivos" número 11 e 16

Uma Lei Sarney para a saúde

Sociedade ainda em construção, o Brasil enfrenta graves lacunas nas áreas da pesquisa científica e da assistência médica e social. Os recursos, além de escassos, estão dispersos. Existe, no entanto, um caminho direto para a redução dessas carências capaz de estimular a participação dos mais favorecidos economicamente, quer pessoas, quer empresas: o incentivo fiscal. Na área da cultura houve um grande avanço com a promulgação recente da Lei Sarney, a qual, através de concessões fiscais, favorece doações de empresas e de pessoas físicas para fins culturais. Não há dúvida de que ela representa uma grande contribuição para a nossa cultura. Ao ver essa lei sendo colocada em prática eu me permito indagar por que não se fazer algo semelhante por duas áreas de extrema importância no desenvolvimento de uma sociedade — a ciência e a filantropia. Esta minha inquietude é decorrente de experiências vividas como cirurgião em distintos hospitais do país e do exterior. Em minha atividade profissional, defrontei-me, em mais de um lugar, com situações adversas em que, indignado e frustrado, não pude oferecer a alguns doentes o tratamento mais adequado por falta de infra-estrutura hospitalar. Essas emoções desconfortáveis e desagradáveis foram marcantes para mim, pois estou habituado a tratar de meus pacientes com os melhores recursos proporcionados pelo atual desenvolvimento tecnológico da medicina. Na maioria dos hospitais em que tive a oportunidade de trabalhar, o que existia de bom em termos de infra-estrutura e equipamentos era fruto do interesse e da benemerência exercida por alguns cidadãos.

O fato é que, de maneira geral, as condições de atendimento e de pesquisa científica nos hospitais brasileiros, sejam eles universitários ou não, são desalentadoras. A grande maioria dos leitos hospitalares do país está ligada à Previdência Social, o que dificulta o planejamento econômico e financeiro dos hospitais. Assim, os hospitais que atendem os doentes previdenciários, mesmo quando entidades filantrópicas, comumente não conseguem oferecer qualidade satisfatória de atendimento médico ou, se o fazem, é à custa de muita improvisação. O fato é que pelo país afora se vêem esses hospitais se afundarem em dívidas e mostrarem-se

incapazes de se equipar. Se é difícil oferecer atendimento de padrão, o que dizer do ensino e da pesquisa médica nesses hospitais? Para dizer o mínimo, tendem a ser anacrônicos. Não raras vezes, observam-se estudantes cheios de idéias e entusiasmo que desistem precocemente de um envolvimento maior com a pesquisa e, pior, chegam à fase profissionalizante com desalento, por sentirem a restrição do mercado de trabalho agravada pelo desaparecimento dos hospitais. Outra desagradável constatação é quando se observam profissionais veteranos e competentes afastarem-se das atividades assistenciais e de pesquisa por falta de estímulo, decorrente de insuficiente apoio estrutural e econômico.

Extrapolando estas reflexões para além do âmbito médico, parece-me claro que situações como as que vivo são comuns em outras áreas da atividade científica e assistencial. Em países onde a participação da iniciativa privada é mais desenvolvida, como nos Estados Unidos e parte da Europa, observa-se um grande engajamento de pessoas físicas e jurídicas no financiamento, através de doações e patrocínios de projetos nas mais variadas atividades, desde a promoção de um jovem pintor até a construção de hospitais, postos de saúde e creches, passando pelo apoio a pesquisas científicas. O que leva alguém a se ligar a um determinado projeto? O envolvimento pessoal com a causa a procura de reconhecimento pessoal que apenas a riqueza não é capaz de proporcionar e a visão comercial de querer ligar seu nome ou de sua empresa a situações específicas que geram dividendos promocionais são bons motivos.

Tenho tido contato com pessoas que desejam colaborar, por exemplo, com a Unidade de Terapia Intensiva, porque lá se sentiram renascer. Outras demonstram interesse em patrocinar um programa de tratamento de um tipo específico de câncer que abateu um ente querido. Dentro de uma visão global, creio poder afirmar que existe muita gente interessada em participar, de alguma forma, dos mais variados projetos relacionados com a ciência e com a filantropia, mas sinto que é fundamental que se criem duas condições básicas para que esse interesse possa se tornar realidade. A primeira é a necessidade de despertar as pessoas para a grandeza do sentimento de doar: doar amor, doar trabalho, doar dinheiro. Esse sentimento gera participação comunitária e uma enorme satisfação interior. A segunda é estabelecer os canais de participação a partir de uma legislação que realmente favoreça, do ponto de vista fiscal, que pessoas físicas ou jurídicas possam oferecer doações substanciais para as causas que abraçarem. Sugiro aos legisladores um mecanismo de controle da utilização das doações recebidas, com dupla finalidade: 1) fazer com que o doador possa participar de maneira mais envolvente no empreendimento, ajudando-o a melhor avaliar o alcance de seu gesto; 2) complementarmente, esse controle dificultaria a má aplicação dos recursos oferecidos.

Acredito veementemente que chegou a hora de darmos mais um passo na escalada do desenvolvimento do Brasil e criar, à semelhança de outros países, as condições fiscais para que pessoas e empresas possam realmente contribuir para as mais variadas causas. O país só tem a lucrar com isso, pois haverá um aporte direcionado de recursos para setores prioritários, sem ônus especial para o Estado. Espero, portanto, que em breve tenhamos vigente uma Lei Sarney voltada para a saúde e a filantropia, que pode ser a base para o lançamento de uma grande campanha nacional em prol dessas áreas, cujo lema poderia ser sintetizado na frase: "Adote uma causa!".

* Raul Cutait é professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. "Veja 4,3,87"

ÉTICA E DECISÕES MÉDICAS ÉTICAS

George A. Kanoli, S.T.D.*

Os médicos que atendem casos críticos têm que encarar freqüentemente questões de ética médica. Tais questões surgem geralmente quando os médicos, os pacientes e seus familiares encaram opções terapêuticas oferecidas por sofisticada tecnologia e farmacologia no cuidado de pacientes seriamente doentes ou moribundos. Exemplos clássicos são os casos de Karen Ann Quinlan, Baby Doe, o bebê do Johns Hopkins e Brother Fox. Esses casos ocorreram em situações críticas e envolveram decisões a respeito de ética no uso de tecnologia médica, qual seja, a de ventiladores para manter a vida. As questões éticas, "devemos ressuscitar?" ou "devemos tratar?" apresentaram decisões médico-éticas para os médicos e para as famílias. Este artigo reverá os dilemas no tratamento de casos críticos e apresentará um modelo de tomada de decisão ética.

MOMENTOS ÉTICOS

É importante reconhecer as situações nos casos críticos que exigem julgamento e decisões éticas. Sempre que expressões como "devemos", "temos que" fazer isso são usadas, ocorre a questão médico-ética ou um momento ético. "Devemos", ou "temos que" são expressões semelhantes e exprimem um imperativo, um sentido de obrigação ou de responsabilidade, uma urgência de fazer algo porque temos que agir eticamente. Um "momento ético" ocorre em caso de atendimento médico grave quando o cuidado do paciente nos apresenta escolhas ou opções que não são claramente "a coisa certa ou boa de realizar". A escolha pode ser tão dramática como a de se devemos ou não começar ou interromper o tratamento de manutenção da vida ou tão simples quanto a questão de se usar um ou outro tipo de antibiótico.

Os indicadores que identificam quando está ocorrendo um momento ético em um caso crítico são psicológicos, sociológicos e morais. Os sinais de um momento ético psicológico são sentimentos de "stress" e incerteza que produzem ansiedade, irritação e difusão de propósitos. Embora o "stress" não seja desconhecido no ambiente crítico ele é agravado por um sentimento de incerteza ética (isto é,

* Chefe do Departamento de Bioética da Fundação Clínica Cleveland e Professor de Ética Religiosa, Universidade de John Carroll, Cleveland, Ohio.

não saber qual a obrigação ética do médico ou da pessoa que atende o caso crítico para com este paciente). Essas incertezas são expressas no aumento da ansiedade. A ansiedade extravasa em uma falta de serenidade, perda da calma e falta de capacidade de enfrentar de modo criativo circunstâncias irritantes e confusas e as pessoas envolvidas com o caso crítico. Quando essa ansiedade atinge um certo nível, a difusão de propósitos se torna evidente. Os médicos que experimentam essa incerteza ética ficam distraídos e incapazes de definir o que têm que fazer; às vezes os médicos até se voltam para assuntos de menor urgência a fim de evitarem tomar uma decisão. Esses sinais psicológicos revelam a falta de confiança que as pessoas experimentam ao cuidar de casos críticos, na sua integridade profissional. O sentimento de bem-estar e valor pessoal está intimamente ligado à maneira que os indivíduos percebem que eles estão satisfazendo às responsabilidades ou obrigações éticas. A incerteza sobre qual seja a obrigação para com um paciente, como resolver obrigações conflitantes ou se existe ou não uma obrigação, impõe um stress ao senso de integridade pessoal do médico.

Uma vez que as unidades de cuidados intensivos ou críticos operam numa estrutura de equipe, há sinais sociológicos definidos da presença de um momento ético em uma unidade. Ironicamente, os indicadores podem ter natureza contraditória. Expressões como "este é um problema sobre o qual ninguém quer falar", "não discutimos o paciente Jones", ou "ninguém fala sobre o leito 12" demonstram uma comunicação fria por causa do alto nível de ansiedade e conflito produzidos quando este problema ou este paciente é discutido. Falta de comunicação sobre um paciente ou uma escolha é sinal de um momento ético. Contudo, o oposto também pode ocorrer. Pode existir discordância aberta ou conflito entre os componentes de uma equipe sobre o cuidado com um paciente, por exemplo, se é dada ou não uma ordem "não ressuscitar". Tais conflitos podem ser revelados abertamente, mas são mais frequentemente expressos de maneira mais sutil como "insinuar" quanto ao critérios de julgamento ou competência de pessoa responsável por um caso crítico.

Sinais psicológicos e sociológicos frequentemente se unem para produzir atritos que comprometem a serenidade e eficiência de uma equipe. A eficiência do esforço da equipe no tratamento do paciente fica reduzida. A equipe que atende ao caso crítico sente a falta de um objetivo definido e a incerteza sobre o que é ético no tratamento de um paciente. A incerteza reduz a eficiência da equipe e pode conduzir a erros que produzem ansiedade e ira.

Toda unidade que atende casos críticos experimenta momentos éticos. Contudo, momentos éticos ocorrem frequentemente em unidades que atendem a uma diversidade de pacientes. Surge aqui o terceiro indicador de um momento ético – o conflito moral. Pode haver conflito quanto as regras morais defendidas por médicos ou entre o paciente e sua família, ou entre a equipe que cuida do caso crítico e pessoas da família do paciente. Não é pouco frequente que razões religiosas, pessoais ou culturais sejam invocadas pelos pacientes ou familiares para justificar que, o que crêem é moral, e que, o que os médicos identificam como sua obrigação moral não é consistente. Um exemplo muito comum de conflito moral é o conflito entre a percepção dos pacientes, de sua responsabilidade quanto à instituição, continuidade ou interrupção de um tratamento de manutenção da vida e a percepção e as responsabilidades sustentadas por um médico. Uma família pode se sentir obrigada a lutar pela vida de um de seus queridos, em qualquer circunstância, enquanto um médico, que não comunga da crença da família, pode argumentar que não está moralmente obrigado a lutar pela vida, quando aquela vida não teria mais nenhum significado ou seria simplesmente retardar a morte certa. As convicções morais da família e do médico estão em conflito, ocorrendo assim um momento ético.

TABELA 1. Situações Morais

TIPO I	Momento ético em que o médico dispõe de um claro conhecimento moral para discernir qual seja a opção que satisfará suas obrigações morais e esta opção é seguida.
TIPO II	Momento ético em que muito embora o médico possua tal conhecimento moral claro de reconhecer qual seja a opção moral condizente com suas obrigações morais, ele relute em se decidir por tal opção.

A incerteza, isto é, a falta de um conhecimento moral claro sobre as obrigações morais é a causa mais freqüente de momentos éticos em unidades médicas de casos críticos. O conhecimento moral (isto é, o que alguém precisa ou deve fazer) produz um sentimento de obrigação e um imperativo, geralmente expresso por um "tenho que fazer isto." Conhecimento moral é o conhecimento do bem e do mal. O conhecimento moral reflete o que as tradições religiosas, filosóficas e profissionais identificam como a maneira humana e apropriada de se comportar para consigo mesmo e para com os outros. A integração deste conhecimento moral em uma personalidade através um processo chamado "interiorização" cria a pessoa moral — uma pessoa que tem compreensão e se dedica ao que é considerado moralmente correto. Exemplos de coletâneas de conhecimento moral são Os Dez Mandamentos (um código moral religioso) e o juramento Hipocrático (um código de obrigações morais profissionais).

Os momentos éticos em casos médicos críticos revelam que nem todas as pessoas possuem o mesmo conhecimento moral e portanto os indivíduos têm percepções diversas das obrigações morais específicas. O pluralismo no conhecimento moral é um dos maiores causadores de incerteza em momentos éticos da medicina. Contudo, existem diferentes tipos de momentos éticos. Os momentos éticos diferem tanto ao tipo do problema que produz a incerteza (por exemplo, um "não ressuscite" ou a escolha de um antibiótico) quanto à adequação do conhecimento moral (claro, confuso e inexistente). Os éticos, fazem a distinção dos momentos éticos em situações morais e dilemas morais. Ambas descrevem a presença ou a falta, ou o conflito no conhecimento moral, quando deve ser feita uma opção.

SITUAÇÕES MORAIS

Uma situação moral (um conjunto de circunstâncias que exigem a escolha de uma ação que requer, tanto o conhecimento do que é bom fazer como a justificativa razoável pela escolha de uma opção como aquela moralmente responsável) pode ser do tipo I ou do tipo II (tabela 1).

TABELA 2. Dilemas morais

TIPO A	As pessoas sabem que têm a obrigação de fazer ou não fazer alguma coisa.
TIPO B	Opções boas mas não suficientes para darem suporte a opções contraditórias ou conflitantes.
TIPO C	Inexistência de conhecimento ou de precedentes morais para justificar as opções.

