

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

FORTE PAGO

CRJ/PR

15R - 48-189/89

**IMPRESSO**

v.7, n.25 - janeiro / março - 1990

---

## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

---

### DIRETORIA - GESTÃO 1988 à 1991

---

Presidente:	Cons. Farid Sabbag
Vice-Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
1º Secretário:	Cons. Nelson Egydio de Carvalho*
2º Secretário:	Cons.ª. Solange Borba Gildemeister
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Elias Abrão

#### MEMBROS EFETIVOS

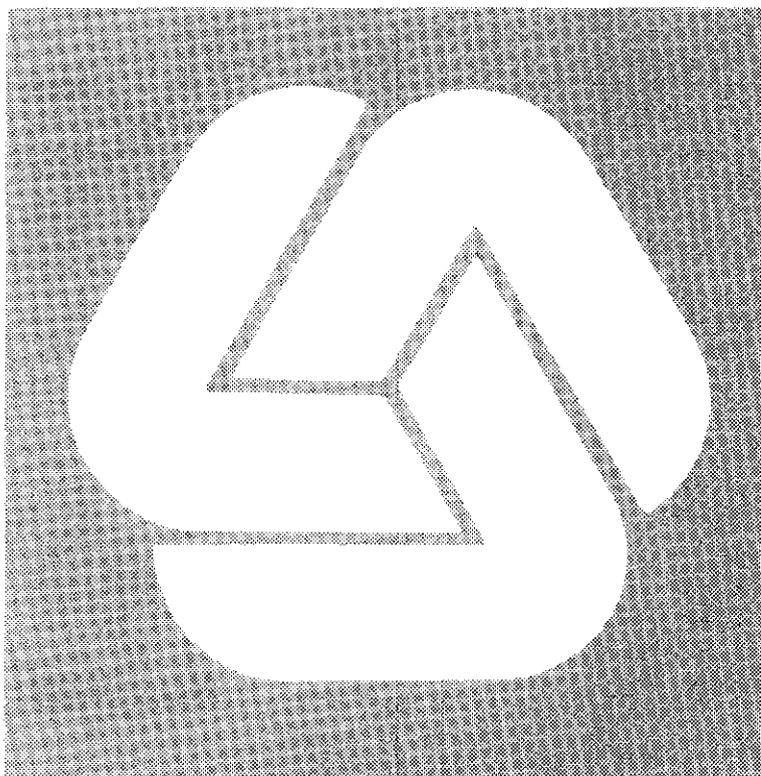
Dr. Wadir Rúpollo  
Dr. Carlos Ehke Braga Filho  
Dr. João Zeni Junior  
Dr. Elias Abrão  
Dr. Antonio Carlos Correa Küster Filho  
Dr. Jaime Ricardo Paciornik  
Dr. Nelson Emilio Marques  
Dr.ª. Solange Borba Gildemeister  
Dr. Gerson Zafalon Martins  
Dr. Ricardo João Westphal  
Dr. Marco Antonio Araujo da Rocha Loures \*  
Dr. Weber de Arruda Leite  
Dr. Farid Sabbag  
Dr. Luiz Antonio M. da Cunha  
Dr. Hélio Germiniani  
Dr. Luiz Carlos Sobania  
Dr. Nelson Egydio de Carvalho \*  
Dr. Octaviano Baptistini Junior  
Dr. Duiton de Paola  
Dr. Odair de Floro Martins  
Dr. Carlos Henrique Gonçalves (AMP)

#### MEMBROS SUPLENTES

Dr. José Leon Zindeluk  
Dr. José Marcos Parreira  
Dr. Sergio Augusto de Munhoz Pitaki  
Dr. Osmar Ratzke  
Dr. Gabriel Paulo Skroch  
Dr.ª. Nanci de Santa Palmieri de Oliveira  
Dr. Gilberto Saciloto  
Dr. Luiz Carlos Misurelli Palmquist  
Dr. Sergio Todeschi  
Dr. Valdir Sabedotti  
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo  
Dr. Henrique Lacerda Suplicy  
Dr. Antonio Motizuki  
Dr. Agostinho Bertoldi  
Dr. Gelson Leonardi  
Dr.ª. Tania Mara Cunha Schaefer  
Dr. Carlos Augusto Ribeiro  
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Dr. Luiz Sallim Emed  
Dr. Daebes Galati Vieira (AMP)  
Dr. João Nassif (falecido)

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

\*Licenciado



**BANESTADO**

**ESSE É BOM**



# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v. 7	n. 25	p. 1/52	Jan./Mar.	1990
-------------------------------	----------	------	-------	---------	-----------	------

<b>Editor</b> Ehrenfried O. Wittig	<b>Impressão</b> "Comunicare" R. Brasílio Moura, 1520 Curitiba - Paraná	<b>Tiragem</b> 10.000 exemplares
<b>Edição</b> Trimestral		<b>Capa</b> Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini Fotografia: Bia

## ÍNDICE

Instruções aos Autores . . . . .	02
Complemento de Anuidade . . . . .	03
A Ética e a Greve Médica no Setor de Saúde . . . . .	04
Acórdão - Processo Ético-Profissional nº 026/86 . . . . .	11
Paralítico Autorizado a Suicidar-se Desiste . . . . .	12
Nasce o Bebê que Vai Salvar a Mãe . . . . .	13
Acórdão - Processo Ético-Profissional nº 008/86 . . . . .	14
Não é Fácil Escolher Médico de Família . . . . .	15
Constitua a Comissão de Ética em seu Hospital. É Obrigação de Lei . . . . .	16
Falsificação de Atestados de Óbitos no RS . . . . .	17
Entidade Interrompe Estudo com Gatos . . . . .	18
Profilaxia Cirúrgica da Aids . . . . .	19
Acórdão - Processo Ético-Profissional nº 023/87 . . . . .	21
Instantes . . . . .	22
Responsabilidade Médica nas Transferências de Pacientes . . . . .	23
Transferências de Pacientes . . . . .	24
Acórdão - Processo Ético-Profissional nº 020/86 . . . . .	25
O Médico e o Marketing . . . . .	26
Médica Infectada com a Aids Faz um Acordo . . . . .	28
Branca Inseminada Teve Menina Negra . . . . .	28
Retirada de Córnea de Cadáver não Identificado . . . . .	29
Transplante de Órgãos: Declaração Inovadora . . . . .	32
Instituto Médico Legal - Serviço de Verificação de Óbitos - Quando e Como Utilizar! . . . . .	33
Complemento de Anuidade . . . . .	34
Acórdão - Processo Ético-Profissional nº 018/87 . . . . .	35
Uso de Sangue e Hemoderivados: Responsabilidades . . . . .	36
Indenização para Gêmeos Doentes . . . . .	38
Internação pelo S.U.S. - Só em Enfermaria . . . . .	39
Hospitais Permitem Propaganda Interna na Inglaterra . . . . .	40
Utiliza Sêmen do Filho na Esposa . . . . .	41
Máquina do Suicídio Mata Mulher nos EUA . . . . .	41
Obrigatoriedade de Responder Quesitos Proposto pela Justiça Federal . . . . .	42
Eutanásia Gera Polêmica e Lels Diversas em Todo Mundo . . . . .	43
Exame Médico nas Escolas . . . . .	44
Acórdão - Processo Ético-Profissional nº 025/86 . . . . .	45
Críticas nos EUA as Limitações ao Aborto . . . . .	46
Pedido de Eutanásia é Negado . . . . .	46
Título de Doutor é Equivalente a Doutorado ou Mestrado? . . . . .	47
Pesquisa nos EUA Mostra que Médicos Mentem . . . . .	48
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar . . . . .	50

# INSTRUÇÕES AOS AUTORES

“Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná”, órgão oficial do CRM/PR, é uma revista trimestral dedicada a publicação de trabalhos, artigos, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético. Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando necessariamente a opinião do CRM/PR. A reprodução do conteúdo da revista, afora os artigos traduzidos, sem fins comerciais, pode ser realizada mediante a citação da fonte. Todos os artigos serão submetidos a análise pelo corpo editorial e a revista se reserva o direito de recusar sua publicação ou fazer sugestões quanto ao conteúdo e a forma. O autor deve dispor de cópia do trabalho porquanto o original, mesmo recusada a publicação, não será devolvido. Poderão ser publicados artigos originais ou transcritos, em língua portuguesa ou estrangeira, que deverão ter um resumo em português. A autorização para a publicação de ilustração como fotografia ou transcrição de tabela, gráfico, etc. é de responsabilidade do autor, a qual, poderá ser solicitada. As ilustrações devem ser entregues numeradas e em envelope anexo. Os artigos devem ser datilografados em papel tipo ofício, em espaço duplo e no máximo 20 páginas. Na primeira página do artigo deve constar apenas o título do artigo, nome do autor e da instituição onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos ao essencial. A revista não oferece separatas. Os unitermos serão preparados pelo autor. Esta revista segue as normas da ABNT.

## NORMAS BIBLIOGRÁFICAS

Nas referências de publicações devem constar apenas aquelas citadas nos textos e distribuídas por ordenação alfabética.

As referências bibliográficas de periódicos devem conter os dados seguintes, na ordem: 1 - Sobrenome do autor em letra maiúscula seguido após vírgula, dos prenomes, citados pelas letras iniciais; 2 - Título completo do artigo seguido de ponto; 3 - Abreviatura oficial do periódico; 4 - Volume em número arábico; 5 - Número do fascículo entre parênteses; 6 - Numeração da primeira e última página, precedida de 2 pontos e seguida de vírgula; 7 - Ano de publicação e ponto.

Exemplo: WERNECKE, LC & DI MAURO, S. Deficiência muscular da carnitina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (Nº 2): 281-295, 1985.

Nas referências bibliográficas de livros devem ser indicados: 1 - Sobrenome em letras maiúsculas, seguido de vírgula; 2 - Letras iniciais dos prenomes; 3 - Título completo da publicação; 4 - Editora, cidade de impressão e ano.

Exemplo: LANGE, O. - O líquido cefalorraquidiano em clínica. Melhoramentos, São Paulo, 1937.

Ao final das referências deve constar o endereço completo do primeiro autor.