Nas situações morais do Tipo I os médicos que enfrentam uma opção moral têm conhecimento moral claro e preciso de quais sejam suas obrigações, veem claramente as opções que satisfarão aquela obrigação e a empreendem. Na situação moral do Tipo II, o médico que encara a opção tem conhecimento claro e preciso de quais sejam suas obrigações, identifica precisamente qual seja a opção que

satisfaça à obrigação mas é tentado a não a tomar. Um exemplo simples pode ilustrar isso: um médico que tem a seu cuidado um paciente com um coração em declínio, cujo equilíbrio hidro-eletrólítico é extremamente crítico, nota que a taxa de administração do fluido àquele paciente está rápida demais. Ele (ela) compreende que se a taxa não for corrigida, ocorrerá futuro desequilíbrio hidroeletrólítico e haverá perigo iminente de ocorrer insuficiência cardíaca. O médico tem conhecimento claro da situação, sabe que deve corrigir esta situação perigosa e, portanto, ajustar a administração da taxa de administração do fluido. O médico então verifica o equilíbrio do eletrólito do paciente para ter a certeza de que aquele paciente não está experimentando um desequilíbrio sério. Um exemplo da situação moral do Tipo II é um paciente com uma história de paradas cardíacas que expressou durante momentos de lucidez que não deseja se submeter outra vez ao processo de ressuscitação. O paciente sofre uma parada cardíaca. O médico sente uma forte obrigação de corrigir a situação e trazer o paciente de volta porque as chances de recuperação são boas. Contudo, por causa dos desejos do paciente o médico é tentado a instituir um "código lento". Nestes dois exemplos os médicos tinham uma compreensão clara de suas obrigações, isto é, eles deviam beneficiar seus pacientes e suas vidas, não prejudicar seus pacientes e respeitar os seus desejos. No primeiro caso o médico agiu sem exatidão para corrigir uma situação potencialmente perigosa e no segundo o médico ficou tentado a não seguir seu sentido de obrigação por causa dos desejos de seu paciente. Em todos os dois casos o conhecimento moral é claro e não há nenhum dilema moral.

DILEMAS MORAIS

Os dilemas morais produzem incerteza e conflito. Um dilema moral pode ser descrito como uma situação em que o conhecimento moral é confuso, conflitante ou não existe. Há três tipos de dilemas morais encontrados nos casos médicos críticos, Tipos A, B e C (Tabela 2). O dilema do tipo A ocorre quando uma pessoa sabe, simultaneamente que tem a obrigação de fazer alguma coisa e de não fazer tal coisa. Por exemplo, um médico sabe que deve reduzir a dor quando possível. Um paciente está sofrendo de dor intensa por causa de um carcinoma e também tem pneumonia. O médico sabe que deve reduzir a dor através do uso de analgésicos como morfina e simultaneamente sabe que não deve fazer nada que possa prejudicar o paciente. Neste caso, a morfina pode suprimir a capacidade de ventilação do paciente e muito realisticamente levaria o paciente mais próximo da morte. O médico fica num dilema moral: ele tanto deve como não deve administrar a morfina ao paciente.

Um dilema moral do Tipo B é um dilema que ocorre quando há boas razões de suporte em opções opostas e contraditórias. Existem boas razões em ambas as opções, mas não o suficiente para demonstrar que uma opção é nitidamente melhor que a outra. Por exemplo, uma testemunha de Jeová que enquanto estiver lúcida e de posse de suas faculdades declarar que em nenhuma circunstância deve receber transfusão de sangue entra em uma unidade de terapia intensiva. Enquanto caminha para uma total recuperação, inesperadamente sofre uma hemorragia ameaçadora. O médico se sente atraído por duas opções e argumentos opostos: um é que ele tem a obrigação de fazer a transfusão porque o único problema que ameaça a vida deste paciente é a hemorragia, e o médico pode reverter seus efeitos através da transfusão de sangue. A outra obrigação é o respeito à liberdade de um adulto e tomar uma decisão baseada numa crença incomum mas tomada com pleno conhecimento e compreensão das consequências dessa opção. Os argumentos para ambas as opções são bons mas não inquestionáveis.

Um dilema do tipo C ocorre quando não há precedentes ou conhecimento moral para resolver uma situação. Um exemplo deste tipo de dilema em casos médicos críticos é Baby Fae. Baby Fae ilustra um tipo C de dilema moral porque não

existe conhecimento moral específico ou precedente moral que pudesse ser usado para avaliar a ética de um transplante de coração de gorila. Na realidade toda a experiência anterior e específica é contra a ética do transplante de um coração de gorila para pessoas. Um especialista comentou que "... a experiência envolvendo Baby Fae é suspeita... ela beira a falta de ética."

VALORES MORAIS

O conhecimento moral que os médicos trazem a um momento ético foi adquirido através de fontes religiosas, filosóficas e profissionais que identificam as obrigações e responsabilidades éticas. Este conhecimento moral pode ser dividido em dois tipos principais — regras morais e valores morais. As regras morais se referem a declarações específicas, diretivas e imperativas tais como, você fazer tudo que estiver ao seu alcance para cuidar, proteger e prolongar a vida de seu paciente. Esta regra moral é um imperativo direto que indica que sempre que surgir uma situação ameaçadora da vida, a obrigação do médico é impedir a morte. Na medicina de casos críticos, regras como esta fornecem os padrões pelos quais a integridade e o desempenho profissional são julgados. Contudo, o conhecimento moral também inclui valores morais. Os valores morais não são diretrizes específicas tais como quando um paciente sofre parada cardíaca. Um valor moral exprime um objetivo de opções comportamentais tais como o que deve ser alcançado ou sustentado para tornar a vida mais humana.

TABELA 3. REGRAS MORAIS PARA UMA TERAPIA DE MANUTENÇÃO DA VIDA*

1. A opção voluntária de um paciente competente e bem informado deve determinar se a terapia para manutenção da vida deve ou não ser seguida.
2. Cuidado respeitoso, responsivo e competente devem ser fornecidos aos pacientes que decidam se submeter à terapia de manutenção da vida ou para quem não existe terapia de sustentação da vida.

* Adaptada da Comissão do Presidente para o Estudo dos Problemas Éticos da Medicina e Pesquisa Comportamental: Decisão para se submeter a Tratamento de Manutenção da Vida. Washington, D.C., Imprensa do Governo, 1983.

Tais valores morais ou objetivos são de natureza vaga; eles não têm conteúdo específico e estão abertos a muitas interpretações. Eles fornecem diretrizes gerais à opções comportamentais mas não fornecem orientação específica.

A Comissão do Presidente para o estudo de Problemas Éticos em Medicina apresenta algumas regras gerais e valores morais que fornecem conhecimento moral para médicos de casos críticos. Essas regras morais estão relacionados na Tabela 3

Os valores morais que o relatório utiliza para identificar os objetivos da opção e ação moral são como seguem:

1. Vida ("As profissões que cuidam da saúde servem melhor aos pacientes mantendo uma posição em favor da vida...")
2. Liberdade ("... pacientes com capacidade de discernir têm o direito de escolher (livremente) não se submeter a tratamentos, mesmo para manutenção da vida.")
3. Justiça ("As instituições que cuidam da saúde poder justificadamente restringir a possibilidade de certas opções a fim de utilizar recursos limitados para aumentar a equidade em aloca-los.")

PROCESSO DE DECISÃO ÉTICA

A resolução de dilemas morais requer mais do que conhecimento das regras e valores morais; é necessário a compreensão dos métodos de solução dos dilemas

e um modelo estruturado de tomada de decisões. O que segue é uma descrição de um modelo de tomada de decisão que tem se revelado o mais útil na solução de dilemas éticos em casos críticos. É um modelo progressivo de seis passos que está resumido na Tabela 4.

O primeiro passo é o passo empírico. Este passo envolve a coleta de todas as informações médicas, sociológicas, psicológicas e éticas pertinentes que possam iluminar a natureza do momento ético. As questões suscitadas são: "Qual é o momento ético? É uma situação moral ou um dilema moral e o que exatamente o torna assim? O objetivo deste passo do modelo de tomada de decisão é obter um quadro claro, completo e compreensivo do estado médico, físico, social, psicológico e moral do paciente.

TABELA 4. PROCESSO E DECISÃO ÉTICA

1. Coleta de dados: diagnóstico, condição atual, prognóstico, valores e objetivos do paciente, identificação das pessoas a tomarem a decisão.
2. Identificação das opções: reais e possíveis.
3. Avaliação das opções por conhecimento moral: regras, valores, leis.
4. Decisão: escolha de opção justificada.
5. Ação: agir de acordo com a decisão.
6. Reflexão.

Uma pesquisa ética é importante porque é um modo de obter informações morais a respeito do paciente. A pesquisa ética é um processo pelo qual as regras e valores morais de um paciente, sentimentos e percepções a respeito de seu futuro e, dados específicos psicológicos e sociológicos são reunidos e registrados de forma que quando ocorrer um momento ético esta informação forneça as informações morais necessárias para resolver a questão de qual seja o modo mais responsável de tratar o paciente.

Os casos críticos em medicina são frequentemente complicados pelo fato que o paciente não é capaz ou não está consciente e portanto está incapacitado de manifestar seu desejo. Mais ainda, em casos em que os membros da família e/ou outros de influência não estão unânimes sobre o tratamento e cuidado e seu querido. Isto nos leva de volta outra vez ao grande valor de uma pesquisa ética. O desentendimento entre os membros da família geralmente produz mais tensão no processo de decisão se não for insuperável. Às vezes se torna necessário interferir em famílias divididas. Pessoas capacitadas ao aconselhamento e ética podem ajudar a aclarar a posição da família e permitir sua própria dinâmica para encontrar uma posição unificada no cuidado do paciente.

Outra parte importante do passo um é identificar as pessoas que tomam a decisão. A questão é, "De quem é a responsabilidade de decidir no caso? Embora haja diferenças de opinião a respeito das partes no momento ético, foi desenvolvida uma regra moral para responder esta questão, isto é, a pessoa mais diretamente envolvida na escolha tem a maior responsabilidade na tomada de decisão em um momento ético. O próprio paciente, portanto, tem a responsabilidade da escolha, mas outras pessoas também têm de decidir em momentos éticos. Os médicos, enfermeiras e outras pessoas relacionadas com o caso não podem se divorciar de qualquer sentido de responsabilidade em decisões morais. Os médicos têm uma parcela de responsabilidade na tomada da decisão, pelo menos até o ponto de sua comunicação honesta para o paciente e/ou a família dos fatos médicos e das consequências previsíveis e de seu próprio sentimento de obrigação moral como médico. O Presidente da Comissão em seu relatório específica esta obrigação geral para os médicos, declarando que "a responsabilidade primeira para justificar aquela decisão moral está com o médico."

As enfermeiras e outras pessoas ligadas ao caso crítico compartilham dessa responsabilidade de comunicar as informações relevantes a respeito da condição médica e psicológica do paciente.

O segundo passo no modelo de tomada de decisão é a identificação das opções. Este passo requer que todas as opções disponíveis (as reais e as possíveis) sejam

identificadas. Mesmo aquelas opções que pareçam moralmente inaceitáveis devem sem identificadas. Há duas razões para identificar todas as opções disponíveis, mesmo as inaceitáveis anteriores ao conhecimento moral. A primeira razão é que o pior inimigo do bom julgamento é a pergunta não formulada. Se uma pessoa não identificar todas as possibilidades em uma situação é possível que as mais óbvias falte em uma escolha justificável ou a tomada de uma decisão totalmente errada no julgamento. Segundo, juntar todas essas opções criam a possibilidade de encontrar ou criar uma opção pela interposição de opções. Este estágio exige que todos os resultados consequentes previsíveis das várias opções sejam identificadas. Outra vez, isto faz parte da coleta de dados, necessária ao bom julgamento moral. Um velho axioma em ética diz que "uma boa prescrição depende de uma boa descrição". Os objetivos deste passo são o caráter completo, clareza e precisão das informações.

O terceiro passo do processo de decisão é a avaliação das opções e as consequências. As regras e valores morais, bem como todos os elementos isolados do caso encontrados nos passos um e dois, se aplicam ao caso. Uma analogia pode auxiliar a descrever o próprio processo de avaliação. Os dados obtidos nos passos um e dois do modelo de decisão (como o tipo de problema médico, a pessoa envolvida, as opções médicas etc.) são representados por bolinhas pretas em uma caixa. As regras e valores morais são representados por bolinhas brancas que ficam no fundo da caixa. A caixa é sacudida de forma que as bolinhas se misturem. As regras e valores morais são jogados contra os dados do caso. Mais cedo ou mais tarde, o processo de mistura dos dados e os valores e regras morais resultarão na subida de uma ou mais das bolinhas brancas para o alto da caixa. O aparecimento das bolinhas brancas na superfície representa as regras ou valores que são mais importantes na solução deste dilema. Por exemplo, um paciente viúvo de 50 anos que tenha sofrido uma série de paradas cardíacas entra em coma. Enquanto consciente é capaz de exprimir um desejo e indicou que não gostaria de passar por medidas extraordinárias para manutenção de sua vida. Seu médico então pergunta aos filhos do paciente o que acham que ele deve fazer em caso de parada cardíaca. Se houver esperança que o paciente possa voltar à consciência e uma vida de completo discernimento, a obrigação de manutenção da vida tem boas razões. Esta boa razão é, no entanto, contrabalanceada pelo desejo do paciente de não ser ressuscitado. No entanto, o médico descobre que o paciente também tem obrigações de natureza legal e moral para com um filho ausente há muito tempo. O filho foi notificado do estado crítico de seu pai e está a caminho do hospital, vindo de longe em busca de uma possível reconciliação. Os princípios de justiça e amizade aflorariam neste caso para apoiar uma tentativa razoável de manutenção da vida no caso de outra parada cardíaca para permitir ao paciente atender suas obrigações de família.

O quarto passo é a decisão. As avaliações indicam a escolha moralmente justificável. Decisão é o ato de escolher uma opção em vez de outras. A decisão implica em rejeição, pelo menos temporária, das outras opções. Contudo, embora as decisões devam ser definitivas, elas não devem ser absolutas. Elas podem e freqüentemente devem ser reavaliadas quando as circunstâncias se alterarem.

O próximo passo é agir estribado na decisão. Quatro coisas devem ser observadas neste passo. Primeiro, em alguns casos há um período de tempo longo entre a decisão e a ação. Pode-se chegar à decisão de ressuscitar uma pessoa mas a ação não se inicia até existirem condições médicas para a ressuscitação. Este período de tempo pode gerar ansiedade, mas ao mesmo tempo oferece a oportunidade de reavaliação em vista da mudança das circunstâncias da opção escolhida como moralmente responsável. Na medicina de casos críticos, minutos e horas podem causar mudanças nas condições físicas e/ou médicas e/ou condições sócio-psicológicas que exigiriam reexame da opção que foi escolhida.

Segundo, a própria ação deve ser avaliada eticamente para determinar se é uma estratégia moralmente aceitável. É importante julgar se a estratégia que resulta na ação é moralmente responsável. Por exemplo, um rapaz é encaminhado a uma unidade com forte traumatismo craneano. Sua esposa está na sala de espera aguardando ansiosamente notícia das condições de seu marido. Apesar de todos os esforços da equipe, o rapaz sofre parada cardíaca e entra em óbito. Está

claro que a obrigação da equipe da unidade é informar à jovem esposa do óbito de seu marido. A questão é, como fazê-lo? Uma ação eticamente inaceitável seria aproximar-se da esposa e perguntar: "Você é a viúva Murphy?" Embora seja moralmente correto comunicar o fato trágico da morte de seu marido, a comunicação foi feita de um modo moralmente e eticamente irresponsável. A avaliação do modo como uma opção é transformada em ação é feita aplicando o processo anteriormente descrito.

Terceiro, a reavaliação de opções em vista da praticabilidade e possibilidade deve também ocorrer antes da ação ser iniciada de fato. A melhor opção poderia ser, por exemplo, transplantar um coração novo em uma pessoa que tenha insuficiência cardíaca congestiva, mas não exista coração disponível e existam outras contra-indicações que desaconselhem o transplante. Estas circunstâncias afastam a possibilidade de alcançar o que é moralmente identificado como a melhor opção possível neste caso. A reavaliação das opções deve ser parte constante do processo de tomada de decisões. Os fatores podem mudar, as circunstâncias podem se alterar e todos estes devem entrar novamente no processo de tomada de decisão.

Quarto, as pessoas envolvidas com o caso crítico devem pôr a decisão em ação (por exemplo: "uma decisão de não ressuscitar") deve ser informada e, se possível, ser feito um registro das razões desta decisão. Uma máxima a seguir é que quanto maior o número de pessoas envolvidas com o caso crítico e com as decisões morais a respeito do tratamento de manutenção da vida, maior será a possibilidade de uma boa decisão e cooperação em executar a decisão e menor a possibilidade de tensão.

Finalmente, o processo decisório demanda reflexão. Depois do fato, depois que uma decisão foi alcançada e executada, o modelo de tomada de decisão exige reflexão e reavaliação da decisão, ação e processo de avaliação. O pessoal médico está acostumado a esta prática na conferência de morbidades e mortalidade e outros cenários médicos em que os resultados de decisões terapêuticas são avaliados. A finalidade maior deste estágio é reforçar o processo de boas decisões e identificar fontes de erro quando más decisões são tomadas.

CONCLUSÃO

O objetivo de todas as opções morais em unidades de terapia intensiva é chegar a uma boa opção moral (uma opção feita com boa percepção e conhecimento moral) em vez de uma escolha moral certa (uma perfeita escolha moral). Ética aplicada trata com pessoas imperfeitas, opções e circunstâncias; raramente a perfeição é alcançada, mas sempre é buscada.

REFERÊNCIAS

1. Beauchamp, T. and Childress, J.: *Principles of Biomedical Ethics*, Edition 2, New York, Oxford University Press, 1983.
 2. Beauchamp, T. and Walter, I. (eds.): *Contemporary Issues in Bioethics* California, Dickenson Press, 1978.
 3. Davis, A., and Aroskar, M.: *Ethical Dilemmas and Nursing Practice*, New York, Appleton-Century-Crofts.
 4. Jousen, A.: Baby Fae is saved-but for what? *Los Angeles Times* 1, 1984.
 5. Lemmon, J.: *Moral dilemmas*, in Beauchamp, T. and Walters, L. (eds.): *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont, California, Dickenson Press, 1978.
 6. President's Commission for the Study of Ethical problems in Medicine and Behavioral Research: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, Washington, D.C., Government Printing Office, 1983.
 7. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Making Health Care Decisions*, Washington, D.C., Government Printing Office, 1982.
 8. Reich, W. (ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan Publishing Co., Inc. 1978.
 9. Strull, W., Lo, B., and Charles, G.: Do patients want to participate in medical decision making? *J.A.M.A.*, 252-2990-2994, 1984.
 10. Thomasma, D.: Training in medical ethics: An ethical workup. *Forum Medicine*, 33-36, 1978.
 11. Thiroux, J.: *Ethics: Theory and Practice*, Encino, California, Glencoe Press, 1977.
- Department of Bioethics
Cleveland Clinic Foundation
9500 Euclid Avenue
Cleveland, Ohio 44106

Transcrito de: *Critical Care Clinics* Vol. 2 Nº 2 janeiro - pág. 3 a 12.
Tema: "Ethical Moments in Critical Care Medicine".

Trabalho de Tradução-Dra. Moema de Araujo Cardoso.

Arg. Cons. Region. Med. do Pr.
Ano V - Nº 19 (Jul/Set) 1988

Problemas Éticos no Transplante

William E. Parks, M.D., * Richard Barber, Ph.D.,⁺
e G. Arnaud Palvin, M.D., F.R.C.S.(C)⁺⁺

A ética no transplante é um dos aspectos mais importantes dessa área, porém as perguntas às questões formuladas a seu respeito estão entre aquelas menos bem definidas. Mereceu acertadamente muita discussão na imprensa leiga, assim como em revistas médicas e éticas. Neste artigo tentaremos focalizar as considerações éticas comuns a todas as áreas do transplante; entretanto, algumas áreas atuais de controvérsia serão discutidas especificamente, pois exemplificam melhor as preocupações éticas. Esse é um assunto dinâmico com muitas questões éticas difíceis que agora estão sendo levantadas na vigência de um meio ambiente em mudança constante.

OBTENÇÃO DE ÓRGÃOS

Um dos principais obstáculos ainda a serem superados no campo do transplante é o fornecimento insuficiente de órgãos doadores. Calcula-se que apenas metade dos 10.000 americanos que necessitam de transplante a cada ano acaba por recebê-lo, em virtude da escassez de doadores de órgãos.²⁴ Apenas no transplante cardíaco calcula-se que são necessários aproximadamente 15.000 transplantes por ano; no entanto, menos de 5% dos candidatos recebem realmente aloenxertos cardíacos. Existem cerca de 18.000 doadores potenciais a cada ano, porém menos de 40% tornam-se doadores de rins e menos de 10% tornam-se doadores de corações.^{9,24} Espera-se que aprimoramentos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento da rejeição farão aumentar a necessidade para a doação de órgãos nos anos vindouros. Obviamente, existe a necessidade de aumentar a doação de órgãos, de criar fontes alternativas de órgãos ou de elaborar órgãos artificiais que possam

* Assistant Professor of Surgery, Department of Surgery, Boston University Medical Center, Boston, Massachusetts.

+ Professor of Philosophy, Department of Philosophy, University of Louisville, Belknap Campus, Louisville, Kentucky.

++ Formerly Assistant Professor of Surgery, Department of Surgery, Boston University Medical Center, Boston, Massachusetts; currently Associate Registrar, Director of Professional Enhancement, Education and Registration, The College of Physicians and Surgeons of Ontario, Toronto, Ontario, Canadá.

ser usado, para que as práticas de substituição de órgãos possam vir a satisfazer as necessidades demonstradas. Se esses aprimoramentos não se concretizarem, o problema ético passará a consistir no estabelecimento de uma política razoável e eficaz de distribuição, para que os recursos tão limitados possam ser usados com o máximo de justiça.

DETERMINAÇÃO DA MORTE

Um dos dilemas na obtenção de órgãos doadores é a controvérsia acerca do que constitui a morte. O ponto de vista tradicional para determinar a morte é a ausência de batimentos cardíacos e de respiração espontânea, porém em 1968 um comitê *ad hoc* da Harvard Medical School examinou uma proposta para definir a morte neurológica e estabeleceu cinco critérios a serem considerados antes de um paciente poder ser considerado "morto cerebral". Esses critérios, e as modificações subsequentes, geraram considerável controvérsia até esta data ^{4, 14, 28} e não são aceitos nem aplicados universalmente por causa do temor das repercussões legais. Um dos resultados foi que o número de doadores e a viabilidade de órgãos doadores têm sido reduzidos. Certamente, a adoção de critérios bem definidos e uniformes para a morte permitiria aos médicos fazer essa determinação mais prontamente e aprimoraria a qualidade e quantidade de órgãos disponíveis para transplante. Essa é uma responsabilidade dos governos estaduais e, de fato, alguns estados já tomaram essa providência. Legisladores e médicos devem ser sensíveis aos progressos na terapia clínica que podem alterar esses critérios no futuro e, como ocorre com a prática atual, a decisão final deve ser tomada pelo médico. É importante compreender que essa legislação deve permitir apenas que esses critérios sejam aplicados, sem exigir sua utilização. O potencial para doação de órgãos deve ser levado em conta, porém sem constituir um fator decisivo. Para evitar conflitos de interesse, a determinação da morte deve ser feita por um médico que não esteja participando de qualquer fase do procedimento de transplante e essa determinação terá que ser feita antes de interromper os sistemas de apoio vital, a fim de preservar os possíveis órgãos para transplante e de reduzir a responsabilidade legal. Esse método de determinar a morte neurológica poderia reduzir também as enormes pressões exercidas sobre as famílias, poupando-as de um papel na decisão de retirar os sistemas de apoio vital de um paciente com morte cerebral. Além disso, poderá fazer aumentar a probabilidade do consentimento para a doação de órgãos, pois a família será solicitada a dar o consentimento após a determinação da morte, e não antes, como ocorre atualmente.

CONSENTIMENTO PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Quem deve dar o consentimento para a doação de órgãos? É óbvio que, em circunstâncias ideais, seria o doador. Nos anos 60 o conceito de "voluntarismo encorajado", ou de "comprometimento", como é denominado na Austrália⁶, foi adotado nos Estados Unidos.²⁷ Isso refere-se ao processo pelo qual os indivíduos são encorajados a conceder permissão para a doação de órgãos antes de suas mortes pelo uso de cartões doadores, ou "testamentos vivos"; como alternativa, após a morte, os órgãos podem ser usados para transplante se certos sobreviventes designados por lei concedem essa permissão. Essa é a política usada atualmente nos Estados Unidos.

Um método alternativo de consentimento, conhecido como "consentimento presumido", ou "desobrigação", também foi proposto nos anos 60.⁸ Consistia de consentimento presumido para a doação de órgãos a menos que o falecido houvesse assinado uma ficha proibindo a doação ou que o parente mais próximo se opusesse. Alguns críticos acham que essa política era coercitiva e questionável para alguns grupos religiosos que se opõem à "mutilação" de cadáveres.²⁵ Acreditava-se que o voluntarismo encorajado acabaria sendo tão bem-sucedido com a doação de órgãos como o havia sido com a doação de sangue.

Lamentavelmente, por causa dos esforços publicitários maciços necessários, do pessoal treinado indispensável, das baixas taxas de participação do público que

conduz cartões doadores e do termo de litígio por parte de hospitais e médicos, o sucesso desse método foi muito pequeno. O desequilíbrio oferta-e-procura aumentou, conforme evidenciado pelas recentes súplicas em busca de órgãos doadores para determinados pacientes. Talvez seja o momento da sociedade rever o método de consentimento presumido em vista dos recentes progressos no campo do transplante. Entretanto, os riscos éticos do consentimento presumido não são pequenos e os possíveis abusos são numerosos e óbvios. Para se transformar em decisão política pública aos níveis estadual e federal, exigirá ação judiciária e legislativa e extensa discussão dos problemas. Por maiores que possam ser os benefícios para os receptores vivos, os direitos e até mesmo as preferências dos possíveis doadores e de seus sobreviventes devem ser considerados com muito cuidado.

Pode ocorrer uma circunstância especial acerca da doação de órgãos nas famílias em que um membro necessita de um transplante de doador vivo, que habitualmente é outro membro da família. Qual o membro a família que deve ser solicitado a fazer a doação? Uma pesquisa revelou que em muitas famílias uma criança é solicitada a doar em vez de um progenitor — uma inversão de papéis — e, no caso de ser um progenitor, 85% das famílias acham que a mãe deve fazê-lo.²⁰ Se o hipotético doador vivo aparentado for uma criança, os pais são limitados a dar o consentimento apenas para procedimentos que possam beneficiar a criança. Será que a doação de um órgão é benéfica para o doador vivo aparentado? As cortes determinaram que, em certas circunstâncias, poderá ser benéfica; entretanto, em geral, esse conceito limita a doação de órgãos por parte de menores. É óbvio que a idade e a capacidade de compreender a natureza do procedimento, suas complicações, o risco potencial para o doador e o benefício potencial para o receptor são cruciais para a obtenção do consentimento informado. Os precedentes legais limitam especificamente as circunstâncias em que isso é aceitável.²²

Uma situação semelhante é a doação de órgãos por parte de um indivíduo incompetente. Em geral, as mesmas orientações básicas adotadas para a doação feita por menores se aplicam à doação por indivíduos incompetentes.²²

Em geral, admite-se que os prisioneiros são incapazes de dar um consentimento informado verdadeiro em virtude da possibilidade de coerção implicada.²² De fato, alguns argumentam que a situação de um prisioneiro é "inerentemente coercitiva" e que até mesmo o consentimento para participar em projetos de pesquisa relativamente seguros, como sujeitos, é inidôneo. É incontestável que qualquer prática generalizada de doação por prisioneiros deve ser essencialmente contestada.²¹

COMPRA E VENDA DE ÓRGÃOS

O voluntarismo encorajado promove o conceito de que a doação de órgãos é virtuosa e que membros da sociedade decidirão livremente doar órgãos por razões altruísticas; entretanto, houve muita discussão acerca da compra e venda de órgãos.^{1,5,11,13,17-20,24} A doação ou solicitação de órgãos com vantagens econômicas é totalmente contrária ao espírito do Uniform Anatomic Gift Act (1968) e foi contestada pelo Committee on Morals and Ethics da Transplantation Society e da National Kidney Foundation.²⁴ É discutível se uma pessoa "possui" seu corpo e pode, portanto, vender uma parte desse corpo e se é imoral vender algo essencial para o bem-estar de outra pessoa.¹⁷ Alguns autores propuseram que a venda de um órgão é imoral, mas que não seria imoral compensar um doador vivo pelo "serviço de dar o órgão".²⁰ As leis federais adotadas em combinação com o End Stage Renal Disease Program (Programa de Doença Renal em Estágio Terminal) permitem o pagamento a um doador de órgão "para todas as despesas razoáveis havida com o preparo, a operação e a recuperação pós-operatória".²² Por mais desagradável e moralmente ofensiva que essa venda possa ser para a maioria de nós, não é impossível que uma sociedade altamente mercantil possa encontrar maneiras de institucionalizá-la. As doações de sangue e plasma por gratificações (deploravelmente pequenas) constituem uma mácula estabelecida em nossa reputação social e a venda de órgãos não é inconcebível. Esse problema foi resolvido em 1984 com a promulgação do National Organ Transplantation Act, que contém uma cláusula proibindo a compra de órgãos humanos para utilização em transplante e estabelece uma penalidade máxima de \$ 50,000 ou cinco anos de prisão, ou ambos.