# Complemento de Anuidade

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1339/90

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58 e,

**Considerando** que o artigo 1º da Lei nº 3.268/57 dá aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina autonomia administrativa e financeira;

**Considerando** que cabe ao Conselho Federal e aos Conselhos Regionais de Medicina zelar com competência pelo bom exercício da medicina, necessitando para tal dispor dos recursos financeiros necessários a seu funcionamento, conforme estabelece a Lei;

**Considerando** que a receita dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina advém prioritariamente das anuidades cobradas aos médicos neles inscritos;

**Considerando** que a anuidade cobrada está profundamente defasada em relação à realidade econômica do país, por sucessivas perdas em seu valor de correção;

**Considerando** que esta defasagem inviabiliza a ação dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e que o dever maior de seus dirigentes é garantir o perfeito funcionamento dessas entidades;

**Considerando** a decisão adotada, por unanimidade, no Encontro Nacional dos Conselhos Regionais de Medicina com o Conselho Federal de Medicina, realizado no dia 07 de junho de 1990, de que ainda no corrente ano é imprescindível a realização de uma cobrança adicional, a título de reajuste de anuidade, como forma de assegurar a continuidade das funções dos Conselhos de Medicina;

**Considerando**, ainda, o decidido pelo Conselho Federal de Medicina na Sessão Plenária de 08 de junho de 1990;

### RESOLVE:

- 1. Autorizar os Conselhos Regionais de Medicina a cobrarem no ano em curso, uma complementação de anuidade aos médicos neles inscritos;**
- 2. Estipular o valor desta complementação em 45,24 BTN's (Bônus do Tesouro Nacional), para o recolhimento até o dia 31 de agosto de 1990;**
- 3. Conceder um desconto de 10% (dez por cento) do valor acima, para o recolhimento até o dia 31 de julho de 1990.**

Brasília-DF, 08 de junho de 1990

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ  
Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL  
Secretário Geral

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 08/06/90

# A ÉTICA E A GREVE MÉDICA NO SETOR DE SAÚDE

Julio Cezar Meirelles Gomes\*

## GREVE

### Conceito:

"a recusa combinada do trabalho por uma coligação de assalariados; grupo de pessoas que se exime de cumprir um dever de obrigação para sustentar uma reivindicação".

"Greve é a abstenção ao trabalho pela totalidade ou maioria dos empregados de uma ou várias empresas e estabelecimentos, ou por trabalhadores autônomos sujeitos à legislação do trabalho, visando a preservar, modificar ou criar um direito que lhes diga respeito. O elemento essencial do direito de greve é esse conceito, essa combinação para a parada coletiva do trabalho".

### Etimologia:

- "grèvé", francês, quer dizer terreno de areia e cascalho. À beira-mar ou beira-rio, local onde o rio Sena acumulava areia e cascalho, foi ponto de reunião de trabalhadores e operários sem emprego, à procura de ocupação ou descontentes com suas condições de trabalho, à espera de outros patrões que lhes apresentassem propostas preferíveis. Daí advem a expressão "faire-greve", fazer greve, e, o sentido de abstenção deliberada ao trabalho.

### Histórico:

Proibida pela Lei de Chapeller de 1871 na França e pelo "Combinaction act" de 1800 na Inglaterra e sujeita a penas severas, desde penas e multas, até ao enforcamento (Inglaterra), somente no decorrer do Século XIX deixou a greve de ser um delito, vindo a alcançar a posição de um direito legítimo. Já em 1869 na Gewerbeordnung, de Bismarck, paradoxalmente, não se punia a greve, mas se autorizava a dispensa do trabalhador que dela participasse.

### A Greve no Brasil:

No direito brasileiro a carta de 1937 considerava a greve e o "lock out" como recursos anti-sociais, proibindo-os: Somente a Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946 reconhece o direito de greve que seria regulado por lei (art. 158). Tal regulamentação só veio a ser feita pela Lei 4.330, de 1º de junho de 1964.

A greve paulista de 1917 foi a primeira importante manifestação operária no Brasil, ocorrida em São Paulo, em julho, com caráter de ampla participação das massas trabalhadoras, cujos movimentos anteriores influenciados pelo anarco-sindicalismo, sindicalismo e anti-clericalismo espanhóis e Italianos, haviam tido um caráter limitado e esporádico, tendo sido o mais significativo deles a paralização da companhia paulista de Estrada de Ferro em 1906.

No Brasil a Constituição de 1967 (arts. 157 § 7º e 158, inciso XXI), consagra a greve como um direito dos trabalhadores, salvo nos serviços públicos e em outras atividades consideradas essenciais, assim definidas em lei especial.

Na atual Constituição o direito de greve está inscrito no artigo 9 e estabelece que "é assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender". O parágrafo primeiro estabelece que a regulamentação será feita mediante lei complementar responsável pela definição dos serviços essenciais que não gozam deste diploma de caráter irrestrito.

A Emenda Constitucional nº 01 de 1969 dispõe no Título III - Da Ordem Econômica e Social em seu artigo 162: "Não será permitida greve nos serviços públicos e atividades essenciais, definidas em Lei".

O artigo 165 estabelece que "A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da Lei, visem a melhoria de sua condição social: (... ) § 21 - "greve, salvo disposto no artigo 162".

A Emenda Constitucional nº 69 facultava portanto aos trabalhadores em geral o direito da greve, condicionando a satisfação de múltiplos pré-requisitos legais. Por outro lado obstava a greve no setor de saúde conforme definição legal prevista no artigo 162. O artigo 722 da CLT estabelece a proibição do lock out, greve dos patrões. O Decreto-lei nº 6.632, de 04 de agosto de 1978, dispõe sobre a proibição de greve nos serviços públicos e em atividades de interesse da segurança nacional. O artigo 1º desse Decreto-lei estabelece proibi-

\* Médico do Distrito Federal, Trabalho premiado pelo CRM-PR

"Melhor Monografia - A Ética e a Greve no Setor de Saúde", 1989.

ção de greve em hospitais, ambulatórios, maternidades, sem distinção ou não de emergência. A Lei 4.330, de 64, conforme foi dito acima, regulamentava o direito de greve na forma do artigo 158 da então Constituição Federal. Seu artigo 4º vedava o exercício da greve pelos funcionários e servidores da União, Territórios, Municípios e Autarquias, entre os quais os médicos assalariados do Estado. Estipulava em conjunto de condições e pré-requisitos de difícil realização e no seu artigo 12 tornava explícita a proibição em serviços médicos. Por fim temos a Lei 7.783, de junho de 89 que dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade e dá outras providências. Cumpre destacar o artigo 10, que por sinal dá título ao Decreto, onde são considerados serviços ou atividades essenciais, no item II, "assistência médica hospitalar", sem distinção do caráter público ou privado ou ainda do caráter eletivo ou emergencial. Em segundo lugar, traz o artigo 18 que revoga a Lei 4.330 de 64 e o Decreto-lei nº 1.832/78. Fica bem claro pela legislação percorrida a proibição formal da greve para o médico investido de cargo ou função pública.

#### **Os Médicos:**

A Constituição da classe médica propriamente dita como um segmento assalariado da sociedade e como integrante do conjunto dos trabalhadores de saúde remonta às décadas de 30, 40, quando além das Santas Casas surgem outras instituições hospitalares públicas nos grandes centros destinados à assistência médica em regime gratuito. Os médicos que até então viviam quase exclusivamente como liberais passam a ocupar empregos na rede pública, em Hospitais-escolas; constituem-se grandes centros de pesquisas médicas e germina uma política de assistência médica com a participação crescente do Estado, tornando o emprego uma forma efetiva de exercício da medicina.

I - Surgem no país as primeiras entidades médicas representativas do setor ético e sindical, a saber: Os institutos criados para prover a aposentadoria de trabalhadores consoante categorias especiais, vêm estipular a existência de centros médicos, que mais tarde se transformam em verdadeiros hospitais e têm como atribuição principal efetuar perícia médica para definição de benefícios de licença ou aposentadoria. Foi a época em que o Estado Novo proclamou a Consolidação das Leis do Trabalho como um conjunto de concessões à classe trabalhadora, tendo como retorno uma feição populista, que ofereceu ao Presidente Getúlio Vargas uma herança nacional junto aos assalariados de baixa renda. Elementos sociais que faltavam ao seu governo.

II - O primeiro sindicato médico brasileiro foi fundado no Rio de Janeiro em 1927 e trazia no seu artigo 1º elementos compatíveis com o exercício da lealdade nos preitos de defesa e amparo da classe, tal como se lê: "O Sindicato Médico Brasileiro (...) tem por fim promover a defesa e o amparo da classe, manter estreita solidariedade entre seus membros e ditar-lhes regras de conduta (...) entre o médico e a coletividade". É lícito deduzir a extensão, o alcance das atribuições descritas que aduzem a relação entre o médico e a sociedade em geral.

O primeiro Congresso médico sindicalista brasileiro realizado no Rio de Janeiro em 1931 entre numerosas resoluções aprovadas votou o Código de Deontologia Médica, primeiro a rigor da série, tendo como modelos o Código de Havana e o Código de Moral Médica de autoria de Flaminio Fávero. Em 1933 surgem os Conselhos de Disciplina Médica Regionais e a Federação dos Sindicatos Médicos. A Federação passa a ter reconhecimento oficial a partir de 1938.

Em 1946 surge por Decreto-lei a primeira Diretoria do Conselho Federal de Medicina. Em 1957 vem a Lei nº 3.268 e o Decreto nº 44.045 que criam os Conselhos e regulamentam seu funcionamento.

O médico como empregado de instituições particulares ou empresas, começa a crescer a partir dos anos setenta quando formas de intermediação lucrativa invadem a medicina em decorrência da política de importação de modelos alternativos na reformulação da economia em favor do capital estrangeiro. Por outro lado o custo elevado de equipamentos e insumos na área de saúde, transforma a medicina em presa fácil para a indústria estrangeira e torna o exercício individual uma tarefa difícil, em favor dos aglomerados financeiros ou associações de capital. O trabalho em equipe às expensas de equipamento sofisticado sem sepultar a figura solitária do médico que exercia a clínica em seu gabinete particular, um "pouco mais de duas mãos e um grande sentimento do mundo", conforme o poeta maior. Nem por isto, uma medicina menos eficiente no sentido da reparação global do dano a condição humana, porque mais rica em relação médico-paciente, mais densa de relação na propedêutica personalizada. O avanço tecnológico impõe uma assustadora organização dos serviços que envolve Informática e equipamentos, afasta o médico do paciente, interpõe a máquina e a própria instituição numa operação antes exclusiva de pessoas. Surge a rigor uma nova era na medicina. Surgem novos problemas e complicadores no processo simples até então de promoção da assistência médica. As condições de trabalho são modificadas, deixando o trabalho médico de ser uma tarefa estritamente individual e passa a ter um caráter de trabalho em equipe em centros médicos que reúnem recursos e equipamentos especiais. De repente o artista solitário ou cientista habilidoso, passa a vender seu serviço não mais diretamente aos pacientes, mas a terceiros, com ou sem geração de lucro.

## **O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E A GREVE**

#### **O Código de 1965**

O primeiro Código instituído a partir de 1965 não contempla a preocupação hoje existente com a greve, tendo em vista que sua elaboração à expensas do primeiro grupo de Conselheiros do Conselho Federal de Medicina transcorre no período entre 1957 e 1963, quando o modelo de exercício liberal da medicina era dominante.

É bom notar que o governo autoritário instalado a partir de abril de 1964 não conseguiu imprimir ao Código de Ética uma feição repressiva em relação à greve, visto ser essa uma preocupação do regime militar responsável pela supressão das formas tradicionais de insatisfação e luta da classe trabalhadora. Em 1970 o governo militar se intrinseca no Código de Ética Médica e graças a um parecer da Consultoria Geral da República suprime o artigo 18 do Código de Ética Médica, além de estabelecer como forum privilegiado de julgamento a Força Armada a qual pertence o médico quando praticar delitos no desempenho da função médica.