XENOENXERTOS

O primeiro transplante cardíaco foi realizado em 1964 por Hardy,¹² que transplantou

com sucesso o coração de um chipamzé em um homem. No mesmo ano, Starzi³⁰ e Reemtsma²⁶ relataram suas experiências em heterotransplante renal. Em 1977, Barnard³ e colaboradores relataram o uso de um xenoenxerto para transplante cardíaco heterotópico, com a finalidade de ajudar o lado esquerdo insuficiente do coração e, mais recentemente, Bailey² realizou um transplante cardíaco com xenoenxerto num recém-nascido com síndrome de coração esquerdo hipoplásico. Apesar de ter havido alguma surpresa inicial de que um bebê pudesse receber o coração de um babuíno, a implantação de dispositivos médicos feitos com tecidos animais (por exemplo, válvulas cardíacas, condutos vasculares) constituiu, por muitos anos, uma prática médica aceita em qualquer objeção por parte da sociedade. A preocupação da xenoenxertia em seres humanos reside no fato de não existir atualmente nenhuma base experimental sólida em animais e de todas as tentativas anteriores em seres humanos terem fracassado. Trata-se certamente da experimentação em seres humanos e pode-se formular uma questão legítima acerca da aplicação desse conceito a um recém-nascido e se um consentimento informado verdadeiro pode ser obtido dos pais nesse período altamente estressante. Nesse grupo etário fracassou até mesmo o transplante de corações humanos e existem procedimentos alternativos para a correção da síndrome do coração esquerdo hipoplásico.²³

Em vista da opressiva preocupação acerca dos custos da assistência de saúde nos Estados Unidos e da falta de disponibilidade uniforme de assistência básica de saúde, pode-se enunciar uma preocupação moral no sentido desses fundos serem gastos de maneira mais justa com as necessidades de muitos e não com as necessidades de uns poucos. Esses argumentos foram formulados também na avaliação da pesquisa sobre implantação do coração artificial. Apesar de já se ter escrito muito acerca desse programa, a questão geral da distribuição legítima de recursos limitados e da procura de algumas limitações para os custos nacionais acompanhá-los durante o futuro previsível. Nisso participam dois conjuntos de valores às vezes conflitantes. Ao nível da orientação pública, será prudente tomar decisões abstratas e impessoais acerca dos custos sociais totais, da distribuição justa e eficaz de recursos limitados e da salvação ou perda de vidas estatísticas. Ao nível de determinado paciente com uma enfermidade ou lesão aguda que ameaça a vida serão prováveis as decisões de uma natureza muito diferente, baseadas não apenas na compaixão, mas também na própria natureza da moralidade médica ocidental.

TRANSPLANTE

Seleção dos Receptores

Quem deve ser submetido a um transplante de órgão? Quando o End Stage Renal Disease Program foi criado em 1972, os fundos eram usados para candidatos clinicamente adequados de idade razoável e sem distúrbios psiquiátricos. Desde aquela época, os critérios para diálise e transplante renal expandiram-se e os custos aumentaram de maneira impressionante. Isso impôs aos médicos uma sobrecarga ética, pois terão que justificar a negação desses procedimentos aos pacientes com pouca ou nenhuma probabilidade de recuperação. Embora seja possível enunciar argumentos morais favoráveis à filosofia de nunca negar um tratamento potencialmente benéfico, pode-se emitir um argumento igualmente poderoso no sentido de não aumentar nem prolongar o sofrimento. À medida que os custos da assistência médica continuam aumentando até o ponto de comprometer a assistência médica padronizada, a sociedade terá que decidir quais são os procedimentos justificados e para quem. É incontestável que os procedimentos de benefício duvidoso ou marginal só devem ser aplicados em pacientes de baixo risco e sem distúrbios psiquiátricos, se é que devem realmente ser aplicados. O problema da seleção final entre os candidatos aceitos para transplante está sujeito ao processo imposto pelo pequeno número de doadores reais.

Consentimento

Nos procedimentos aceitos de transplante, o consentimento informado é obtido da maneira habitual. Em todos os casos o paciente deve ser informado acerca da probabilidade de sucesso ou de fracasso e dos riscos implicados.

Nas formas mais controversas e experimentais de transplante, como a implantação de um coração artificial, o processo de obter o consentimento informado deve ser e tem sido mais extenso. É fundamental que os pacientes compreendam o maior risco de morte ou de complicações e a natureza experimental do procedimento com o menor constrangimento possível. Devem ser informados que a recusa constitui uma escolha aceitável e deverão dispor de um período de tempo razoável para recuar ou modificar sua decisão. Na melhor das circunstâncias, é difícil para um paciente com uma doença fatal recusar até mesmo o procedimento mais experimental e os médicos não devem fazer nada que possa aumentar a força coercitiva já presente e associada com a morte iminente ou certa.²¹

Qualidade de Vida

A capacidade de aplicar a nova tecnologia e de prolongar a vida, assim como a elaboração de novas técnicas para o tratamento das doenças, resultou numa maior percepção da qualidade de vida. A cirurgia de transplante preocupa particularmente em virtude de seus altos custos, dos períodos prolongados de hospitalização e recuperação e da assistência médica intensiva e de acompanhamento.

Os psiquiatras mostraram-se ativos no campo do transplante renal desde seu advento.¹⁵ Eles desempenharam um papel importante na definição das contra-indicações psiquiátricas para o transplante, ajudando a dissipar temores e esperanças irreais do receptor, orientando os pacientes através da fase de recuperação e amparando as famílias dos receptores. Além disso, o psiquiatra é valioso quando o transplante envolve um doador vivo ou quando a perspectiva de sucesso é precária ou mal definida.

A qualidade de vida está se tornando um fator mais importante ao se avaliar a eficácia da assistência de saúde,¹⁶ sendo que a prática mutável da medicina e a evolução dos programas de assistência de saúde refletem esse fato e continuarão evoluindo. Isso exigirá melhores métodos para avaliar e acompanhar a qualidade de vida, com base em dados objetivos, assim como subjetivos.¹⁰

CONCLUSÃO

O futuro da cirurgia de transplante exigirá que nossa sociedade tome decisões éticas adicionais através da participação de líderes governamentais, líderes religiosos, médicos, éticos, psiquiatras, seguradores e o público em geral acerca da quantidade de fundos para a assistência de saúde a serem usados para transplante, da distribuição desses fundos e de outros recursos limitados e da elegibilidade dos indivíduos para os mesmos. Essas decisões exigirão muita ponderação e discussão e gerarão grandes debates, porém em última análise terão que ser tomadas tanto pelos indivíduos quanto pela sociedade como um todo.

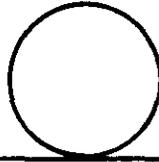
REFERÊNCIAS

1. Bach, D.S.: Markets in kidneys. *Lancet*, 2:1102, 1984.
2. Bailey, S.S., Yung, J., and Johnson, W.: Orthotopic cardiac xenografting in the newborn. Presented before the Tenth Annual Meeting of the Western Thoracic Surgical Association, June 20-23, 1984.
3. Barnard, C.N., Wolpowitz, A., and Losman, J.G.: Heterotopic cardiac transplantation with a xenograft for assistance of the left heart in cardiogenic shock after cardiopulmonary bypass. *S. Afr. Med. J.*, 52:1035, 1977.
4. Byrne, P.A., O'Reilly, S., and Wuay, P. M.: Brain death—an opposing viewpoint.

- J.A.M.A., 242:1985, 1979.
5. Carpenter, C. B., Ettenger, R. S., and Strom, S.: "Free market" approach to organ donation. *N. Engl. J. med.*, 310:395, 1984.
 6. Cowen, Z.: The Victor Coppelson oration—questions for us all. 2:335, 1982.
 7. DeVries, W.: Consent forms for Dr. Clark and Mr. Schroeder, unpublished.
 8. Dukeminier, J., and Sander, D.: Organ transplantation: A proposal for routine salvaging of cadaver organs. *N. Engl. J. med.*, 279:413, 1968.
 9. Evans, R. W., Manninen, D.L., Gerch, B.J., et al: The need for and supply of donor hearts for transplantation. *Journal of heart Transplantation*, 4:57, 1984.
 10. Evans, R. W., Manninen, D.L., Maier, A., et al.: The quality of life of kidney and heart transplant recipients. *Transplant. Proc.*, 17:1579, 1985.
 11. Freier, D.T.: Organ selling for transplantation. *Prog. Clin. Biol. Res.*, 38:141, 1980.
 12. Hardy, J. D., Chavez, C.M., Kurrus, F. D., et al.: Heart transplantation in man: Developmental studies and report of a case. *J.A.M.A.*, 188:1132, 1964.
 13. Kidney brokerage: A glimpse of the future? *Lancet*, 2:1081, 1984.
 14. Kirby, M.D.: Human tissue transplants: A riposte. *Med. J. Aust.*, 1:331, 1980.
 15. Knight, J.A.: The liaison psychiatrist in kidney transplantation. *Int. J. Psych. Med.*, 10:221, 1980.
 16. Levine, S., Croog, S.H., and Sudilovsky, A.: Quality of life as an emerging concern in health. *Cardiovasc. Rev. Rep.*, 6:345, 1985.
 17. Mavrodes, G.I.: The morality of selling human organs. *Prog. Clin. Biol. Res.*, 38:133, 1980.
 18. The morality of buying organ transplants: Case for discussion. *Prog. Clin. Biol. Res.*, 38:131, 1980.
 19. The morality of buying organ transplants: Introduction. *Prog. Clin. Biol. Res.*, 38:127, 1980.
 20. The morality of buying organ transplants: Summary of discussion results. *Prog. Clin. Biol. Res.*, 38:145, 1980.
 21. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research; Report and Recommendations: Research Involving Prisoners. DHEW Publication No. (DS) 76-131. Washington, D.C. 1976.
 22. Norton, M.L., Dempsey, S.P., and DeKornfeld, T.J.: Organ transplantation; Medico-legal considerations. *med. Law*, 2:291, 1983.
 23. Norwood, W.I., Lang P., and Hansen, D.D.: Physiologic repair of aortic atresia-hypoplastic left heart syndrome. *N.Engl. J.Med.*, 308:23, 1983.
 24. Porter, S.: Organ transplants: Part Two: Questions and controversy. *Ohio State Med.J.*, 80:33, 1984.
 25. Ramsey, P.: *The Patient as Person*. New Haven: Yale University Press, 1970.
 26. Reemstma, K., McCrahen, B.H., and Schlegel, J.U.: Renal heterotransplantation in man. *Ann. Surg.*, 160:384, 1964.
 27. Sadler, A.M., Sadler, B.L., Stason, B., et al.: Transplantation: A case for consent. *N. Engl. J. Med.*, 280:862, 1969.
 28. Searle, J.F.: Transplants: Are the donors really dead? *Anesthesiology*, 36:253, 1981.
 29. Simmons In Greiger, I.: Transplantation surgery. *Mt. Sinai J. Med.*, 51:52, 1984.
 30. Starzl, T.E., Marchioro, T.L., and Peters, G.N.: Renal heterotransplantation from baboon to man: Experience with 6 cases. *Transplantation*, 2:752, 1964.
 31. Zaontz, L.: The National Organ Transplantation Act. *Bull. Am. Coll. Surg.*, 70:18, 1985.

Suite 1226 - Medica Arts Building - 1169 Eastern Parkway - Louisville, Kentucky, 40217

Transcrito de: The Surgical Clinics of North America (em Português) Nº 3 pag. 651-658, 1986, Tema "Simpósio sobre Transplante de Órgãos.



Circuncisão é Ato Médico. E o Rabino?

O presente parecer consulta tem origem em carta subscrita pelo Rabino Elyahu Baruch Valt, na qual anexa carta do Maimonides Medical Center de Nova York, assinada pelo residente Chefe do Departamento de Cirurgia, na qual informa que é prática estabelecida na Cidade de Nova York, a presença do Reverendo para o ritual da circuncisão nos recém nascidos judeus nos hospitais.

O Rabino em 2ª carta, detalha a circuncisão judaica, informando que: o ato da circuncisão consiste em:

- o reverendo executa o corte do prepúcio do pênis, com faca cirúrgica esterilizada.
- o reverendo aplica medicação local imediatamente após o corte.
- o reverendo enuncia bênçãos religiosas.

PRESENCAS NO RECINTO:

- Rabino
- Reverendo
- Criança propriamente dita.
- Padrinho da criança

Conclui a sua segunda carta, dizendo que "por tratar-se de um ato religioso e apesar de estar ligado a medicina, haveria a possibilidade de um médico presenciar ao ato."

Senhor Presidente.

A circuncisão é ato médico e como tal é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, não devendo ser praticado por outro profissional que não o médico.

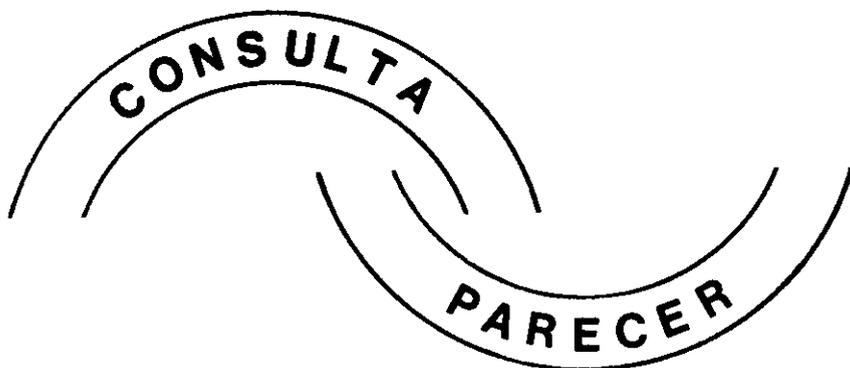
Este é nosso precer, s.m.j.

São Paulo, 24 de março de 1987.

Cons. Fausto Figueira de Mello Jr.
CREMESP

APROVADO NA 1240ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 21.04.87

BLEFAROPIGMENTAÇÃO É UM ATO MÉDICO?



ASSUNTO: Blefaropigmentação

Nº CRM PR - 070/87

Por ser ampla a divulgação na imprensa leiga, matéria e publicidade sobre blefaropigmentação, o Presidente da CODAME, solicitou ao plenário deste egrégio Conselho, consulta à Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Regional do Paraná e à Associação Paranaense de Oftalmologia, consulta inquirindo sobre a sua exclusividade como ato médico e para fins de publicidade em que especialidade estaria incluída.

Por solicitação do Senhor Presidente do CRM/PR, houve resposta dos Drs. José Cândido Murici e Antonio Vantuil Sâmara, Presidentes das citadas Sociedades.

Da conjunção de respostas, concluiu-se:

- 1º) a blefaropigmentação é um ato exclusivamente médico, devendo ser realizada por médicos cirurgiões, em ambiente médico cirúrgico-hospitalar, já que implica em assepsia e antissepsia, anestesia local e introdução de pigmento de óxido ferroso por equipamento especial, provido de agulhas móveis acopladas.
- 2º) Tem indicações médicas específicas, tais como blefarites, cicatrizes pós-cirúrgicas ou de queimaduras, portadores de lente de contato e limitantes da cosmetologia, como presbiopia, cataratas ou mal de Parkinson.
- 3º) Obviamente tem complicações que somente poderiam ser solucionados por médicos: choque anafilático por anestésico local, injeção do anestésico por técnicas inadequadas. Outrossim, o risco de contaminação por micro organismos diversos como, por exemplo hepatite e AIDS, indicam a necessidade de supervisão médica quanto ao material utilizado.
- 4º) Em contato com a classe médica, sabemos que este procedimento tem afinidade com as especialidades de cirurgia plástica, dermatologia e oftalmologia, sendo no entretanto praticado amplamente por clínicas de estéticas.

CONCLUSÃO:

1º) - A Blefaropigmentação é ato médico e portanto devem ser denunciados ao Serviço de Fiscalização da Medicina da SESB, por curandeirismo as clínicas estéticas que a propagam e a executam.

É o nosso parecer.

Curitiba, 08 de junho de 1987

CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

AIDS E ÉTICA MÉDICA

PARECER

I - Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) vem, em face de suas características, causando uma série de modificações que se manifestam nos diversos planos da realidade

Problema de ordem mundial, não se pode vê-lo circunscrito a algumas regiões do mundo ou a determinado segmento da população humana: é algo que nos afeta a todos, de algum modo.

Evidentemente, tendo em vista estes aspectos, não poderia deixar de trazer à tona várias questões de natureza ética. Em outras palavras, a eclosão da AIDS passou a exigir de todos nós reflexões acerca de nosso comportamento. E, particularmente, no que toca à conduta do profissional da área da Saúde, veio impor a abordagem, sob o ponto de vista ético, das situações novas trazidas ao dia-a-dia pela moléstia.

Este trabalho visa ao enfoque de algumas das facetas da questão, voltando-se basicamente para a atuação do médico nos diversos níveis em que ele poderá se deparar com problemas surgidos com o advento da AIDS. Não têm os autores a veleidade de esgotar o assunto, vez que acreditam se acharem defronte de um tema cuja dinâmica evolutiva é acelerada e diante do qual se impõe constante reciclagem.

Entretanto, se de alguma forma este estudo puder ajudar a melhorar a qualidade da relação médico-paciente, as condições de vida daqueles atingidos pela AIDS e as condições de trabalho do profissional médico envolvido na luta contra esta doença, terá alcançado o seu objetivo.

Por fim, acreditamos que, assim agindo, cumpre o CREMESP o seu dever de procurar fazer da Ética Profissional algo efetivamente vivo e presente em nosso cotidiano.

NOTA: Toda a abordagem feita neste trabalho é fundamentada nas normas éticas vigentes, em especial nas constantes do Código de Ética Médica, que se acha em vigor desde sua publicação no Diário Oficial da União de 26 de janeiro de 1988. Este, quando necessário for, será citado pela sigla "CEM", seguido dos números correspondentes aos artigos que contêm as disposições às quais o texto faz alusão.

II - AIDS e discriminação

Com o advento da AIDS nestes últimos 10 anos, experimentou o mundo o recrudescimento de posturas obscurantistas e discriminatórias contra alguns grupos sociais que têm sido identificados como susceptíveis em maior grau à aquisição da doença. Imaginam aqueles que defendem a hostilidade contra tais grupos que, assim agindo, conseguirão aumentar sua segregação e, por conseqüência, obter a circunscrição da doença a faixas controláveis.

Na verdade, tal postura traduz tão-somente a intolerância experimentada em face de comportamentos que se consideram indesejáveis. Em outras palavras, o que se deseja combater, assim, não é a doença, mas o comportamento.

Não há nenhum fundamento científico na conduta que preconiza a segregação dos chamados grupos de risco como forma de se controlar a expansão da doença. Todos os trabalhos que têm sido produzidos apontam para a necessidade de se obter do paciente infectado pelo vírus da AIDS, sobretudo, a colaboração e ter para com ele respeito e consideração. Somente assim, compreendendo-se na medida do possível a enorme variedade de fatores que presidem, nos planos existencial, afetivo e social, as relações entre cada indivíduo e o mundo que o cerca, pode-se obter uma situação favorável ao encaminhamento adequado das alternativas de abordagem dos problemas que surgem em função da doença.

Nesse sentido, é fundamental que o médico busque desvencilhar-se, sempre, de preconceitos que possam estar vinculados à sua postura profissional. Para isso, a questão ética apresenta-se em duas vertentes:

1*) Deve o médico ter presente a natureza de sua profissão e, principalmente, sua finalidade (CEM, 1º, 2º e 6º);

2*) Deve o médico buscar a mais ampla informação possível acerca daquilo que vai cuidar, não só fundamentando cientificamente sua conduta, mas tendo em vista que o conhecimento é o caminho para a eliminação do preconceito (CEM, 2º e 5º).

Assim agindo, estará o médico dando o mais importante passo para assumir seu papel no combate à doença.

III - Relação médico-paciente

A abordagem dos aspectos éticos que envolvem a relação médico-paciente pode ser desdobrada de várias formas. Tentaremos apontar aquelas que envolvem mais frequentemente dúvidas quanto à conduta a ser adotada.

a) - Recusa do paciente

Pode o médico, no âmbito da clínica particular, recusar seus serviços profissionais a quem não deseje como paciente, ressalvadas as situações em que está obrigado a atender — ausência de outro médico no local, em casos de urgência, ou quando sua negativa puder trazer danos irreversíveis ao paciente (CEM, 7º e 58). Entretanto, se o médico mantiver relação de trabalho com entidade pública ou privada que se dispõe a receber casos de determinada natureza, não poderá ele se recusar a atendê-los posto que há prévios compromissos entre médico e instituição e entre instituição e usuário que não de ser respeitados, sob pena de ser desarticulado um sistema de atendimento. Em contrapartida, poderá sempre o médico exigir de tais instituições condições dignas de exercício da profissão, o que engloba, entre outros fatores, mecanismos de proteção individual e coletiva que encontrem fundamento no conhecimento científico disponível a respeito (CEM, 3º, 14, 22 e 23). Ressalte-se, a propósito, que cabe ao médico em posição de chefia nestas instituições o dever de atuar no sentido de que tais condições sejam oferecidas aos colegas que nelas trabalhem (CEM 14 e 17).

b) - Respeito ao paciente

Desnecessário enfatizar a importância do respeito ao paciente no que toca, principalmente, à sua dignidade.

Não nos esquecendo de que esta apresenta várias facetas, há que se ter em mente a enorme carga emocional que se vincula à condição de infectado pelo HIV. Assim, a cada momento devemos ter clareza que quando nos encontramos diante deste tipo de doente, achamo-nos em face de alguém fragilizado pela própria condição e até hostilizado por isso. Deve o médico procurar agir de forma a atenuar esse sofrimento, visando restaurar no paciente, na medida do possível, o respeito próprio, e propiciar-lhe condições dignas de existência (CEM, 1º, 2º e 6º), resguardando sempre seu pudor (CEM, 63).

Lembremos aqui a necessidade de se informar amplamente o paciente acerca de suas condições e perspectivas, a fim de que possa exercer plenamente o direito de tomar decisões pessoais, incluídas aqui aquelas que dizem respeito ao seu bem-estar (CEM, 56 e 59). Enfatizamos também o cuidado de que se deve cercar o médico quando revelar o resultado de exames ao paciente, assegurando-se de comprovações antes de dar qualquer informação precipitada que lhe possa causar sofrimento desnecessário (CEM, 59). Além disso, caso o médico responsável pela revelação de tal resultado não seja especialista no assunto e, como tal, sinta-se pouco à vontade em cuidar desse tipo de patologia, deverá ele proceder ao encaminhamento do paciente a um serviço especializado, onde este possa receber orientação e acompanhamento adequados (CEM, 29 e 57).

c) Abandono do paciente

Não poderá o médico abandonar o paciente do qual tenha iniciado tratamento, a não ser que tenham ocorrido fatos que possam prejudicar a relação médico-paciente ou o desempenho profissional. Em qualquer caso, comunicação prévia terá de ser feita ao paciente ou seu responsável legal, devendo o médico se assegurar da adequada continuação da assistência que vinha sendo prestada àquele (CEM, 61, "caput", § 1º).

Tal orientação aplica-se mesmo no caso de ser a doença crônica ou incurável (como é presentemente a AIDS), não podendo o médico abandonar o paciente, a não ser que haja justa causa. Deve o médico, portanto, prosseguir no atendimento ao paciente dessa espécie, ainda que seja apenas para lhe atenuar o sofrimento físico ou psíquico (CEM, 61, § 2º).

d) - Sigilo profissional

O sigilo tutelado pela norma é aquele que pertence ao paciente. Base da confiança que deve reger a relação profissional, é fundado nele que o paciente revela ao médico aspectos de sua privacidade essenciais ao perfeito equacionamento do problema. Além daqueles que o próprio paciente expõe, através de sua ação, o médico toma conhecimento de outros pormenores que pertencem exclusivamente ao âmbito do recato pessoal. Se tais dados não fossem obtidos pelo médico, certamente ele estaria impedido de exercer seu mister. Todavia, não tem o médico o direito de revelar a outrem aquilo que sabe a respeito de seu paciente, sob pena de comprometer irremediavelmente a qualidade da relação profissional.

Aquilo que pertence à esfera da intimidade de cada um de nós assim deve permanecer, a não ser que seu titular não o deseje. O segredo médico, portanto, é a proteção de que dispõe o paciente para que nada que seja estritamente pessoal chegue ao conhecimento de terceiros sem sua anuência (CEM, 102).

O indivíduo infectado pelo HIV evidentemente não está excluído dessa proteção. Cabe aqui examinar algumas situações especiais:

1º) - Pode o paciente desejar que sua condição não seja revelada sequer a seus familiares. Tal desejo deverá ser respeitado, vez que mesmo os familiares são exteriores à relação médico-paciente. Muitas vezes, a equipe de saúde, e o médico em particular, podem ser submetidos a fortes pressões advindas de familiares e amigos do paciente, visando à obtenção da verdade dos fatos. Esse comportamento surge em função da perplexidade que a conduta médica e os dados da evolução clínica eventualmente geram em quem desconhece o diagnóstico de base. Nessas circunstâncias, é lícito solicitar ao paciente que designe uma pessoa que pertença ao círculo familiar ou ao círculo de amizade para que seja ela corretamente informada e, assim, possa servir de elo de ligação entre aqueles e a equipe de saúde. Todavia, se o paciente recusar a autorização para isso, o sigilo deverá ser mantido, por maiores sacrifícios que tal conduta possa implicar, tanto para

o médico como para os demais profissionais de saúde ligados ao caso (CEM, 102, "caput"). Ressalte-se que esta proibição de quebra do sigilo persiste mesmo após a morte do paciente (CEM, 102, parágrafo único);

2º) Quanto aos comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, há a necessidade de se buscar a colaboração do paciente no sentido de revelá-los ao médico quando for factível o rastreamento epidemiológico. Haverá aqui, nessas condições, possibilidades de ruptura de sigilo plenamente justificada, posto que se está a proteger bens de maior relevância que o bem-estar individual, quais sejam o bem-estar social e a saúde (e mesmo a vida) de outras pessoas — tem-se aqui em vista o conceito da legítima defesa (CEM, 102). Em nosso meio, infelizmente, as condições práticas para a realização do rastreamento de comunicantes, mesmo por parte dos órgãos públicos aos quais cabe essa tarefa, têm sido mínimas ou ausentes. Quando ele for efetuado, no entanto, será dever do médico, bem como dos demais membros da equipe encarregada dessa atividade, usar do máximo cuidado a fim de impedir a disseminação de informações relativas ao paciente para além dos limites daquilo realmente necessário, evitando, destarte, transtornos de ordem pessoal para este (CEM, 14, 44, 102, 107 e 108);

3º) A revelação aos comunicantes de determinado paciente que este se encontra na condição de infectado pelo HIV deve ser feita com a concordância e a colaboração deste. Todavia, havendo a recusa do paciente nesse sentido, é lícita a iniciativa do médico em informar o comunicante contra a vontade daquele pelas mesmas razões acima expostas — o que se está a proteger se sobrepõe aos motivos pessoais do paciente, ocorrendo, assim justa causa (CEM, 102). Isso vale também, é importante destacar, para futuros comunicantes — típico é o caso de paciente infectado pelo HIV que, pretendendo se casar, deixa de revelar a seu futuro cônjuge sua condição. Nessas circunstâncias, sendo infrutíferos os esforços no sentido de convencer o paciente a tomar a iniciativa de informar o seu futuro consorte quanto à realidade dos fatos, deverá o médico proceder a tal medida, que se impõe em função do perigo iminente, configurando-se ato de legítima defesa (CEM, 102);

4º) O segredo há de ser quebrado no que concerne à informação devida pelo médico às autoridades sanitárias. Assim, no caso do Estado de São Paulo, estão os médicos obrigados a notificar, à Secretaria de Estado da Saúde, **todos os casos com suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de AIDS**; os casos com sorologia positiva para anticorpos anti-HIV que não apresentam quadro clínico não deverão ser notificados, exceção feita aos doadores de sangue soropositivos — em relação a estes, a notificação é exigida em face das medidas que hão de ser adotadas pelos órgãos de vigilância epidemiológica. Ressalte-se, a propósito, que em outros países a notificação obrigatória é extensiva também a casos de soropositividade em doadores de órgãos ou tecidos, bem como em doadoras de leite. Não haverá, pois, ilicitude na revelação de segredo nas circunstâncias apontadas, vez que estará o médico agindo no estrito cumprimento de dever legal, o qual atende, por seu turno, o interesse da coletividade (CEM, 1º, 14, 44 e 102).

IV - AIDS e instituições

Cremos ser importante que se trate da questão que envolve a AIDS e alguns tipos de instituições. Evidentemente, aqui não serão esgotadas as possibilidades de problemas relativos ao assunto; parece-nos, entretanto, desejável que verifiquemos alguns deles, que freqüentemente têm sido suscitados. Faremos a abordagem de acordo com o tipo de instituição em que eles se manifestem.

a) Estabelecimentos de assistência médica

Tem sido apontada a possibilidade de alguns estabelecimentos, notadamente de assistência médica hospitalar, recusarem o atendimento de indivíduos infectados pelo HIV. A questão da recusa aqui, "mutatis mutandis", se coloca na mesma perspectiva que a da recusa do paciente pelo médico: poderá a instituição recusar o atendimento desde que efetivamente não disponha de recursos para tal, não se destine a esse específico tipo de atividade ou clientela e haja na localidade outro estabelecimento em condições de fazê-lo. Evidentemente, lembramos que na situação de urgência não se poderá recusar o atendimento, posto que haveria omissão de socorro (CEM, 7º e 58).

No trabalho em equipe que se desenvolve em tais estabelecimentos destacam-se duas importantes medidas:

1º) O acesso à ampla informação acerca da doença, suas características e manifestações, possibilidades de tratamento, meios de prevenção etc. É imperioso que tal conhecimento seja difundido a fim de que se possa evitar problemas advindos da ignorância dos fatos (discriminação, preconceito, conduta inadequada ou errada em face do paciente, utilização indevida de instrumentos e materiais, proteções individual e coletiva insuficientes ou inexistentes etc.). A segurança da equipe multiprofissional depende fundamentalmente desse processo de estudo da doença e tudo a ela relacionado, o qual deve ser constante, possibilitando a todos contínua reciclagem (CEM, 14, 17 e 18);

2º) O fornecimento de condições adequadas de trabalho, o que engloba o acesso a meios de proteção individual e coletiva. Destacam-se aqui a criação de rotinas e procedimentos, o uso de equipamentos de proteção e o estabelecimento de programas de treinamento e de supervisão (CEM, 14, 17 e 18).