No entanto, esse Código, o primeiro instituído entre nós, exorta como nenhum outro o espírito de solidariedade de que deve reinar entre os médicos criando condições efetivas para promoção de uma consciência política indispensável aos novos rumos da medicina como profissão assalariada emergente nos grandes centros urbanos. Com efeito, o artigo 7º já proclama com clareza e objetividade "que o médico deve ser solidário com os movimentos generalizados e justos de defesa da sua categoria profissional". Já além quando mostrava sua não-participação, renegando os compromissos assumidos em assembléia com a categoria constitui o motivo de infração ética por lesão aos princípios de lealdade. Punia a deslealdade no seio da classe médica e fortalecia o espírito associativo e participante, núcleos básicos da formação de um segmento homogêneo de profissionais que constituiu a própria unidade característica da classe.

#### O Atual Código e a Greve

O artigo 78 diz: "é vedado " ... " posicionar-se contrariamente aos movimentos legítimos da categoria com a finalidade de obter vantagens..."

Ora, este princípio estimula a solidariedade e fortalece o espírito de corpo, deixando entrever que é justa e necessária a participação do médico nas lutas coletivas em busca de benefícios, indo mais longe, quando condena a não-participação do médico por oportunismo, e só por isto. Torna-se reticente por outro lado se a não-participação não implica em vantagens pessoais. Alude ao direito também democrático de não fazer greve. Veda, por vias escusas o "piquete" no setor de saúde. Esse, é o meu entendimento.

O artigo 7º ainda oferece ao médico o direito de não atender ao paciente por motivo extra-pecuniário e até pecuniário; e por quê não!? Ressalvada a necessidade de alternativa para o atendimento sem risco de vida. Tal como se lê, em princípio, o artigo 7º oferece respaldo e fundamento ao direito de greve.

O artigo 8º a saber "O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho", vem como reforço de sustentação à autonomia prescrita no artigo 7º, que portanto soma-se ao mesmo.

O artigo 15, a saber "Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico", defende em sua plenitude com a exuberância de meios e farta clareza o direito que tem o médico de praticar a greve, vista como instrumento para obter remuneração condigna, seja por condições de trabalho, compatíveis com o exercício ético da medicina.

O artigo 23, cujo texto inicial diz "recusar-se a exercer, ... " apenas reforça o direito visto acima, se não inscreve quase como obrigação do médico suspender suas atividades em busca de prestar a Instituição a prover a condições éticas em favor do paciente. Não trabalhar quando o trabalho praticado nas condições oferecidas pela Instituição coloca em risco a vida do paciente, malgrado a pericia do médico. O artigo 24 a saber "suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a Instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina", reforça e amplia este direito e o compromisso, trazendo à luz a ressalva da emergência como fato novo e obrigando o médico a denunciar ao Conselho de Medicina, obrigação já inscrita no Item V do Préambulo. O artigo 35 a saber "deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria", fixa os limites da possibilidade de greve embora vise alcançar por intenção primária a omissão de socorro em geral. Não traz implícita a ressalva de que não haverá omissão quando houver alternativa de assistência médica. Por outro lado configura o ilícito de omissão a presença de médico no local da emergência, sendo omissão em relação à sua ausência no local de trabalho "se por motivo de força maior". O artigo 37 do Código de Ética Médica de 1965 parece disposto a impedir que o médico não deixe de comparecer ao Pronto Socorro por motivo de greve, mas alude à virtude da pontualidade, não à obrigação trabalhista, como deixa entrever o termo não bem definido de "força maior". Ignora por outro lado o dever legal da Instituição em prover os meios indispensáveis ao trabalho médico ou substituir o médico faltoso.

O artigo 58 a saber "Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo", parece claro em estabelecer a ressalva que segundo nosso entendimento pode se estender ao trabalho médico nos setores públicos emergenciais, desde que a rede médico-assistencial privada possa fazê-lo, permite supor que assim como um médico pode substituir outro em local de emergência, os sistemas também se substituem, no caso o público e o privado; o que parece retirar a antilegicidade formal na suspensão do trabalho médico, até nos setores de emergência. O artigo 77 restabelece a proibição ética de um médico substituir outro demitido por motivo injusto ou quando no exercício de reivindicação profissional. Não é bem o caso, posto que não se trata de substituição no emprego deixado por médico, nem sua participação como substituto ou suplente constitui infração desleal à vista das obrigações trabalhistas e do não-compromisso assumido junto à categoria. O presente artigo, vale lembrar, já existia neste primeiro Código de Ética Médica tendo sido suprimido por força de parecer da Consultoria Jurídica da Presidência da República, conforme alusão anterior.

#### O Código de Ética Médica de 1984

O segundo Código de Ética Médica editado em 1984 pelo então Conselho Federal de Medicina em fim de mandato após vinte anos de permanência superpostos ao período da Ditadura Militar, foi elaborado numa discussão restrita ao próprio Conselho.

Trouxe como novidade principal a inserção de um capítulo de Responsabilidade com os Direitos Humanos, que tornava ilícito ético envolvimento do médico com procedimentos cruéis e atentatórios à condição humana. Isto, após quinze anos pelo menos de indiferença à participação de médicos no acobertamento de torturas e na impunidade da eclosão da Nova República, com revogação à vista de inúmeros dispositivos de excesso e o retorno à legalidade democrática.

Este Código, de qualquer forma, foi uma carta de transição que preservou o princípio da solidariedade da classe médica no Capítulo de Relações com os colegas conforme preceitua o artigo 33 "Deixar, no exercício

da profissão, de ter para com os colegas apreço, consideração e solidariedade ou contribuir para a desmoralização ou desprestígio público da classe", combinado com o artigo 35 "Renegar, sem anuência do Conselho Regional, compromisso assumido por escrito, em assembléia oficial da classe", durou pouco, todavia, servindo de base para o ante-projeto da reforma do Código de Ética, que finalmente se deu em 1987 às expensas de uma conferência nacional de ética médica com participação de todos os setores da vida médica e entidades da sociedade organizada. Apesar da contribuição original de inscrever um capítulo relativo aos direitos humanos, assunto palpitante na época, não conseguiu apagar a impressão de um órgão atrelado aos interesses da administração militar que geriu o país por vinte anos.

O novo colegiado eleito em 1985 conseguiu varrer da memória nacional os vestígios de sujeição e atrelamento, oferecendo à classe médica um instrumento vigoroso de promoção da medicina ética. Como traço dominante, trazia o compromisso social da medicina e a defesa do médico como assalariado das instituições públicas ou particulares. Sinal dos tempos.

## A QUESTÃO FUNDAMENTAL:

### A GREVE NO SETOR DE EMERGÊNCIA

A questão da greve no setor de emergência é muito delicada e talvez represente o fator fundamental como mérito dessa reflexão. Em primeiro lugar, há que vê-la do ponto de vista ético em relação ao médico assalariado como servidor público, a serviço da comunidade e portanto remunerado pelo Estado. Af está. O dever de servir à comunidade coloca-se acima do ponto de vista ético do direito de cidadania em interromper suas atividades e exercer o princípio da greve inscrito na Constituição. Malgrado o Decreto que regulamenta a matéria, que define como essencial a prestação de assistência médica nos setores de emergência, enquanto se faz omissão em relação ao caráter público ou privado da instituição empregadora. O Código atual estabelece que "a omissão de socorro" se configura pelo não-atendimento em pronto socorro ou fora dele quando não há alternativa de atendimento sem risco para o paciente. Havendo alternativa no próprio local ou próximo e sem risco de protelação, deixa de existir a rasura moral pelo não atendimento. Assim é o nosso entendimento. Visto à letra fria do Código em princípio, o médico do Pronto Socorro público poderia suspender então suas atividades sem prejuízo aparente para a população e portanto sem gravame ético. Isto porque sempre existe em grandes centros e até em pequenas cidades a rede particular de atendimento ou senão o próprio médico, como cidadão alcançável pelo Interessado, frustrando a caracterização do não atendimento sem alternativa. Ocorre no entanto que a realidade é maior e mais complexa do que a lei e do que as normas, ou até os Códigos, malgrado sua abrangência salomônica. Voltamos ao Código de Ética. Vale a pena examinar melhor o artigo 24 e resgatar os elementos críticos que prescrevem o remédio e apontam a ressalva. Diz o referido artigo: - "ser direito do médico" - "suspender suas atividades individual ou coletivamente quando a instituição pública ou privada para a qual trabalha não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente" e af faz a ressalva "... ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo... ". Este artigo, combinado com o artigo 19 que recomenda respeito, consideração e solidariedade com os colegas, acrescido do que dispõe o artigo 35 estabelece a proibição ética de deixar de atender "em setores de urgência e emergência quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado em decisão majoritária da categoria "... significa claramente o direito de praticar uma greve por motivo de reivindicação pecuniária, fora dos locais de emergência". No entanto, o que nos parece claro em proibir a prática da greve em locais de emergência ou urgência, torna-se obscuro face ao disposto no artigo 58 que veda ao médico "deixar de atender paciente que procura seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço em condições de fazê-lo". A presente ressalva "quando não haja ..." nos leva a presumir o aparente direito de praticar a greve desde que "haja médico ou serviço médico em condições" de prover o atendimento. Isto parece sanar a figura refletida do Código Penal relativa à omissão de socorro, vista como o dano decorrente da não-assistência de profissional capacitado quando não haja alternativa para sua recusa ou omissão. Soa contraditório que o mesmo Código proteja a greve em setor de emergência enquanto busca proibi-la. Má-fé ou confusão deliberada? Nem uma coisa nem outra. A conjugação dos artigos pincados do Código de Ética é maior do que a soma simples das partes e permite deduzir com clareza que criada ou existente a alternativa para o atendimento, deixa de haver a fratura de omissão de socorro nos casos de urgência ou emergência comprovados. Esta é a questão mais rasa, vista à letra fria do Código de Ética, devendo ser transferida para um fórum mais amplo que é a própria sociedade, princípio e fim da atenção médica. Há mais: sobrevem a omissão ou recusa de atendimento quando o médico de corpo presente, atuando nos setores de emergência, deixa de prestar atendimento nos casos de comprovada urgência com risco de vida. No entanto, se na qualidade de empregado da instituição, deixa de comparecer ao local de trabalho por motivo de greve ou enfermidade incapacitante, soa descabido acusá-lo de omissão de socorro quando o evento ocorreu, se ocorreu, fora do seu conhecimento, além do seu alcance, quando o doente procurou uma instituição prestadora de assistência médica e não a pessoa do médico que deixou de comparecer ao local de trabalho. Cabe arguir à instituição pelo provimento das condições de assistência médica pela substituição do faltoso ou pela correção das deficiências no trabalho, inclusive a remuneração indigna, se for o caso, se foi este o motivo do não comparecimento ao trabalho. Fica difícil conceituar, a rigor, a condição de faltoso ao trabalho ou infrator ao Código de Ética quando o médico deixa de comparecer ao setor de emergência médica por motivo de greve. Excluí-lo como cidadão comum e profissional assalariado do direito de greve pode se converter também numa discriminação aos direitos previstos na Lei maior da Constituição, quando isto é feito por casuismo ao sabor de interesses cartoriais do Estado, como falso protesto da sociedade. A regulamentação que considera a atividade médica nos setores de emergência como "essencial" aos interesses da sociedade, parece não levar na devida conta que a remuneração deve ser também "essencial" à luz dos interesses desse segmento da sociedade. Torna-se lógico admitir que para atividades essenciais, sa-