Devem os médicos nas instituições transmitir, aos demais membros da equipe multiprofissional as informações necessárias ao correto atendimento do paciente e a precaução a ser adotada. Não há, nestas circunstâncias, quebra de sigilo, vez que o trabalho da equipe é extensão da ação do médico e seus membros estão igualmente presos à guarda das informações obtidas, preservando-se, assim, a intimidade e o recato do paciente (CEM, 11 e 107).

Tem sido levantada a possibilidade de virem alguns estabelecimentos a instituir a obrigatoriedade da realização de testes para detecção de soropositivos para aqueles que desejam neles se internar. Os defensores de tal procedimento alegam que, com isso, poderiam melhor orientar o atendimento e o trabalho da equipe multiprofissional. Se tivermos em mente o bem-estar do paciente e a proteção da equipe, não encontramos objeção sob o ponto de vista ético, vez que se visa à saúde do ser humano; entretanto, verificamos nesse método pouca praticidade; melhor preparar a equipe a fim de agir com segurança com qualquer paciente, mencionando-se também as limitações até aqui existentes dos exames laboratoriais disponíveis (nem todos os portadores do HIV seriam identificados). Além disso, a medida, se mal implementada, poderia ensejar o surgimento de posturas discriminatórias, o que, evidentemente, é reprovável (CEM, 1º, 2º, 14 e 18).

Por fim, mencione-se a responsabilidade que deve ser assumida por todos aqueles que ocupam funções de direção e chefia, aos quais cabe não só zelar pelo bom desempenho ético e profissional daqueles que militam na instituição, mas cuidar de lhes fornecer condições adequadas para que esse trabalho possa ser satisfatoriamente desenvolvido. Inclui-se aqui o importante papel a ser desenvolvido pela Comissão de Ética Médica na contínua busca da observância plena dos preceitos éticos que norteiam o exercício da profissão (CEM, 17, 18, 19, 22 e 85).

Estabelecimentos de atividade hemoterápica

Importante papel no controle da doença deve ser desempenhado por estabelecimentos onde se exerça qualquer tipo de atividade hemoterápica. Os significativos

números que apontam a transmissão transfusional como a responsável por grande número de casos de doença ensejaram medidas, por parte do Estado, visando à redução do coeficiente de incidência da AIDS produzida por esse mecanismo.

Tivemos, no Estado de São Paulo, a aprovação da Lei nº 5.190, de 20 de junho de 1986, que estabelece a obrigatoriedade da realização de testes sorológicos para detecção do HIV no material colhido para transfusões de sangue e/ou derivados em hospitais, bancos de sangue, maternidades e centros hemoterápicos.

Recentemente, a medida passou a ser de âmbito nacional com a aprovação da Lei federal nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, que impõe a obrigatoriedade da realização de testes que têm por fim evitar a propagação da AIDS, hepatite B, sífilis, malária e doença de Chagas.

Em face de tais normas, está o médico que atua nesses estabelecimentos obrigado à observância delas, que são de capital importância no esforço para controle e diminuição das taxas de incidência da doença (CEM, 14 e 44).

Reafirmamos aqui a necessidade de se informar ao doador o resultado do teste sorológico, bem como dos desdobramentos possíveis em face do encontrado (CEM, 46, 48 e 59).

c) Estabelecimentos prisionais

A questão da AIDS no âmbito dos presídios, cadeias públicas, delegacias etc., traz à baila um assunto delicado e polêmico, qual seja, o precário estado dos estabelecimentos prisionais e as condições de atendimento neles existentes.

De nada adiantará adoção de medidas de identificação de portadores do HIV entre aqueles que ingressam no sistema prisional se, efetivamente, não se puder desenvolver um atendimento subsequente adequado e que respeite a dignidade da pessoa. Tal procedimento, tendo-se em vista as atuais condições do sistema, poderá servir para aumentar a estigmatização dos portadores do HIV, expondo-os a riscos de segregação ou mesmo hostilização. Além disso, há que se pensar na melhoria dos serviços de saúde hoje disponíveis no âmbito de tais estabelecimentos, sabidamente precários em termos de recursos (CEM, 1º, 2º, 6º, 47 e 53).

As condições peculiares existentes nos presídios impõem que sejam adotados programas educacionais, dirigidos à população carcerária e aos funcionários de tais instituições, com o objetivo de reduzir, na medida do possível, o risco de aquisição da doença (CEM, 1º, 2º, 6º e 12).

Finalmente, devemos ter em conta de que cabe ao Estado zelar pela preservação da integridade e da dignidade daqueles que se encontram recolhidos ao sistema prisional. Ao médico que atua em tais instituições, por seu turno, é atribuída parte dessa responsabilidade, devendo este, portanto, empregar o melhor de si para que tal escopo seja atingido (CEM, 1º, 2º, 14, 22, 44 e 53).

V - AIDS e Medicina do Trabalho

Diversos problemas surgiram no âmbito de empresas a partir do recrudescimento da incidência da AIDS.

Creemos ser oportuno o exame daqueles que amiúde têm sido levantados.

Preocupada com a disseminação da doença e com as repercussões que poderiam ocorrer em relação à produtividade, parcela do empresariado passou a exigir dos serviços de Medicina do Trabalho medidas que, acreditavam, poderiam limitar ou impedir que portadores do HIV pertencessem aos quadros de funcionários de suas empresas. Procedimentos tais como realização de testes sorológicos em exames

pré-admissionais, exigência da realização de testes sorológicos para os funcionários das empresas, demissão de portadores do HIV, envio da relação de portadores do vírus aos empregadores etc. vieram a ser solicitadas dos médicos do trabalho, criando evidentes conflitos com a conduta eticamente aceitável nessas circunstâncias.

Não há justificativa técnica ou científica para a realização indiscriminada de exames sorológicos. Além de suas notórias limitações no presente, relativamente aos resultados obtidos, não há razão para que o soropositivo seja discriminado profissionalmente (a não ser que haja relação direta da atividade a ser desempenhada e as formas de transmissão conhecidas). A integração ao trabalho reduz a marginalização e as dificuldades que o portador do HIV experimenta em face da sociedade. Vale lembrar que a demissão de trabalhadores infectados pelo HIV, além de inaceitável dos pontos de vista científico, ético e humano, pode trazer reflexos negativos para a sociedade em seus esforços para conter esta epidemia. É óbvio que, privados de seus empregos e, muitas vezes, por consequência, também de assistência médica e de condições dignas de existência, poderão alguns portadores do HIV se encaminhar justamente para atividades que os tornarão mais perigosos no tocante à disseminação da infecção - prostituição, tráfico e consumo de drogas, comércio de sangue etc.

É evidente que o empregador é livre para contratar quem desejar. No entanto, excetuadas as situações já mencionadas, a exigência do teste sorológico nos exames pré-admissionais é descabida e discriminatória, não devendo o médico, neste caso, contribuir para que esta conduta prevaleça (CEM, 1º, 12 e 47).

Igualmente não se justifica, nas mesmas condições, a exigência de tais testes para funcionários de qualquer empresa. Seria discriminação absurda, além de forma de burlar as normas de proteção ao trabalhador, marginalizando aquele que poderia vir a precisar do apoio do empregador e criando entraves para a adequada assistência médica e previdenciária (CEM, 1º, 12 e 47).

Fato mais grave se configura quando alguma empresa realiza esses exames sem conhecimento e consentimento dos funcionários. Além da inadequação de procedimento, já apontada, ocorre a realização de ato médico sem a autorização do paciente, o que constitui flagrante violação das normas éticas (CEM, 56 e 59). Deve o médico, antes da realização de qualquer ato, informar o paciente acerca de seu significado, finalidade e repercussões, para que o paciente possa livremente decidir sobre ele, autorizando ou não sua concretização. A não ser em casos de iminente perigo de vida, ao médico é vedado desrespeitar o direito de decisão do paciente quanto à execução de práticas diagnósticas e terapêuticas (CEM, 56).

Outro ponto polêmico é aquele referente à informação devida pelo médico ao empregador. Alguns destes, acreditando ter este direito, têm exercido pressão sobre os médicos de suas empresas a fim de que lhes sejam fornecidos nomes de funcionários soropositivos (no caso da realização de testes sorológicos). Tal fato configura ilicitude por se constituir em invasão indevida na esfera da privacidade de outrem; o médico que, cedendo a tais pressões, concede estas informações, viola, nessas circunstâncias, o sigilo profissional, posto que este procedimento não configura nenhuma das hipóteses de exclusão de ilicitude (legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular de direito).

Cabe informar ao empregador tão-somente a aptidão ou não, temporária ou permanentemente, para o desempenho de determinada função, do funcionário submetido ao exame médico. Tudo o mais que o médico souber terá sido obtido em confiança, no âmbito da relação profissional e tutelado, portanto, pelo instituto do sigilo médico que, como vimos, pertence exclusivamente ao paciente. As medidas decorrentes do que souber o médico através do seu trabalho e que constituírem atos privativos de sua profissão deverão ser apenas por ele tomadas, sendo oportuno lembrar que o Código de Ética Médica é inequívoco quanto ao papel autônomo e independente que lhe é atribuído nesse contexto - não pode ele se submeter a quaisquer tipos de injunções que possam prejudicar a relação médico-paciente (CEM, 8º, 11, 12, 102 e 105).

É desejável ressaltar que todas as informações obtidas pelo médico hão de ser transmitidas ao paciente, com exceção dos casos em que tal comunicação possa lhe provocar algum dano, situação em que aquela terá de ser feita a alguém que legalmente possa se responsabilizar pelas medidas subseqüentes. Assim, na hipótese de realização dos testes sorológicos, deverá o médico explicar ao paciente seu significado e as possibilidades disso decorrentes, orientando-o, eventualmente, quanto aos procedimentos que poderão ser adotados (CEM, 59).

VI - AIDS e Pesquisa

Em nada diferem as normas referentes à pesquisa médica tocante à AIDS em relação à feita em outros campos. Tais regras acham-se contidas na Declaração de Helsinque, cuja redação atualizada foi aceita pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução CFM nº 1.098/83, achando-se, portanto, em vigor; encontram-se também consubstanciadas no CEM em seus artigos 122 a 130. A aplicação dessas normas dependerá, evidentemente, de cada caso particular, melhor dizendo, de cada projeto.

Em alguns países em que se produz ciência de ponta tem havido pressões de setores da sociedade, inclusive de meios científicos, para que sejam suprimidas algumas das etapas habitualmente observadas na investigação científica realizada com rigor metodológico, principalmente no que concerne a novos medicamentos potencialmente úteis, em face da gravidade extrema e da incurabilidade da AIDS. Há, no entanto, consenso dos especialistas quanto a que essa conduta deva ser evitada, pelos prejuízos potenciais que implica; ocorre unanimidade, também, com relação à constatação de que é necessário reduzir-se ao máximo o obstáculo representado pela existência de entraves burocráticos que dificultam, ou mesmo impedem, o estudo e a comercialização de novas drogas utilizáveis nesse contexto — elas representam esperanças de menor sofrimento para pacientes com AIDS e de prevenção de novas infecções, principalmente entre aqueles pertencentes aos chamados grupos de risco.

É importante enfatizar a importância do caráter voluntário da participação humana na pesquisa, da possibilidade de desistência a qualquer tempo, da ampla informação devida no que se refere aos propósitos, significados, procedimentos e conseqüências, sem falar no acompanhamento constante a ser efetuado pelo pesquisador visando evitar quaisquer danos ou sofrimentos ao paciente. Em suma, não se pode perder de vista o primeiro dever do médico, que é o de zelar pela saúde e pelo bem-estar do ser humano (CEM, 1º e 2º).

Muito se espera da atividade de pesquisa no que concerne à AIDS pois é dela, fundamentalmente, que depende a perspectiva de progresso, quer no conhecimento da doença propriamente dita, quer nas formas de prevenção e tratamento. Entretanto, este avanço não se poderá dar à custa do sacrifício da dignidade ou da integridade, em qualquer nível, de seres humanos, posto que, se isso ocorresse, a Medicina estaria perdendo a própria razão de existir.

Nota: A parte dois contém os artigos do Código de Ética Médica que podem estar relacionados ao assunto.

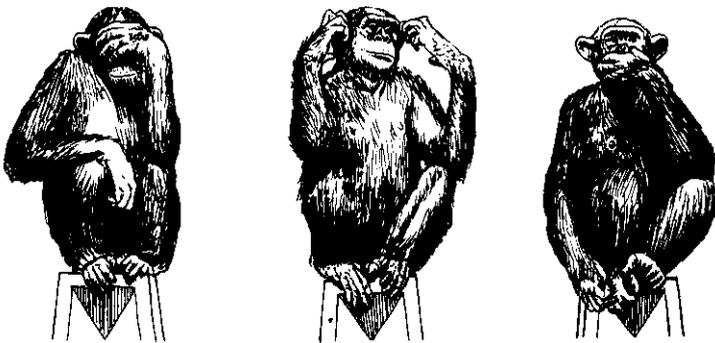
Dr. Antonio Osorio Leme de Barros
Cons. CREMESP

Dr. Guido Carlos Levi
Cons. CREMESP

Aprovado em Sessão Plenária 3/5/88

SEGREDO MÉDICO

PARECER



CONSULTA

1. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, consulta-me sobre os aspectos legais e éticos do sigilo médico em face das requisições judiciais e policiais das papeletas, fichas de observações clínicas e respectivos fichários e do dever de comunicar crimes de ação pública que independem de representação, bem como a participação compulsória das moléstias infecto-contagiosas.

NOÇÕES

2. O silêncio imposto a determinados profissionais objetiva coibir a publicidade sobre fatos conhecidos no desempenho de determinada profissão e cuja revelação acarretaria danos à reputação, ao crédito, ao interesse moral ou econômico dos clientes ou de seus familiares.

3. O forte conteúdo moral, levou a legislação penal brasileira a classificar a violação do segredo profissional dentre os crimes que ofendem a liberdade individual, pois todo indivíduo deve ter, na preservação de sua integridade física e moral, garantido o pleno exercício de sua vontade. Esta garantia seria frustrada se, "tendo forçosamente de recorrer aos conhecimentos técnicos ou à ajuda profissional de outrem, tivesse o receio de que os seus segredos, confiados ou surpreendidos fossem traídos. O temor da quebra dos segredos poria em choque a liberdade de atuação da vontade". (Nelson Hungria, Comentários do Código Penal, pág. 255).

4. A par da lei penal, a norma ética regulou, também, a conduta do médico visando a tutela mais eficaz do segredo médico, consoante o estatuído nos artigos 34/44 do Código de Ética Médica elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, na forma do art. 30 da Lei nº 3.268/57 (D.O.H., edição de 11.01.65).

Os preceitos contidos no aludido Código são "normas jurídicas especiais" porquanto submetem determinada classe profissional e conferem aos Conselhos atribuições voltadas ao asseguramento da eficácia das normas deontológicas. Portanto, os médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina são obrigados à observância e cumprimento das normas contidas no Código de Ética Médica, sob pena de sanção.

Esta inteligência foi acolhida pelo Egrégio Supremo Tribunal Federal ao conhecer e decidir a Representação nº 1.023 (RJ), consagrando o entendimento segundo o qual as normas contidas no Código de Ética Médica são normas jurídicas especiais submetidas a regime semelhante ao das normas e atos normativos federais.

5. Destarte, ao Judiciário cabe conferir eficácia ao segredo médico enquanto instituto jurídico-penal tendente à tutela da "liberdade de atuação da vontade", competindo aos Conselhos Regionais de Medicina fazer observar as normas éticas sobre o instituto, assim entendidas aquelas contidas no Código de Ética Médica.

SEGREDO MÉDICO

6. O segredo médico é uma espécie do segredo profissional, isto é, consiste no resultado das confidências que o médico, como tal, recebe de seus clientes, com o fim de poder prestar-lhe qualquer serviço correspondente à sua profissão. As confidências feitas ao médico pelo doente não se devem restringir apenas àquelas que o paciente manifesta, mas antes a tudo o que o médico observa e verifica ligado à doença de seu cliente, incluindo o que lhe diz o doente e o que contempla por si e até o que descobre, e que o doente não quisera que ele conhecesse.

Resulta, pois, que o segredo médico penal e eticamente protegido é tão só

aquele que se obtém, necessariamente, no exercício da Medicina, isto é, deve existir um nexo entre o exercício profissional e o conhecimento de segredos. Esta é a lição de Nelson Hungria: "é imprescindível que haja um nexo de causalidade entre o exercício da profissão e o conhecimento do segredo. A obrigação legal de reserva visa tão somente ao livre acesso junto a certas pessoas que, por seu mister, se tornam confidentes necessários" (op. cit., pág. 262).

7. Além do nexo causal apontado, o artigo 154, do Código Penal:

"Revelar alguém, sem justa causa, segredo, e que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem".

sugere que devemos entender por "segredo" o fato que só é conhecido de uma ou de um número limitado de pessoas. "A esse caráter fundamental do fato, ao segredo devem juntar-se o interesse e a vontade do agente no sentido de mantê-lo secreto. Interesse legítimo em ocultar o fato, seja este, embora "moralmente reprovável ou contrário ao direito." Vontade de defender o seu sigilo, que pode ser expressa ou deduzir-se da circunstância de que a divulgação do fato possa diminuir o seu conceito no meio familiar ou social, o seu prestígio político, o seu crédito de segurança profissional ou econômica, produzir-lhe, enfim, qualquer dano material ou moral" (Anibal Bruno, Direito Penal, Parte Especial, I, Tomo IV, pág. 424).

A existência do "segredo" requer, pois, o concurso de dois fatores: um negativo que consiste na ausência de notoriedade, isto é, que não seja conhecido por um número indefinido de pessoas e outro positivo, traduzindo a vontade determinante de sua custódia e preservação. Não deve ser, assim, um "*secret de Polichinelle*".

8. O fator "vontade determinante" de resguardo do segredo, pode originar-se de "pedido formal de discrição ou, então, resultar de fato que, por sua própria natureza, clama segredo (doença venérea, perturbações de funções genitais, falhas estéticas etc.).

O interesse na ocultação do fato pode ser moralmente reprovável e juridicamente punível e ainda assim o direito tutela o segredo. Esta é a lição de Nelson Hungria: "A vontade do segredo deve ser protegida ainda quanto corresponda a motivos subalternos ou vise a fins censuráveis. Assim, o médico deve calar o pedido formulado pela cliente para que a faça abortar, do mesmo modo que o advogado deve silenciar o confessado propósito de fraude processual do seu constituinte, embora, num e noutro caso, devam os confidentes recusar sua aprovação ou entendam de desligar-se da relação profissional. Ainda, mesmo que o segredo verse sobre fato criminoso deve ser guardado. Entre dois interesses colidentes — o de assegurar a confiança geral dos confidentes necessários e o da repressão de um criminoso — a lei do Estado prefere resguardar o primeiro por ser relevante. Por outras palavras: entre dois males — o da revelação das confidências necessárias (difundindo o receio geral em torno destas, com grave dano ao funcionamento da vida social) e a impunidade do autor de um crime — o Estado escolhe o último, que é o menor" (op.cit.,pág.261).

9. As normas penais e éticas visam à preservação da intimidade do paciente, punindo o médico que revelar as confidências recebidas em razão de seu exercício profissional. O segredo pertence, pois, ao paciente e o direito reprime a conduta

do profissional que injustamente o revele. Salvo por expressa determinação legal não há a possibilidade de obrigar o médico a quebrar o sigilo profissional. Entretanto, ocorrendo a "justa causa" o médico poderá revelar as confidências recebidas sem incorrer no crime de violação do segredo profissional.

IV

REVELAÇÃO

10. Afigura-se-nos que a consumação do crime se dá com a revelação do segredo. A "revelação" é o ato que faz passar um fato da esfera do sigilo para a do conhecimento de terceiros (que não tenham direito de conhecê-lo). Basta para a consumação do crime a comunicação do fato a uma só pessoa.

Os meios utilizados na revelação podem ser variados, sendo suficiente que o conteúdo do segredo e a identidade do paciente sejam dados ao conhecimento de outrem. Neste sentido, preleciona João Bernardino Gonzaga:

"A comunicação pode ser oral ou escrita, feita através de uma carta particular, ou pela imprensa; dirigida a destinatários certos e incertos". Além da palavra, também os gestos em alguns casos serão aptos ao desvendamento do segredo. Idem, a exibição de imagens, de fotografias, de radiografias, de documentos em geral". (Violação do Segredo Profissional, Max Limonad, São Paulo, 1976, pág. 154).

Aliás, esta linha de entendimento encontra respaldo no Código de Ética Médica, ao disciplinar os boletins médicos (art. 40), as papeletas e folhas de observações clínicas e respectivos fichários (art. 41), inclusive os anúncios, relatos ou publicações científicas (art. 42), restando inequívoco que o segredo médico alcança decididamente tais documentos, tornando-os, assim meios e instrumentos suficientes à revelação do sigilo profissional.

11. Em conseqüência, a violação do segredo profissional tanto pode ser decorrente da conduta do médico como de seus auxiliares que, tendo conhecimento das confidências necessárias em razão da profissão, as revelem sem justo motivo. Nestas condições encontram-se, também, os funcionários e dirigentes de hospitais, clínicas, maternidades etc. que por dever de ofício tenham acesso às informações confidenciais constantes dos boletins médicos, diagnósticos, papeletas, fichas médicas etc. (ver Francisco Peiró, Deontologia Médica, Livraria Cruz, Braga — Portugal, 1951, pág. 364/365).

12. Embora a "revelação" seja o momento consumativo do crime, a possibilidade de dano é elemento essencial do fato criminoso. Exige-se, pois, como condição de punibilidade, a potencialidade do dano. É preciso que do fato possa resultar

dano a outrem e não somente ao paciente, mas também aos seus familiares, como, por exemplo, uma doença hereditária de graves conseqüências.

Este dano em potencial (não é preciso que seja efetivo) "pode ser de mais variada natureza: moral, econômico, familiar etc. É impossível circunscrevê-lo aprioristicamente. Quando se trata de prejuízo patrimonial, mais fácil será identificá-lo. Idem quando traduz-se em algum mal concreto, tangível: perda de emprego, rompimento de noivado ou casamento, diminuição da reputação da vítima, do seu prestígio no ambiente em que vive, pela divulgação de comportamentos desabonadores etc." (João Bernardino Gonzaga, op.cit., pág. 162).

13. Demais, a revelação do segredo deve trazer, incontroverso, o elemento subjetivo que "é o dolo do profissional", isto é, a vontade consciente de divulgar o conteúdo da confidência necessária, sabendo que atua de maneira contrária ao Direito (Anibal Bruno, op.cit., pág. 420).

A exigência do dolo exclui a possibilidade do crime culposo de violação do segredo profissional. Assim, ocorrendo a conduta culposa do médico (por exemplo: oriunda de negligência) não se caracterizará o crime de violação do segredo profissional.

V

JUSTA CAUSA

14. O dever de guardar o segredo médico não é absoluto. O próprio artigo 154 do Código Penal, indica os fatos descaracterizadores do crime, tornando lícita a revelação das confidências recebidas em razão do desempenho profissional. Este fator é denominado "justa causa" e tem por finalidade excluir a ilicitude penal.

A "justa causa" é fator que descaracteriza a figura penal, porém não infirma a obrigação do médico de revelar o segredo. Em outras palavras: tendo o médico revelado segredo de que teve conhecimento quando do exercício profissional, cumpre indagar se houve justa causa para a revelação, o que defigura o crime de violação de segredo profissional. Entretanto, o instituto da justa causa não deve servir para obrigar o médico a revelar fato sob a tutela do sigilo profissional. O profissional, especificamente o médico, não pode ser constrangido a pautar determinada conduta, sem que a lei o obrigue.

15. A conduta consubstanciada na revelação do segredo médico não é contrária ao Direito (antijuridicidade) enquanto realizada com justa causa. É Anibal Bruno que coloca de maneira irretocável esta circunstância: "O Código impõe declaradamente que o fato se realize sem justa causa, reforçando com essa expressa advertência a exigência da antijuridicidade, elementar em todo o crime. Sem justa causa, isto é, sem que concorra no proceder do agente qualquer circunstância capaz de afastar a sua ilicitude. Pode legitimar o fato como causa geral de exclusão do injusto, como o consentimento do ofendido, que torna-o agente autorizado a dispor do segredo, o exercício de um direito, o cumprimento de um dever legal, a defesa de um interesse legítimo próprio ou alheio (op.cit., pág. 420).

A justa causa tem, assim, os seus limites fixados pelo direito, não admitindo circunstâncias estranhas que conduziriam fatalmente, à "imprecisão e alargamento excessivo da posição justificativa, com o enfraquecimento da tutela penal".

16. Destarte, o segredo médico, como espécie do segredo profissional, cede as razões relevantes que o direito reconhece e regula, evitando que o médico seja punido. Estas razões são identificadas pela expressão "justa causa" e explicam o caráter não absoluto do direito, porquanto não se pode exigir do médico que, em determinadas circunstâncias se mantenha silente acerca das confidências recebidas quando do exercício profissional.

Em alguns casos é a própria lei que, textualmente, obriga a revelação, como acontece nas doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou de outras doenças profissionais. São deveres impostos pelo Regulamento do Departamento de Saúde Pública (Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1.923) e, também, pelo Decreto-lei nº 4.449, de 9 de julho de 1.942. O Código Penal ao obrigar a comunicação, nada mais fez do que dar força e eficácia àquelas normas jurídicas extra-penais.

Desta forma, várias outras dispensas à obrigação de sigilo resultam de leis extra-penais (médicos militares, médicos legistas, médicos sanitários, peritos etc.) e, assim, em tais casos, não há violação do segredo médico porque a conduta profissional apresenta-se não como crime, mas como fato lícito, segundo, aliás, reconhece o Código Penal, no Inciso III, do art. 19: "não há crime quando o agente pratica o fato: em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito".

17. A par das hipóteses acima que descaracterizam a conduta delituosa do médico, a Lei de Contravenções Penais, no art. 66, II, reprime a omissão de comunicação de crime. Esta circunstância impede, também, a configuração do crime de violação do segredo profissional.

18. O "estado de necessidade" é outro excludente, isto é, a sua concorrência impede que se configure o crime de violação do segredo profissional.

Com efeito, a revelação do segredo não constitui crime quando motivada pela necessidade de salvaguarda de um interesse contrário, ainda que de maior relevância, mas cujo sacrifício, nas circunstâncias do caso concreto, não é razoavelmente exigível.

19. Ainda, como excludente de criminalidade, encontramos "legítima defesa". Este fator é suficiente para descaracterizar o crime. A revelação das confidências necessárias objetivando defender um interesse legítimo, próprio ou de terceiro, em face do dono do segredo, exclui a conduta antijurídica. Assim, por exemplo, o médico injustamente atacado em sua honra profissional por seu cliente pode revelar o segredo deste se tanto for necessário para sua defesa". Não há, também, a ocorrência da figura típica se o médico revela segredo de menor a seus pais, tutores ou responsáveis a fim de que "tratamento idôneo se faça, a proteção indicada se realize e a punição do culpado se encaminhe".

Nestes casos, a revelação do segredo deverá ser feita na medida necessária à defesa do direito do médico ou do terceiro injustamente ofendido. O exagero e a falta de comedimento não são acolhidos pela conduta atinente à legítima defesa, enquanto excludente da antijuridicidade.

INFORMAÇÕES ÀS AUTORIDADES JUDICIAIS. POLICIAIS E SANITÁRIAS

20. A lei impõe ao médico o dever de comunicar às autoridades competentes a ocorrência de crimes de ação pública que independem de representação e a constatação de moléstias infecto-contagiosas.

A comunicação das moléstias infecto-contagiosas deve ser feita incondicionalmente porque a lei não estatui condição alguma, porquanto esta norma visa à saúde pública, valor de extrema relevância, segundo a ordem jurídica.

Contudo, o mesmo não acontece com o dever de comunicar crimes, pois estes devem ser de ação pública e não podem depender de representação, como também não podem sujeitar o cliente a procedimento criminal.

21. Com efeito, a estrutura normativa que objetiva tutelar as confidências recebidas por profissionais em razão do exercício de sua profissão (confidentes necessários, como os médicos), resguarda, até mesmo, a postura de citados profissionais perante os magistrados, impedindo o depoimento em Juízo, como testemunhas:

“Artigo 207, do Código de Processo Penal:

São proibidas de depor as pessoas que em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho”.

“Artigo 406, do Código de Processo Civil:

“A testemunha não é obrigada a depor de fatos:

II - a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo”.

Observa-se que a regra é o não depoimento em Juízo, isto é, a lei desobriga o profissional de revelar perante o magistrado, o segredo profissional, limitando-se a permitir o depoimento do profissional desde que o queira e esteja autorizado pela parte interessada.

A tutela do segredo profissional e, portanto, do segredo médico é de tal forma expressiva que o coloca a salvo mesmo quando das relações com a Justiça.

Nesta linha, encontra-se o art. 35, do Código de Ética Médica que preceitua o seguinte: “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 está preso à guarda do segredo profissional”.

22. Entretanto, embora não haja permissivo legal algum que obrigue o médico a quebrar o sigilo profissional, em face de crime com graves conseqüências sobre terceiros, a revelação pode tornar-se um "imperativo de consciência", isto é, decorre de um motivo nobre que a justifique.

VII

COMUNICAÇÃO DE CRIME

23. A lei penal obriga o médico a comunicar crime de ação pública, que independa de representação, conhecido no exercício da profissão. Esta comunicação não pode, ainda, expor o cliente a procedimento criminal. É o que estatui o art. 66, da Lei de Contravenções Penais, ao reprimir a omissão de comunicação de crime.