lários essenciais. Isto também é um dever do Estado além de ser direito do trabalhador. Mas a questão é maior, transcende a nosso ver os limites da categoria médica como um segmento organizado da sociedade e alcança o território aflitivo da Nação. Vista em suas classes sociais, ora se confunde com o Interesse maior da própria sociedade, além da preocupação em respeitar formas de assistência médica, patrocinadas pelo esforço da classe trabalhadora ou financiadas pelos cofres públicos como resultado da poupança nacional. O médico como funcionário do Estado adquire uma característica muito especial, muito singular que confere à sua atividade um compromisso ético transcendental com a comunidade. O Estado deve ser reconhecido como o gerente dos interesses da sociedade, capaz de agir em seu nome para oferecer serviços de saúde e o médico remunerado pelos cofres públicos precisa reconhecer que o Estado é o gerente, mas a fonte pagadora é o público que contribui de diversas formas para financiar o sistema de saúde. Há que se considerar ainda que as classes trabalhadoras de baixa renda representam o segmento da sociedade que mais contribui, como por outro lado, que mais utiliza o sistema. Vale lembrar por oportuno as sangrias colossais no conjunto de recursos financeiros destinados a custear a assistência à saúde, na forma de aquisição de ações ao setor privado que representa a maior despesa da Previdência Social, por exemplo.

Assim temos que o serviço médico custeado pela sociedade deve ser considerado patrimônio público de Interesse relevante e como tal protegido de iniciativas deletérias que podem ferir sua integridade ou frustrar os segmentos usuário-financiadores. A greve médica no setor saúde traz prejuízos sociais incalculáveis, valoriza o setor privado de assistência médica, priva o trabalhador de recursos médico-assistenciais uma vez que por vocação de pobreza ele não alcança as alternativas possíveis na medicina de alto custo. As empresas de medicina de grupo vendem a imagem da competência e sobretudo da segurança para os setores mais abastados da sociedade e tem procurado como já ocorre na indústria farmacêutica, oferecer serviços a grupos menos favorecidos através do financiamento do Estado ou grandes empresas de capital misto. Além disto, a greve como movimento destinado a recompor os salários dos profissionais de saúde traz em seu uso abusivo e sem critérios racionais a vantagem de fomentar uma perspectiva triunfalista de que tudo pode, tudo alcança e vai resolver por mágica os complexos e infinitos conflitos de origem entre o capital e o trabalho. Vê-se nisto um equívoco histórico das lideranças que confundem a prática sindical com a mobilização popular para o eventual assalto ao poder. Esta é uma ilusão que tem sido vendida aos segmentos sociais da saúde pelos setores menos conseqüentes dos movimentos políticos que consideram a greve o instrumento mais avançado para os trabalhadores da saúde. É preciso definir com clareza que a greve como recurso extremo de pressão social deve ser utilizado a prazo fixo e dose definida no âmbito da saúde, se tanto. A greve entre nós assalariados do Estado a serviço da comunidade, não faz cessar o lucro do patrão, não interrompe a produção de bens de consumo ou de capital, não frustra a mais valia que alimenta o bolso do capitalista detentor dos meios de produção. Soa descabido negar às classes trabalhadoras de baixa renda e as populações carentes do Interior e grandes centros a única modalidade de assistência médica ao seu alcance e pior, por elas financiada, como forma de protestar contra salários ou pressionar o Governo.

A greve de saúde praticada nos próprios do Estado ou no âmbito da Previdência Social constitui uma mal versão, senão uma perversão da estratégia de luta das classes trabalhadoras cujo trabalho se converte em lucro para o patrão. O direito de não vender seu trabalho por preço vil ao estado é legítimo, deve e tem que ser respeitado como exige por sua vez que seja praticado **até antes de ingressar** no serviço público sem promover fraturas lesivas ao Interesse da comunidade. Deve o servidor exercer o pleno direito de cidadania que consiste em sua participação no processo de transformação da sociedade mediante **voto**, mediante atuação dos poderes políticos interessados e militância sindical. É ilusão admitir que a greve vai consertar a política salarial do Governo, sempre comprometido com as classes dirigentes e sujeitando o Estado aos interesses do setor privado. É ilusão admitir que a greve no setor de saúde possa corrigir as distorções nacionais na economia responsáveis pela corrosão do poder aquisitivo ou defasagem salarial. A questão também é maior e passa por dentro da sociedade como um todo, não admite e não comporta soluções setorializadas.

A correção das distorções que geram dissabores econômicos para todas as categorias tem que ser mais de fora para dentro, de baixo para cima e sobretudo do lócio em direção ao particular. Tal a indexação dos erros e equívocos na política salarial vigente no país.

A categoria médica não deve por Imperativo ético e dever de consciência social acatar formas de luta que ponham em risco o patrimônio público de assistência médica, que possam punir os interesses sociais dos segmentos menos favorecidos. A luta setorial é restrita, é menor e, favorece sentimentos corporativos que podem estimular a usura e inibir sentimentos de unidade nacional. A defasagem salarial do setor médico decorre da crise econômica nacional e da desorganização administrativa do Governo. Então sendo deve ser combatida em conjunto com outros setores de outras categorias sociais numa estratégia de reforma estrutural e transformação do modelo político ora praticado.

A questão do custo benefício deve ser levado em conta para estimular a propriedade de greve entre médicos. É lógico que o custo social do movimento tem superado o valor do benefício provisório e pecuniário gerado pela greve. Nem sei se vale a pena ganhar mais dinheiro às custas da decepção do paciente que encontra o ambulatório fechado e retorna ao Interior sem perspectiva de cura para o possível tumor, ainda ressecável. Dá o que pensar.

A mais ética das profissões e por isto a mais nobre deve aceitar as limitações como inerentes à sua natureza. Para nós parece tão absurdo vender bem-estar físico e mitigar a dor, quanto, à semelhança do sacerdote, vender a bênção divina. Daí, dinheiro e medicina em nossa compreensão sempre andarão às turras, com relações difíceis ou inamistosas, mesmo considerando o legítimo direito da medicina liberal num país de modelo capitalista. Por isto torna-se relevante preservar o modelo de assistência médica não-lucrativo que alcança grandes parcelas da população. Proteger os próprios da União responsáveis pela assistência médica onde o modelo praticado pode se aproximar do ideal ético da relação médico-paciente, livre das mesquinhas aflições do dinheiro, quando o ato médico é regido pela satisfação do médico que cura o alívio alcançado pelo paciente. Vemos nisto a justa aplicação, mediante arte e ciência, dos princípios terapêuticos universais que representam patrimônio cultural da humanidade.

Estes são algumas considerações que devem ser chamadas à reflexão como prelinhares para uma discussão sobre matéria de natureza ética, que a rigor transborda os estreitos limites da continência ética, como

um rio, que na chuva é mais do que a distância das duas margens.

Por exemplo, o que se entende por modelo liberal como foi acima referido? Claro que o segmento ético da classe médica que se estabelece por conta própria (se possível sem financiamento a juros subsidiados pelo Estado) e vende ao público sua própria força de trabalho qualificada, como acontece quando o médico atende um cliente particular, numa relação de procura justa, ética e transparente. Mesmo quando o atendimento é feito em próprios de outro médico, hospital ou gabinete particular, a relação se mantém ética na medida em que o médico pague sua taxa de ocupação em valor correspondente à utilização das instalações e equipamentos. O atendimento praticado em regime de cooperativa também pode ser considerado ético, ou quando o médico é funcionário de qualquer instituição não-lucrativa de assistência médica.

Quando o trabalho do médico é comprado por uma instituição lucrativa e revendido a maior, aí está o ilícito que admite dois aspectos. Cabe à instituição seja de proprietário não-médico e sem médico responsável, fica o médico que vende seu serviço incluído por procedimento mercantilista em regime de cumplicidade com entidade não idônea. Caso a instituição seja de profissional médico ou disponha de responsável técnico como representante ou preposto da diretoria, incide em transgressão ética o médico que vende o serviço e o RT, ou proprietário, se médico.

Aí está o modelo anti-ético.

É forçoso reconhecer que a greve, se não específica é um instrumento singular de luta da classe operária cujas raízes históricas remontam ao século XVIII, às margens do rio Sena, quando a insatisfação com o ganho ou as condições adversas levavam os trabalhadores a interromper suas atividades e se concertar neste local. É claro que o fato político criado se estende e se amplia em nossos tempos os segmentos trabalhadores e assalariados que não apenas operários na acepção do termo, mas que acrescentam ao valor final do produto o inatuito da mais-valia. Senão, tem seu trabalho revendido de forma lucrativa ou concorrem para multiplicar o capital do patrão quando se trata de atividade comercial. É sabido que a greve tem sua força vital na cessação do lucro, gerando efeitos lesivos ao interesse particular. Nesse caso o trabalho é visto como mercadoria de compra e venda no mercado, consoante interesses dos setores que detêm os meios de produção.

Ora, não é bem o caso do servidor público e no de saúde cuja força de trabalho é adquirida a preço inferior ao de mercado, isto com certeza, mas não gera lucro para a empresa, nem é revendido a preço maior. Isto deve ficar bem claro. Por sinal, isto ocorre no setor privado da medicina tendo como exemplo mais ilustrativo as empresas de medicina de grupo que compram recursos médicos para revenda a preço maior, com retenção do valor excedente. Afim justificar-se em sua plenitude o exercício da greve do âmbito da medicina, mas curiosamente não temos notícia em nosso país! Não se pretende com esta forma de proposição inibir uma regalia ética ou direito inscrito na Constituição ou ainda mais uma conquista histórica da classe trabalhadora que consistem em não vender sua força de trabalho a preço ou valor incompatível com a sobrevivência condigna, além da simples reposição da força de trabalho. Longe de nós esse propósito. Temos em mente a preocupação de proteger o patrimônio público voltado para assistência médica e não agravar a carência social dos setores menos favorecidos. Há que se ver que a natureza ou feição menos autoritária da Constituição atual, oferece alternativa para reforma dos salários como jamais existiu. Aí está a legislação trabalhista em vigor, além do fortalecimento das instituições sindicais e da criação, como fato político, das centrais trabalhadoras que independente do diploma legal promovem uma coordenação admirável de interesses entre todos os segmentos trabalhadores rurais e urbanos.

Há portanto, canais abertos que podem oferecer resultados substantivos em busca da justiça salarial, além dos estreitos limites da greve que às vezes se transforma num passe de acomodação e inércia que pode resultar em dispersão do profissional de saúde dos locais de trabalho. É preciso considerar como parte da nação todo conjunto da população não-urbana, não-assalariada. O conceito pequeno-burguês de greve no setor saúde tem sido a evasão, a ausência do profissional no trabalho e a frequência precária nas assembleias de avaliação ou concentrações em locais públicos. É doloroso afirmar, mas a classe médica não tem praticado a greve no sentido de concentrar, opinar, debater, pressionar os dirigentes do sistema, preservar atividades essenciais para o interesse público, etc. Dá-se, por vocação inerente, ao simples direito de não-ir ao trabalho e pouco mais do que isso, salvo o esforço medonho das lideranças ou profissionais imbuídos de convicção ideológica sobre o movimento, além do simples ganho salarial. Ao contrário da classe operária o grevista no setor saúde não aceita riscos inerentes ao movimento como o desconto dos dias parados ou a perda do emprego. Pelo contrário, atua amparado pelas autoridades também médicas que agem motivadas pelo espírito de corpo ou simples negligência administrativa.

As greves no setor têm mobilizado mais pelo fascínio do ganho salarial sem risco do que pela justa compreensão de princípios políticos que regem a reforma das contradições entre o capital e o trabalho. Greve é coisa muito séria para ser usada com fim exclusivo de ganhar dinheiro.

Com relação à greve no âmbito da assistência médico-hospitalar em instituições públicas vale a pena registrar um acontecimento singular que teve lugar no Hospital Docente Assistencial, gerido pelo Convênio FUB/INAMPS/SUDS e sediado em Brasília - DF. Ocorre que no mês de junho próximo passado a greve dos funcionários públicos da União se estendeu ao corpo de médicos e funcionários daquela instituição. Ao mesmo tempo entrou em greve o corpo docente da UnB e com isto os médicos daquela instituição responsáveis pelo ensino dentro do Hospital. Em caráter quase simultâneo os funcionários da UnB entraram em greve, alcançado àqueles lotados no referido Hospital. Houve no período, por um dia apenas, se não me falha a memória, uma greve de advertência decretada pelos médicos residentes. Por fim, uma greve dos alunos da UnB.

Só faltou a rigor a adesão dos pacientes.

Para agravar a situação do Hospital em estado pré-falimentar e relativo abandono, eclodiu uma crise entre o corpo clínico primitivo do INAMPS e o corpo docente da UnB, tornando iminente a crise definitiva. O fato ilustra a tese da depreciação do patrimônio público, do descaço com o interesse social, face a movimentação dos setores diversos em busca da justiça salarial. Curioso e deve ser assinalado que numa instituição médico-hospitalar onde coexistem diversos setores da área de saúde e até funcionários não ligados a saúde, a eclosão simultânea de diversas greves, por fatal coincidência, promoveu a mais cruel deserção já vista num hospital! A exemplo do atô-torno da CSN, leva muito tempo para voltar ao padrão normal de funcionamento,

quando não ocorre dano irreparável ao patrimônio público que inclui a saúde da população usuária.

#### VINTE ANOS DE PROIBIÇÃO

Greve como instrumento de luta dos trabalhadores merece ainda outra forma de reflexão relativa à atrofia ou distrofia dos direitos de greve por desuso ao longo de 20 anos de regime militar. Claro, após decorridas duas décadas de inação da greve, de proibição informal deste direito, é lícito supor que se tenha criado uma expectativa mágica em torno deste recurso de luta classista, quer dizer, uma visão ingênua e triunfalista da greve como forma de redenção da classe trabalhadora. Usada de forma abusiva nos primeiros anos de abertura política não só provocou remédios amargos no fórum governamental, mas repercutiu na própria Constituinte, além de gerar temíveis anticorpos no sistema patronal de defesa. Parece que o patrão aprendeu mais a se defender da greve do que o trabalhador aprendeu a usá-la. Nada mais dialético a rigor.

Assim concluímos a bem da verdade que não há vedação formal à luz do Código de Ética Médica ao exercício da suspensão do trabalho médico como empregado, ressalvada a sua presença no local de trabalho diante de urgência médica com risco de vida e sem alternativa para o doente. A greve praticada no âmbito das instituições particulares mostra duas versões possíveis: aquela do médico empregado, figura quase morta no teatro dos conflitos trabalhistas, face a relação adversa entre empregado/candidato e, aquele inerente à própria instituição cuja a rebeldia em suspender serviços quase sempre se dá contra o Governo ou entidades públicas compradoras de serviços médicos. Isso ocorre com a denúncia unilateral dos convênios com efeitos sociais sempre adversos, prática corrente entre micro-hospitais e empresas médicas insatisfeitas com a remuneração do serviço vendido. E isto também é greve, senão lock-out, visto como o direito do vendedor de serviço médico - pessoa jurídica - paralisar suas atividades, inconformado com a defasagem dos convênios. A Constituição proíbe, se em conjunto com outras instituições, mas é feita e cometida por empresários da saúde sob a chancela de greve branca, de gabinete, ou pressões de alto nível habitualmente contra o MPAS e o Interesse público.

Por sua vez o profissional liberal ou do setor privado, quando inconformado com o valor da retribuição financeira ao seu serviço, faz apenas aumentar o preço da consulta, o que significa não atender pelo preço antigo, tudo isso sem alarido social, passeatas ou concentrações. A aparente disciplina do aumento também é um ato de força no sentido de reajustar vencimentos, que as autoridades não consideram. O piquete, a violência social está contida na recusa em atender pelo preço antigo. Fica a impressão final de que o direito da greve no setor saúde não deve ser exercido pelos profissionais médicos quer seja na atenção eletiva ou no âmbito das emergências. Em nome da ética maior que transcende os limites do Código e constitui um pacto moral com a sociedade.

Devem ser buscadas novas formas de ação sem perder de vista a necessidade maior de reformar o modelo social vigente para promover uma reforma ética da assistência no país.



## ACÓRDÃO

### Processo Ético-Profissional nº 026/86

**DENUNCIANTE** - CRM/PR

**DENUNCIADO** - Dr. Delcino Tavares da Silva

**RELATOR** - Dr. João Nassif

**REVISOR** - Dr. Paulo Roberto Cruz Marquetti

**ACÓRDÃO** - 005/88

CREDENCIAMENTO JUNTO AO INAMPS - MAIS DE UMA ESPECIALIDADE - DESCREDENCIAMENTO DE UMA DELAS - INSURGIMENTO CONTRA HONORÁRIOS PAGOS - DESCREDENCIAMENTO IMPOSTO PARA OUTRA ESPECIALIDADE MANTIDA - PROCEDIMENTO CORRETO - PRINCÍPIO DA COERÊNCIA - ABSOLVIÇÃO.

**EMENTA** - Embora não tenha sido comprovado, que o denunciado agiu no cumprimento do dever legal, é certo, por outro lado, que o fez atentando ao princípio da coerência, levando-se em conta que se os honorários pagos pela Previdência não serviam para o credenciamento de anesthesiologia, e se os médicos, assim vinculados, se descredenciaram voluntariamente, deveriam também desligar-se da outra área médica em que prestavam serviços ao INAMPS.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 026/86, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. Delcino Tavares da Silva,

#### ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **não acolher a imputação** feita ao denunciado de infração ao artigo 85 do Código de Ética Médica, conforme ata nº 418, de 28 de novembro de 1988.

Curitiba, 29 de novembro de 1988

(a.) Dr. JOÃO NASSIF  
Relator

(a.) Dr. FARID SABBAG  
Presidente

# Paralítico autorizado a suicidar-se, desiste

WASHINGTON - Cinco meses depois de ter obtido o acordo da justiça para se suicidar, o americano Larry McAfee - totalmente paralisado desde 1985 - voltou a se apegar à vida, e sua luta pela readaptação começa a se converter num exemplo para os inválidos. Esse episódio que apalxona os Estados Unidos começou há cinco meses, quando a corte suprema da Geórgia autorizou o paralítico Larry McAfee a por em funcionamento o dispositivo necessário para se suicidar.

Larry McAfee, de 34 anos, está completamente paralisado do pescoço aos pés devido a um acidente de moto ocorrido em maio de 1985. Num primeiro momento, procurou bravamente se adaptar ao seu dramático estado. Dependente de um pulmão artificial, aprendeu no entanto a manejar a cadeira de rodas, servindo-se de comandos de ar feitos com a boca.

Mas o problema do dinheiro apareceu rapidamente. O paralítico tinha um seguro que lhe proporcionou um milhão de dólares. Porém, a assistência médica, a reeducação e o material esgotaram seus fundos. Começou então a depressão para McAfee, que não tem parentes que possam assumir os cuidados médicos e humanos que necessitaria para viver em sua casa.

Ficou em mãos da assistência social para indigentes e foi enviado primeiro a um estabelecimento especializado de Ohio. Indignada por suas queixas contra a qualidade da atenção, a direção o transferiu para o hospital de Atabasier (Alabama), em agosto de 1989.

Aí, as coisas foram de mal a pior e o pessoal, ocupado pela atenção aos enfermeiros propriamente ditos, não tinha tempo de se ocupar da qualidade de vida de um paralítico, confinado a uma sala para moribundos.

McAfee começou a pensar em suicídio e inventou um dispositivo que lhe permitiria morrer: esse sistema, acionado pela boca, faria sair o ar de seu respirador para o exterior em vez de impulsioná-lo para seus pulmões. E, para evitar sofrimento, previa ingerir um forte sonífero.

Naturalmente, o hospital se negou a prestar sua assistência a um suicídio e a questão foi colocada à justiça. Aprovada em primeira instância, a autorização foi confirmada pela corte suprema da Geórgia, estado onde ocorreu o acidente.

Mas a decisão provocou a emoção das associações americanas de inválidos, que procuraram buscar uma solução de vida para McAfee.

O paralítico foi transferido a um estabelecimento apropriado, perto de Birmingham (Alabama), ensinaram-lhe a utilizar um computador e se está procurando um departamento adaptado às suas necessidades, e inclusive trabalho.

As últimas notícias indicam que Larry McAfee recuperou a esperança. Segundo um jornalista do US News And World Report que o entrevistou, ele não tem muitas ilusões sobre sua vida futura mas, como dispõe do recurso da decisão da suprema corte, se sente mais forte ao saber que pode decidir a qualquer momento abandonar a luta e renunciar à vida.

(Gazeta do Povo)

**SABE O QUE  
VOCÊ DEVE  
FAZER QUANDO  
TIVER DÚVIDAS?  
CONSULTE**

## VOCÊ ACHA ÉTICA ESTA GESTAÇÃO ?

### **NASCE O BEBÊ QUE VAI SALVAR A IRMÃ**

WEST COVINA, Califórnia, EUA - Nasceu quinta-feira, na Califórnia, de operação cesariana, a menina Marissa Eve Ayala, gerada para servir de doadora de medula óssea para sua irmã, uma jovem de 18 anos que sofre de leucemia. Sua mãe, Mary Ayala, engravidou especialmente para obter uma fonte de medula óssea capaz de salvar a vida da filha mais velha, Anissa. Segundo os médicos, a pequena Marissa nasceu com 2.700 gramas e é saudável.

Em fevereiro, os médicos revelaram que os testes de tecido, feitos quando Marissa ainda era um feto, mostravam que as células de sua medula eram quase idênticas as de sua irmã Anissa e poderiam salvar-lhe a vida. Transplantes de medula de doadores compatíveis têm 70% de chance de curar o tipo de leucemia que atinge Anissa.

Segundo a pediatra oncologista Patrícia Konrad, o nascimento foi totalmente inesperado, pois a criança só era esperada dentro de uma semana. Os médicos que vão fazer a operação mostravam-se entusiasmados com o nascimento da doadora. O transplante deve ser feito quando Marissa tiver seis meses de idade - a data exata vai depender do peso da criança. "Se tivermos oportunidade de esperar mais tempo, preferimos esperar, mas acho que não teremos essa chance", disse a médica.

O transplante, feito sob anestesia geral, envolve a introdução de uma agulha na cavidade interna de um osso dos quadris do doador. A medula é extraída e injetada na veia do receptor. As células viajam através da corrente sanguínea e chegam à medula óssea, onde começam a crescer. O casal Ayala decidiu ter Marissa depois que não conseguiu encontrar um doador adequado para salvar a vida da filha mais velha.

A decisão dos pais foi criticada por vários especialistas. Alguns médicos acham que a concepção de uma criança unicamente para usá-la como doador de medula cria sérios problemas para a ética médica. Outros temem que o caso crie falsas esperanças para os pais de jovens com leucemia.

(Gazeta do Povo).



## ACÓRDÃO

### Processo Ético-Profissional nº 008/86

**DENUNCIANTE** - CRMPR  
**DENUNCIADO** - Dr. J. F. T. P.  
**RELATOR** - Dr. Osvaldo Malafaia  
**REVISOR** - Dr. Edison Matos Novak  
**ACÓRDÃO** - 002/88

RECUSA AO ATENDIMENTO - EXIGÊNCIA DE PRÉVIO PAGAMENTO - INFRAÇÃO AO ARTIGO 11 DO REVOGADO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA - ATUAL 35 DO VIGENTE - URGÊNCIA - ARGÜIÇÃO IRRELEVANTE - DENÚNCIA PROCEDENTE.

**EMENTA** - Se o denunciado foi instado ao atendimento e ficou comprovado que recusou, salvo lhe fosse efetuado prévio pagamento, resolve-se como inquestionável a infração ao artigo 11 do revogado Código Brasileiro de Deontologia Médica, atual 35 do vigente Código de Ética Médica, não sendo, no caso, de se perquirir se manifestava-se a urgência ou não na ocasião, mesmo porque, à questão, tal circunstância é irrelevante.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 008/86, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. J. F. T. P.

#### ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **acolher a imputação** feita ao denunciado de infração ao artigo 11 do revogado Código Brasileiro de Deontologia Médica, atual 35 do vigente Código de Ética Médica, lhe aplicando a pena de "**Advertência Confidencial em Aviso Reservado**", prevista na alínea "a", do artigo 22, da Lei 3.268/57, conforme ata nº 375, de 28 de março de 1988.

Curitiba, 29 de março de 1988

(a.) Dr. OSVALDO MALAFAIA  
Relator

(a.) Dr. LUIZ CARLOS SOBANIA  
Presidente

# Não é fácil escolher médico de família

BOSTON - Como escolher um médico? - Defrontamos com uma longa lista de nomes desconhecidos, sem saber em quem confiar, muitas pessoas procuram o pronto-socorro para resolver problemas banais. James Wright, do departamento de ética médica da universidade de Oklahoma, afirma que para muitos norte-americanos a escolha de um médico de família - ou de um especialista - é uma tarefa difícil e desgastante.

Em uma época em que as pessoas não se fixam por muito tempo em um lugar e em que uma tendência à superespecialização está acabando com os médicos de família, é cada vez mais difícil encontrar aquele velho médico de bairro. O resultado é que as pessoas ou pedem indicações a amigos e colegas ou tentam as páginas amarelas.

"Esse é um problema sério - é cada vez mais raro encontrar uma pessoa que tenha um médico de confiança, mesmo depois de morar vários anos em um mesmo lugar", afirma Wright, responsável pelo programa de ética do atendimento médico do campus de Oklahoma.

Segundo ele, uma das principais causas desse problema é a crescente especialização dos médicos. "As coisas chegaram a um ponto em que para resolver um problema no dedão do pé esquerdo é possível que o paciente tenha que procurar um especialista em dedão do pé esquerdo", satiriza Wright. A consequência é que, principalmente na região urbana, o pronto-socorro está se tornando o equivalente ao consultório do médico de família.

Uma febre ou uma dor de ouvido podem motivar a ida ao pronto-socorro, resultando freqüentemente em superlotação dos serviços de urgência, onde os doentes menos graves tem que esperar durante horas para serem atendidos.

Além disso Wright observa que o atendimento em pronto-socorro em geral sai bem mais caro do que o atendimento em consultório.

As pesquisas indicam que a maioria das pessoas que procuram um médico particular confiam nas indicações de amigos ou conhecidos. Outras procuram um nome nas páginas amarelas ou em anúncios de jornal - o que pode ser perigoso.

Wright assinala que por questões de ética profissional e tradição, é raro um médico que anuncie seus serviços da mesma forma que um encanador ou um marceneiro. Portanto o candidato a paciente nunca irá encontrar um anúncio com os dizeres: "Dr. John Smith, o melhor cirurgião cardíaco do Oeste". Os médicos em geral dependem da publicidade dos hospitais ou clínicas em que trabalham, mas essa publicidade nem sempre é confiável.

"O anúncio de uma clínica pode sugerir que se trata de um hospital enorme ou de um sofisticado instituto de cardiologia, quando na verdade a clínica é apenas uma associação de dois ou três médicos", afirma Wright.

Além disso o investimento em propaganda pode elevar o custo do atendimento médico e às vezes gera uma demanda artificial por exames e tratamentos caros, que utilizam equipamentos sofisticados.

Wright sugere que em vez de acreditar em indicações verbais as pessoas procurem às associações médicas regionais para se informar sobre os médicos. "Esses serviços são a fonte mais neutra que se pode consultar", afirma ele. Nos Estados Unidos as associações médicas em geral fornecem nomes dos médicos da região por um sistema de rodízio - o médico indicado é aquele que está no topo da lista aquela semana.

Encontrar um especialista pode ser tão ou mais difícil do que encontrar um médico de família. Recentemente o Conselho Norte-Americano de Especialidades Médicas criou um sistema de verificação por telefone que facilita a tarefa dos pacientes em potencial.

O Dr. Donald Langsley, vice-presidente executivo do conselho, disse que o novo sistema visa ajudar o público a distinguir entre os médicos que fizeram vários anos de especialização e tem certificados reconhecidos pelo conselho e aqueles que obtiveram títulos fornecidos por associações que se auto-denominam "juntas de especialistas".

Os especialistas reconhecidos pelo Conselho de Especialidades e pela Associação Norte-Americana de Medicina tiveram de três a sete anos de treinamento específico e passaram por uma série de exames. Mas existem mais de 100 "Juntas de Especialistas" no país, que conferem títulos a médicos que não passaram por um treinamento especial.

Sob o novo sistema, os mais de 370 mil especialistas reconhecidos pelo Conselho de Especialidades Médicas podem incluir seus nomes em uma seção especial das páginas amarelas que será publicada em mais de 2 mil listas telefônicas dos Estados Unidos.

As pessoas que quiserem saber se um determinado médico tem o certificado do conselho também podem fazer a verificação por telefone. A linha discagem gratuita, inaugurada no início do ano, já recebeu 15 mil ligações.

# Constitua a comissão de ética em seu hospital. É obrigação de lei.

## Relação dos Hospitais com Comissão de Ética Médica

- Reg. nº 015 - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRANCO DA ROCHA
- Reg. nº 018 - CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.
- Reg. nº 022 - HOSPITAL E MATERNIDADE SAMARITANO
- Reg. nº 027 - HOSPITAL PINHEIROS LTDA.
- Reg. nº 030 - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CARLOS
- Reg. nº 031 - HOSPITAL CAJURU
- Reg. nº 036 - HOSPITAL DA PROVIDÊNCIA DE APUCARANA
- Reg. nº 047 - CLÍNICA VILA HAUER LTDA.
- Reg. nº 054 - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
- Reg. nº 056 - HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA
- Reg. nº 059 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
- Reg. nº 060 - HOSPITAL SANTA CRUZ LTDA.
- Reg. nº 088 - ORGANIZAÇÃO MONTEALEGRENSE DE SAÚDE - ORMASA S/A
- Reg. nº 090 - CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE
- Reg. nº 093 - HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA
- Reg. nº 102 - HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JUDAS TADEU
- Reg. nº 110 - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA
- Reg. nº 111 - HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FELICIDADE
- Reg. nº 116 - PARANÁ CLÍNICAS LTDA.
- Reg. nº 119 - CLÍNICA DE FRATURAS E ORTOPEDIA XV LTDA.
- Reg. nº 120 - SANATÓRIO SÃO JOSÉ LTDA.
- Reg. nº 128 - INSTITUTO DE MEDICINA E CIRURGIA DO PARANÁ
- Reg. nº 131 - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA
- Reg. nº 143 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA
- Reg. nº 150 - ORGANIZAÇÃO MÉDICA CLINIHAUER LTDA.
- Reg. nº 153 - HOSPITAL E MATERNIDADE DR. PAULO FORTES
- Reg. nº 159 - HOSPITAL GERAL NOSSA SENHORA APARECIDA
- Reg. nº 164 - HOSPITAL ERASTO GAERTNER
- Reg. nº 172 - CLÍNICA INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE LTDA.
- Reg. nº 175 - HOSPITAL E MATERNIDADE FILADÉLFIA
- Reg. nº 196 - HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PILAR
- Reg. nº 202 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ

Reg. nº 224 - HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE  
 Reg. nº 225 - HOSPITAL ESPÍRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO  
 Reg. nº 245 - HOSPITAL EVANGÉLICO DE CURITIBA  
 Reg. nº 246 - CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA  
 Reg. nº 250 - REGIONAL HOSPITAL DE CARIDADE NOSSA SRA. APARECIDA  
 Reg. nº 258 - SOCIEDADE HOSPITAL BOM JESUS  
 Reg. nº 271 - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA  
 Reg. nº 329 - HOSPITAL PARANÁ - MARIMED  
 Reg. nº 331 - MATERNIDADE DE RIO NEGRO  
 Reg. nº 336 - HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULA  
 Reg. nº 340 - HOSPITAL OSWALDO CRUZ  
 Reg. nº 372 - CLÍNICA DA MULHER E DA CRIANÇA "HOSPITAL MODELO"  
 Reg. nº 383 - HOSPITAL BOM JESUS  
 Reg. nº 390 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMBÉ  
 Reg. nº 400 - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
 Reg. nº 401 - CASA DE SAÚDE PACIORNIK  
 Reg. nº 410 - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DOM ALBERTO  
 Reg. nº 420 - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LONDRINA  
 Reg. nº 421 - HOSPITAL SÃO LUCAS S/A  
 Reg. nº 440 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ  
 Reg. nº 442 - CASA DE SAÚDE CARDOSO LTDA.  
 Reg. nº 444 - IRMANDADE DA SANTA CASA DE ARAPONGAS  
 Reg. nº 445 - MATERNIDADE DE CURITIBA  
 Reg. nº 449 - CASA DE SAÚDE DR. LIMA  
 Reg. nº 461 - CONSELHO LONDRINENSE DE ASSISTÊNCIA À MULHER -  
 HOSPITAL DO CLAM  
 Reg. nº 463 - AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA  
 Reg. nº 464 - HOSPITAL SANTA TEREZA DE GUARAPUAVA LTDA.  
 Reg. nº 466 - HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA IZABEL S/C LTDA.

**Nota:** Sobre Comissão de Ética Médica, vide "Arquivos" nº 12.

## FALSIFICAÇÃO DE ATESTADOS DE ÓBITOS NO RS

Seis médicos e diversos funcionários de funerárias foram indiciados pelo Departamento de Polícia Metropolitana (DPM) por falsificação de atestados de óbitos. Em julho do ano passado, a Secretaria da Saúde e Meio Ambiente (SSMA) apresentou denúncia a polícia contra a autenticidade de 1.500 atestados de óbitos cuja causa mortis era sempre a mesma: infarto agudo do miocárdio ou parada cardíorrespiratória. Em quase um ano de investigações, a polícia apurou que os médicos assinavam os atestados sem examinar os cadáveres para determinar a verdadeira causa mortis. Isso pode até estar encobrendo crimes de morte, segundo o diretor do DPM, delegado de polícia Nelmo Bonnet. Sempre que alguém morria num hospital, os funcionários das funerárias envolvidas ofereciam aos familiares todos os seus serviços, incluindo a liberação do corpo sem precisar passar pelo IML para necrópsia. Para isso, contavam com a participação de médicos em seu esquema que cobravam o preço de uma consulta médica pelos atestados. Foram indiciados os médicos Alfredo Angelo Filho, Dulce Maria Varich Tessaro, Luiz Tarcsio Poren, José Luis Grutcki, Alcindo Bortonilli e Jorge Tadeu Antunes da Cunha. O inquérito já foi remetido à Justiça.

# ENTIDADE INTERROMPE ESTUDO COM GATOS

Uma pesquisadora da Universidade Cornell (Ithaca, Nova York, nordeste dos EUA) foi obrigada a desistir de uma bolsa de US\$ 530 mil (NCz\$ 530 mil), oferecida pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas dos EUA (Nida), por pressão de entidades defensoras dos animais. Michiko Okamoto estudou, durante 14 anos, o efeito de barbitúricos e de sua abstinência em gatos. Quando Steve Siegel, membro de uma entidade preservacionista da Pensilvânia, divulgou as experiências às quais os felinos eram submetidos, cerca de 10 mil cartas chegaram ao laboratório de Okamoto, em Cornell, protestando contra a pesquisa. A pressão foi tanta que a pesquisadora e a universidade abdicaram da bolsa.

Segundo a revista "Newsweek", existem hoje nos EUA cerca de 7.000 entidades protetoras de animais que reúnem mais de 10 milhões de membros. As contribuições para essas entidades somam anualmente US\$ 50 milhões (NCz\$ 50 milhões). As reivindicações dessas entidades variam da simples exigência de melhores condições de vida para os animais em laboratórios até a soltura dos animais. Suas táticas de protesto incluem desde o envio de cartas até o arrombamento de laboratórios para libertar as cobaias.

A violência contra as cobaias começou a diminuir em 1985, quando o Congresso norte-americano sugeriu algumas emendas na Lei dos Direitos dos Animais, uma lei que regulamenta o uso de animais em laboratórios e outras atividades não-pecuárias.

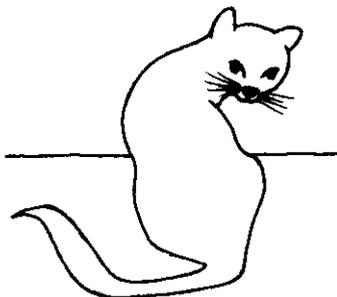
As emendas, implementadas pelo Ministério da Agricultura, se resumiam em redução do número de animais sacrificados, desenvolvimento de técnicas laboratoriais menos pungentes e substituição de animais vivos nos quais foram feitas simulações ou culturas de células.

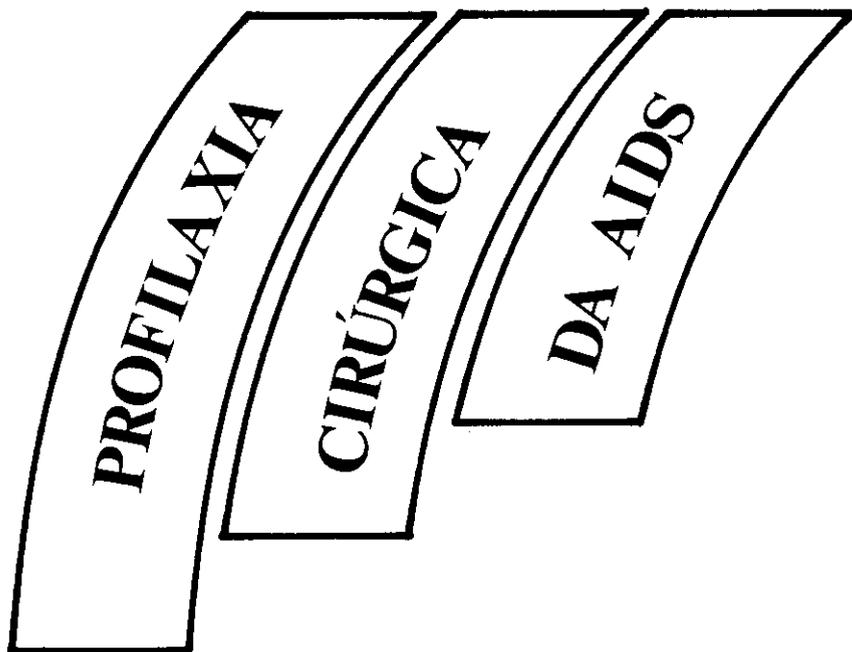
Além disso, a nova lei previa a constituição de um banco de dados com todos os resultados das experiências já realizadas com animais. O objetivo dessa medida era evitar a repetição desnecessária das experiências. Todos os laboratórios são obrigados a manter grupos especiais para cuidar dos animais.

Anualmente, fiscais do Ministério da Agricultura dos EUA inspecionam os laboratórios e verificam se as exigências legais estão sendo cumpridas. Instalações que abrigam cães devem ter espaço para que eles possam se exercitar e as instituições que utilizam macacos em experimentos devem provê-los de "bem-estar psicológico".

Antes mesmo que as medidas fossem aprovadas, muitas instituições adotaram reformas para melhorar a situação de suas cobaias - como os Institutos Nacionais de Saúde, em Bethesda, Maryland. Eles dispõem de comitês exclusivos para a revisão das condições experimentais a que são submetidos os animais.

(Folha de São Paulo)





## PARTE EXPOSITIVA

O Dr. Aloisio Resende Neves, médico de Minas Gerais, envia ao Dr. Rinaldo de Azevedo, cópia de uma comunicação contendo proposta científica (grifo nosso) para controlar a disseminação da AIDS. Trata-se de procedimento cirúrgico designado S.P.A. (Surgical Prevention in AIDS) que engloba vasectomia bilateral, associada à secção dos nervos dorsais do pênis e dos músculos esquio-cavernosos e bulbo cavernoso. O aidético perderá assim a sua ereção e a capacidade de relacionamento sexual.

Em sua comunicação o Dr. Aloisio chama a atenção para o fato de que o mais perigoso doente é o sem sintoma e interroga se as pessoas com o teste positivo devem ser ou não spatizadas (grifo nosso).

O Dr. Rinaldo de Azevedo, em papel timbrado da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco envia ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco, cópia da correspondência, endereçada pelo Dr. Aloisio, com algumas observações, entre as quais destacamos:

“A proposta é deveras avançada ou mesmo ousada e não pode ser posta em prática se não houver uma cobertura legal, pois fere frontalmente os princípios éticos que regem o relacionamento médico-cliente em face das mutilações insanáveis às vítimas da infecção que está cres-

cendo nos vários continentes”.

Solicita do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco que estude e debata a proposta do médico mineiro e informe à classe médica da exequibilidade ou não da cirurgia proposta.

O Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco, Dr. Fernando Cordeiro considerando que o “método profilático fere frontalmente os princípios éticos em vigor, passa à instância superior a decisão de pronunciamento”

## PARTE CONCLUSIVA

A AIDS pela gravidade da doença e pela velocidade de sua disseminação é motivo de justa preocupação para toda a população mundial e brasileira e particularmente para a medicina. As medidas de profilaxia recomendadas pelos órgãos competentes têm sido pouco eficazes para o controle da infecção em virtude da pouca participação dos grupos de riscos. Por outro lado, por estarem envolvidos na propagação da AIDS, sexo, droga e homossexualismo o problema com frequência é tratado de maneira preconceituosa nas sociedades moralistas que têm para com os portadores das doenças muitas vezes atitudes discriminatórias e até mesmo punitivas. Só neste contexto é que podemos conceber a proposta pouco feliz feita pelo Dr. Aloisio Resende Neves. O procedimento idealizado por Dr. Aloisio, de eficácia duvidosa, produz mutilações extremamente graves com total desrespeito a integridade dos pacientes aidséticos e apresenta um caráter agressivo e excêntrico que chega as raias do grotesco e do ridículo e fere o código de ética nos seus artigos 1º, 2º, 5º, 6º, 29, 47 e 48.

A proposta nos parece tão absurda, a sua rejeição pelos médicos tão óbvia, que poderia até mesmo ser ignorada. Temos no entanto um receio - ainda que pequeno - que o não pronunciamento do Conselho Federal de Medicina, possa ser interpretado, como um consentimento para a sua execução.

Assim sendo, opinamos que o procedimento proposto, sem considerar a sua eficiência, seja condenado pelo Conselho Federal de Medicina por seus aspectos desumanos e antiéticos.

É o nosso Parecer.

Brasília-DF, 09 de novembro de 1989

EVLÁZIO TEUBNER FERREIRA  
Conselheiro do CFM

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 07/12/89



## ACÓRDÃO

### Processo Ético-Profissional nº 023/87

**DENUNCIANTE** - CRM/PR

**DENUNCIADO** - Dr. N. T. J.

**RELATOR** - Dr. João Nassif

**REVISOR** - Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo

**ACÓRDÃO** - 014/88

DESRESPEITO AO PUDOR DO PACIENTE - CONFISSÃO DO DENUNCIADO - INFRAÇÃO AO ARTIGO 63 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

**EMENTA** - Restando comprovado, inclusive pela confissão do denunciado, de que, no exame efetuado na denunciante, desrespeitou o pudor da mesma, consubstancia-se a infração ao artigo 63 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 023/87, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. N. T. J.

#### ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **acolher a imputação** feita ao denunciado de infração ao artigo 63 do Código de Ética Médica, e lhe aplicando, por maioria, a pena prevista na alínea "a" do artigo 22, da Lei 3.268/57, ou seja, "**Advertência Confidencial em Aviso Reservado**", conforme ata nº 418, de 28 de novembro de 1988.

Curitiba, 29 de novembro de 1988

(a.) Dr. JOÃO NASSIF  
Relator

(a.) Dr. FARID SABBAG  
Presidente

# INSTANTES

JORGE LUIZ BORGES

Se eu pudesse viver novamente a minha vida, na próxima trataria de cometer mais erros.

Não tentaria ser tão perfeito, relaxaria mais.

Seria mais tolo ainda do que tenho sido, na verdade bem poucas coisas levaria a sério.

Seria menos higiênico.

Correria mais riscos, viajaria mais, contemplaria mais entardeceres, subiria mais montanhas, nadaria mais rios.

Iria a mais lugares onde nunca fui, tomaria mais sorvete e menos lentilha, teria mais problemas reais e menos problemas imaginários.

Eu fui uma dessas pessoas que viveu sensata e produtivamente cada minuto da sua vida; claro que tive momentos de alegria.

Mas, se pudesse voltar a viver, trataria de ter somente bons momentos.

Porque, se não sabem, disso é feita a vida, só de momentos, não percas o agora.

Eu era um desses que nunca ia a parte alguma sem um termômetro, uma bolsa de água quente, um guarda-chuva e um pára-quedas; se voltasse a viver, viajaria mais leve.

Se eu pudesse voltar a viver, começaria a andar descalço no começo da primavera e continuaria assim até o fim do outono.

Daria mais voltas na minha rua, contemplaria mais amanheceres e brincaria com mais crianças, se tivesse outra vez uma vida pela frente.

Mas, já viram, tenho 85 anos e sei que estou morrendo.

(O argentino Jorge Luiz Borges, falecido na Suíça em 1987, é considerado um dos maiores escritores do século.)

# RESPONSABILIDADE MÉDICA NAS TRANSFÊRENCIAS DE PACIENTES

Médico de Pronto-Socorro Municipal formula a seguinte consulta ao Cremesp: **Se um paciente vier em estado grave numa ambulância, sem o médico, sem pedir vaga, for recusado pelo PS e por fim ele vier a falecer no caminho de volta ao PS de origem, quem é o responsável? O médico que enviou o paciente ou o médico do PS que recusou o paciente?** Esclarece ainda, que o fato tem ocorrido com frequência com pacientes graves, sem vaga e sem médico, tendo o mesmo que assumi-los por receio de que venham a falecer na volta ao Pronto-Socorro de origem, os quais acabam permanecendo em maca dois a três dias.

Inicialmente, destacamos que o consultante não explicita no seu relato os motivos pelos quais os pacientes são recusados em determinados Pronto-Socorros, o que então geraria o seu encaminhamento ao Pronto-Socorro Municipal. Mas, mesmo assim, deduzimos que esses pacientes não são submetidos a uma consulta prévia pelo médico do Pronto-Socorro originariamente procurado antes de serem encaminhados para o Pronto-Socorro Municipal.

No caso em questão, é impracindível que o atendimento do paciente que chega ao Pronto-Socorro em estado grave, seja feito em caráter emergencial. A recusa desse atendimento por parte do médico poderá acarretar danos irreversíveis e até a morte do paciente que se encontra nessa situação.

Contudo, é dever do médico prestar seus serviços profissionais nos casos de urgência e/ou emergência, notadamente quando o atendimento for ao nível de Pronto-Socorro. Portanto, a recusa do médico em atender aos pacientes que chegarem em estado grave no Pronto-Socorro contraria o que dispõem os artigos 7, 35 e 58 do Código de Ética Médica, que rezam:

**Princípios Fundamentais - Artigo 7 - "O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseja, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente".**

**É vedado ao médico: Artigo 35 - "Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria".**

**Artigo 58 - "Deixar de atender paciente que procura seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo".**

Por outro lado, a recusa do atendimento ao paciente em estado grave por parte do médico, além de constituir infração ao Código de Ética Médica, caracteriza ilícito civil e penal.

Na esfera civil, a responsabilidade do médico que pratica tal conduta encontra-se prevista no Título II do Código Civil - Dos atos ilícitos Artigo 159, dispõe que: "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano".

Outrossim, no âmbito penal, a recusa do atendimento de pacientes em estado grave por parte do médico configura crime de omissão de socorro, previsto no artigo 135 do Código Penal, que diz: Artigo 135 - "Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ou desamparado ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

**Parágrafo Único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte".**

Embora não haja uma reserva legal impondo ao médico o atendimento de todos os casos que lhe são encaminhados, há ocasiões em que, tendo em vista o estado do paciente, os recursos da região ou a distância de outro profissional, sua recusa traz uma omissão de socorro.

Assim, o médico do Pronto-Socorro de onde provém originariamente esses pacientes deve prestar-lhes o atendimento emergencial. Na hipótese de não haver vaga, o profissional deverá prestar os primeiros socorros a esses pacientes e, posteriormente, encaminhá-los para um estabelecimento onde haja disponibilidade de leitos e condições de assistência.

Entretanto, os pacientes que chegarem ao Pronto-Socorro Municipal, em estado grave, ainda que procedentes de outro Pronto-Socorro, deverão ser atendidos pelo médico e prestados os primeiros socorros. Na hipótese de não haver vaga, após prestado o atendimento emergencial, esses pacientes deverão ser encaminhados para uma instituição que tenha disponibilidade de leitos, e não ao Pronto-Socorro de onde provieram.

Assim sendo, o médico que se recusa a atender ao paciente que chega ao Pronto-Socorro em estado grave, encaminhando-o para outra instituição e, em decorrência dessa conduta, o mesmo vier a apresentar plora de seu quadro clínico ou até óbito, estará incorrendo na prática de ilícito ético, civil e penal.

Por fim, entendemos que a responsabilidade pelo não atendimento do paciente caberá tanto ao médico do Pronto-Socorro de onde o mesmo provém, caso venha a falecer durante o trajeto para outra instituição, como ao médico do Pronto-Socorro Municipal, na hipótese de encaminhá-lo de volta ao local de origem sem prestar-lhe a devida assistência e essa conduta vier a agravar seu estado ou mesmo causar-lhe o óbito.

Portanto, o procedimento a ser adotado pelo médico é o atendimento do paciente e, havendo falta de vaga, deverão ser prestados os primeiros socorros para, posteriormente, encaminhá-lo a estabelecimento que disponha de condições para dar-lhe assistência adequada.

Jornal do Cremesp

A respeito do assunto vide "Arquivos nº 13 e nº 16

# TRANSFERÊNCIAS DE PACIENTES

Artigos 7º, 35 e 58 do Código de Ética Médica

Um fato que vem ocorrendo com freqüência e com gravidade crescente é a transferência de pacientes entre as diversas instituições de Saúde e que ocorre, na maior parte das vezes, de forma inadequada alcançando algumas vezes, inclusive, a característica de total irresponsabilidade. Sabemos que tais procedimentos estão se avolumando e são conseqüentes às condições precárias oferecidas pelos diferentes serviços de Saúde de nosso Estado tendo sido motivo de diligências, por parte deste Conselho, nos últimos meses.

Alertamos os colegas que o transporte de pacientes graves é ato médico e, como tal, é de responsabilidade dos mesmos. Por isso o médico deve avaliar as condições clínicas do paciente e certificar-se de que a transferência do mesmo será mais benéfica do que mantê-lo sob os seus cuidados. Deve agir com cautela, executar os primeiros atendimentos e, caso opte por encaminhá-lo a outro serviço para melhor continuidade do tratamento, deve primeiramente entrar em contato com o local a ser transferido; certificar-se de que há vagas e que o caso clínico do paciente comportará melhor no novo local; entrar em contato direto, quando possível, com o médico que irá recebê-lo; em caso de haver acordo para a transferência, enviar relatório médico por escrito e assinado com o número do CRM, onde deve descrever todo o atendimento prestado ao paciente.

Porém, cabe também ao médico que receber o paciente transferido de outra instituição de Saúde, mesmo que sem aviso prévio e sem o relatório do médico que encaminhou, atender o paciente. Inclusive, se necessário, já dentro da própria ambulância, executar avaliação completa com conduta adequada e, no caso de necessitar também de transferir o paciente, seguir o caminho descrito anteriormente.

Em nenhum momento, insistimos, deve haver recusa em efetuar o atendimento sob o risco de contrariar o que dispõem os artigos 7º, 35 e 58 do Código de Ética Médica, que rezam: Artigo 7º - "O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente"; Artigo 35 - "Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria"; Artigo 58 - "Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo".

Por outro lado, a recusa do atendimento a pacientes em estado grave por parte do médico, além de constituir infração ao Código de Ética Médica, caracteriza ilícito civil e penal.

Na esfera civil, a responsabilidade do médico que pratica tal conduta encontra-se prevista no capítulo II do Código Civil - Dos Atos Ilícitos - artigo 159, dispõe que: "aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo, fica obrigado a reparar o dano".

No âmbito penal, o ato de recusa do atendimento ao paciente grave, configura crime de omissão de socorro, previsto no artigo 135 do Código Penal - Artigo 135: Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública - Pena: Detenção de um a seis meses, ou multa - Parágrafo Único: A pena é aumentada de metade se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Ou seja, entendemos que a responsabilidade pelo não atendimento adequado ao paciente caberá tanto ao médico da instituição de onde o mesmo provém, caso venha a falecer durante o trajeto para outro local, como ao médico que recebê-lo e na hipótese de encaminhá-lo de volta ao local de origem ou também transferir-lo para outra instituição sem prestar a devida assistência e essa conduta vier a agravar seu estado ou mesmo causar-lhe o óbito.

Finalizando, o procedimento a ser adotado pelo médico é o de atender ao paciente e, havendo falta de vaga, deverão ser prestados os primeiros socorros para, após, encaminhá-lo ao estabelecimento que disponha de condições para dar-lhe a assistência adequada.



**ACÓRDÃO**  
**Processo Ético-Profissional nº 020/86**

**DENUNCIANTE - CRM/PR**

**DENUNCIADO - Dr. J. S.**

**RELATOR - Dr. Carlos Alberto de Almeida Boer**

**REVISOR - Dr. Osvaldo Malafaia**

**ACÓRDÃO - 007/87**

**CONVOCAÇÃO PELO CRM - AUSÊNCIA DO MÉDICO - JUSTIFICATIVA INCONVINCENTE - OFENSA AO ARTIGO 18 DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA**

**EMENTA** - Se o denunciado por duas vezes, foi convocado para prestar esclarecimentos junto ao CRM e em ambas, deixou de comparecer, justificando sua ausência apenas uma vez, dias depois e alegando motivos inconvincentes e não comprovados, depreende-se que efetivamente infringiu o artigo 18 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, sujeitando-se portanto ao Processo Disciplinar e a um resultado final de apenação.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional sob nº 020/86, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. J