A conduta contravencional não se caracteriza se o crime não for de ação pública ou, ainda, sendo ação, dependa de representação. A lei exige, pois que se trate de crime de ação penal pública incondicionada que é a regra em nosso direito, pois o Estado tem o interesse em julgar os atos previstos como delituosos e punir os delinquentes, para garantir a estabilidade das relações sociais.

Cumpra ressaltar, conforme notou Nelson Hungria, que "jamais a nossa legislação penal determinou ou autorizou que os médicos se fizessem delatores de crimes. O que se tem assentado em doutrina, e deve servir, sem dúvida, à interpretação do preceito incriminador da quebra do sigilo, é que os médicos podem denunciar o crime de que tenham notícias, não propriamente em razão da profissão, quando praticado contra o próprio cliente, se da revelação nenhum prejuízo possa resultar a este. O médico que, v.g. surpreende a amante do enfermo agonizante a subtrair os títulos ao portador guardados num cofre existente na casa pode até prendê-la em flagrante. Também não padece dúvida que o segredo é devido pelo médico ao seu cliente e não ao seu algoz" (op. cit., pág. 269).

Mas, o núcleo do tipo contravencional é a expressão verbal "deixar de comunicar", o que revela uma omissão do médico. Este, tomando conhecimento de crime de ação pública, não dependente de representação, deixa de informar a autoridade competente, qual seja o Delegado de Polícia, o Juiz de Direito, o membro do Ministério Público (art. 6º, 26 e 27 do Código de Processo Penal).

Este dever de comunicar o fato punível à autoridade competente encontra uma ressalva no próprio inciso II, do art. 66, da Lei de Contravenções Penais: "a comunicação pode deixar de ser feita, se expuser o cliente a procedimento criminal". Tal permissão baseia-se na necessidade de ampla confiança do cliente no médico ou profissional sanitário. Caso contrário, para evitar possível procedimento criminal, o cliente poderia omitir acontecimento de grande importância para a sua própria saúde ou de outrem". (Sérgio de Oliveira Médice, *Contravenções Penais*, Edição Jalovi, pág. 185).

24. Portanto, ao tomar conhecimento de tentativa de aborto por parte de cliente, o médico deverá calar-se porque estará a sua paciente sujeita procedimento criminal. Entretanto, caso constate que a tentativa foi de outrem e à revelia da cliente, o médico, com a anuência da vítima ou de seu responsável, deve comunicar o crime, pois poderá ter ocorrido, inclusive, lesão corporal em virtude da resistência oposta pela vítima.

Da mesma forma, nos casos de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio, o médico está sujeito às regras do art. 66, II, da Lei de Contravenções Penais. Entretanto, não basta que haja a consumação do suicídio para obrigar o médico a comunicar o crime de induzimento. Ora, o médico deverá estar convicto da existência do induzimento, instigação ou auxílio porque, caso contrário, não se caracteriza o dever legal, cuja omissão é punida pela Lei de Contravenções Penais. O suicídio não é considerado crime pela nossa lei penal, mas sim o induzimento, a instigação ou o auxílio.

Desta maneira, incorrendo o induzimento, a instigação ou o auxílio, a constatação do suicídio não é razão bastante para instaurar o dever de comunicar crime de ação pública incondicionada pelo simples motivo que crime inexistiu.

Outra solução deve ser dada ao fato de psiquiatra concluir que sua cliente está sendo induzida ao suicídio, por exemplo, pelo marido e nota ser esta indefesa em virtude de seu estado psicológico. Neste caso, a comunicação é um imperativo porquanto configurar-se-á a falta de comunicação, a omissão de que tratar o art. 66, II da Lei de Contravenções Penais. Evidentemente, a tutela da vida da paciente é um valor maior que justifica a quebra do segredo médico, mesmo porque, como afirmou Nelson Hungria, o dever de sigilo é devido à paciente e não a seu algoz.

VIII

REQUISIÇÃO DE FICHAS E BOLETINS MÉDICOS

25. O segredo médico, enquanto instituto jurídico, acolhe as papeletas, boletins médicos, folhas de observações clínicas e fichários respectivos que, assim, submetem-se ao regime penal e ético próprio que resguarda e tutela o sigilo profissional.

Desta forma, além dos médicos, os funcionários e dirigentes de hospitais, clínicas e casas-de-saúde, estão sujeitos às penas do art. 154, do Código Penal, se, eventualmente, revelarem o segredo médico através da entrega a terceiros ou exposição das anotações clínicas atinentes aos pacientes.

Com efeito, a lei não permite, sequer, que o profissional da Medicina preste depoimento em Juízo acerca de fatos conhecidos em razão de sua profissão. Esta regra permeia toda a ordem jurídica e não admite que, por vias transversas, as confidências necessárias sejam levadas ao conhecimento do Judiciário ou da Polícia mediante a requisição de fichas e boletins médicos.

Assim, não há nenhum dever legal que obrigue o médico, o funcionário e dirigente de hospital e clínicas em geral, a entregar as papeletas, as folhas de observação clínica e os boletins médicos. Não havendo disposição legal respaldando a ordem da autoridade judiciária ou policial, ocorre o constrangimento ilegal, porque "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei" (art. 153, § 2º, da Constituição Federal).

26. Este entendimento foi sufragado pelo Egrégio Supremo Tribunal Federal ao julgar o "Habeas Corpus" nº 39.308, de São Paulo e cuja ementa é a seguinte:

"Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais".

A inteligência acima foi acolhida, também, pelo eminente Desembargador Azevedo Franceschini, do Tribunal de Justiça de São Paulo, em voto vencido nos autos do mandato de segurança nº 135,681, a saber:

a) — *"À divulgação de conteúdo de ficha médica se aplica toda a disciplina que garante o sigilo oral, pois a ficha clínica não passa de memorização das observações médicos sobre o caso".*

b) — *"Também não importa que o episódio clínico haja saído da alçada médica e a ficha recolhida ao arquivo morto do nosocômio, ao qual só tem normalmente acesso o pessoal burocrático. O segredo subsiste. Aliás, adverte PERRAUD CHARMANTIER ("LE SECRET PROFESSIONNEL", fls. 79), que muito embora a função de Diretor de um nosocômio (e outro tanto se diga de seus subordinados) seja meramente administrativa, também ela se encontra sujeita ao segredo profissional".*

27. Evidentemente, o constrangimento ilegal decorrente da requisição judicial ou pedido de informações da autoridade policial, evita a caracterização do crime de violação do segredo médico. Entretanto, esta circunstância não legitima as citadas requisições e pedidos de informações, isto é, o constrangimento ilegal não obriga "de jure" o médico a fornecer as informações ou as anotações clínicas, o mesmo acontecendo com os funcionários e dirigentes de hospitais.

A esta disciplina jurídico-penal, sujeitam-se, também, os médicos, funcionários e dirigentes de hospitais mantidos ou subvencionados pelo Poder Público, inclusive aqueles credenciados pela Previdência Social.

EM CONCLUSÃO

- a) o segredo médico é espécie do segredo profissional;
- b) o segredo médico abrange as anotações, boletins médicos, papeletas e folhas de observações clínicas;
- c) o segredo médico, sob o prisma penal, obriga não só o médico, como também, os enfermeiros, funcionários e dirigentes de hospitais públicos e particulares;

- d) o segredo médico não é absoluto, podendo ser revelado nas hipóteses de justa causa, consistente na legítima defesa, estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular de direito e estado de necessidade;
- e) a justa causa concerne à conduta do médico quando da revelação do segredo e impede a caracterização do crime de violação do segredo profissional; entretanto, sob esse fundamento nenhuma autoridade pode obrigar o confidante necessário a revelar segredo que lhe foi confiado em razão do exercício de sua profissão;
- f) o médico, o dirigente, o enfermeiro e funcionários de hospitais e clínicas, tanto públicos como particulares, não podem depor na condição de testemunhas sobre fatos conhecidos em virtude do exercício profissional;
- g) da mesma forma, não estão obrigados a atender requisições judiciais e solicitações policiais para a entrega de boletins clínicos, fichas, papéletas e anotações médicas sob sua guarda porque tais requisições não encontram arrimo na lei e afrontam o segredo profissional;
- h) aludidas requisições judiciais e solicitações policiais constituem-se em constrangimento ilegal, ensejando a impetração de "habeas corpus";
- i) o médico por dever moral e desobrigado pelo paciente poderá depor como testemunha e oferecer as suas anotações, fichas e diagnósticos, porém não há qualquer dever jurídico que o obrigue;
- j) o médico, a requerimento de seu cliente e na defesa dos direitos deste, está obrigado a depor como testemunha e a exibir as suas anotações, boletins e fichas clínicas;
- k) o médico está obrigado a comunicar à autoridade competente as doenças infecto-contagiosas e outras de notificação obrigatória, incondicionalmente;
- l) o médico está obrigado a comunicar à Autoridade Policial, Judiciária ou ao membro do Ministério Público o crime de ação pública incondicionada de que teve conhecimento no exercício da profissão; esta comunicação, contudo, não poderá ser feita se sujeitar o cliente a procedimento penal;
- m) nestas condições, o aborto não pode ser comunicado se foi praticado pela própria paciente; entretanto, se foi provocado por terceiros e sem o consentimento da gestante, o médico com a anuência desta ou de seu responsável, pode participar o fato à autoridade competente;
- n) no caso de suicídio, o médico não está obrigado à comunicação porque este fato não está capitulado como crime e, assim, não se configura a omissão prevista na Lei de Contravenções Penais, além de, eventualmente, ofender a intimidade dos familiares da vítima;
- o) contudo, estando o médico convicto de que houve o induzimento, a instigação ou o auxílio a suicídio, mesmo não se tendo este consumado, e notando estar a paciente indefesa em face de problemas psicológicos ou forte pressão do delinqüente, deve aconselhar a paciente a comunicar o fato à autoridade competente ou verificando que ela está impossibilitada, deve fazê-lo a fim de preservar a vida de sua cliente.

É o meu parecer, s.m.j.

São Paulo, 10 de fevereiro de 1980.

(a.) Antonio Carlos Mendes, advº
O.A.B./SP nº 28.436

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

ELEITOS OS NOVOS CONSELHEIROS

GESTÃO 1988-1993

EFETIVOS

Wadir Rupullo
Carlos Elhke Braga Fº
João Zeni Junior
Elias Abrão
Antonio Carlos C. Küster Fº
Jaime Ricardo Paciornik
Nelson Emilio Marques
Solange Borba Gildeinsberg
Gerson Zafalon Martins
Ricardo João Westphal
Marco Antonio A. Rocha Loures
Weber de Arruda Leite
Farid Sabbag
João Nassif
Helio Germiniani
Luiz Carlos Sobania
Nelson Egydio de Carvalho
Octaviano Baptistini Junior
Duilton de Paola
Odair Florio Martins

SUPLENTE

Luiz Antonio Munhoz da Cunha
José Leon Zindeluk
José Marcos Parreira
Sergio Augusto de M. Pitaki
Osmar Ratzke
Gabriel Paulo Skroch
Nanci de Santa P. Oliveira
Gilberto Saciloto
Luiz Carlos M. Palmquist
Sergio Todeschi
Valdir Sabedotti
Marco Aurélio de Q. Cravo
Henrique de Lacerda Suplicy
Antonio Motizuki
Agostinho Bertoldi
Gelson Leonardi
Tânia Mara Cunha Schaffer
Carlos Augusto Ribeiro
Miguel Ibraim A. Hanna Sobº
Luiz Salim Emed

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DELEGACIAS REGIONAIS DELEGADOS ELEITOS

DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto de Rezende (Presidente)
Dr. Kemel Jorge Chammas (Secretário)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Colaborador)
Dr. Mínaio Ikawa (Suplente)
Dr. Carlos Alberto Ferri (Suplente)
Dr. José Carlos Amador (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA

Dr. Carlos Alberto de Almeida Boer (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Ivan Pozzi (Colaborador)
Dr. João Fernando Cáfaro Góis (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Polonio de Oliveira (Suplente)
Dr. Junot Cordeiro (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sacloto (Presidente)
Dr. Reinaldo Rocha Martins (Secretário)
Dra. Sônia Margaret C. da Costa (Colaboradora)
Dr. Belarmino Antônio Baccin (Suplente)
Dr. João Guerino Cato (Suplente)
Dr. Floriano Kaiss (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antônio de Melo Costa (Presidente)
Dr. Paulo Afonso de Barcelos (Secretário)
Dr. Ivan José Cardoso Frey (Colaborador)
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)
Dr. Francisco Martínez Cebrian (Suplente)
Dr. Edison Morel (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dra. Yadirá Raquel Tapia G. Pereira (Presidente)
Dr. Vilmar Rizzo (Secretário)
Dr. Univaldo Sagae (Colaborador)
Dr. Raul Miranda (Suplente)
Dr. Faustino Alferees Garcia (Suplente) e
Dr. Milton de Oliveira (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Danilo Saad (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (secretário)
Dr. Achilles Buss Junior (colaborador)
Dr. Geraldo Nadal (Suplente)
Dr. Geraldo Trentini (Suplente)
Dr. Isac S. Melnick (Suplente)

Solicitação de testes de gravidez na admissão de mulheres no trabalho

PARECER CFM

Podem-nos parecer, a Central Geral dos Trabalhadores da Paraíba (of. S/Nº de 16.12.87) e o Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul (Of. S/Nº, de 19.3.87), sobre a licitude de solicitação, por médicos de empresas, de testes de gravidez, como imperativo na admissão de mulheres no emprego.

Ninguém pode negar a validade do exame médico quando na admissão do empregado no trabalho, a fim de que se possa apurar sua aptidão física ou mental para determinada forma de função que vai exercer. Esse exame médico visa, portanto, verificar, precisamente, sua capacidade laborativa àquele ofício que deve desempenhar.

O art. 168 e seus parágrafos, da Consolidação das Leis do Trabalho, refere que o exame médico é obrigatório, e que o exame a que se submete o empregado ao ser admitido no serviço de uma empresa, compreende numa investigação clínica, em decorrência da qual outros exames subsidiários poderão ser exigidos, sempre a critério médico, no intuito de apreciar a capacidade ou aptidão do trabalhador para determinada tarefa que ele deva exercer. Esta é, portanto, a justificativa da realização do exame médico em empregados a ser admitidos: verificar sua higidez, sua capacidade e sua inclinação para as funções que vai realizar.

Assim, qualquer outro objetivo, fora dos previstos pela lei, a realização do exame médico ou a solicitação de exames complementares, passa a ser abusivo e intolerante, dando lugar à criação de "critérios" ou "requisitos" discriminadores para o ingresso de pessoas no trabalho.

Visto por este prisma, exigir-se a realização de testes de gravidez com a finalidade de desclassificar, sumariamente, mulheres candidatas ao emprego, sem levar em conta se este dado efetivamente é prejudicial à sua saúde em face dos riscos da função, mas, tão-só para não se ter de arcar com o ônus trabalhista daí decorrente, está caracterizado atentado, inclusive ao disposto na Constituição Federal quando, em seu art. 165, inciso III, refere que: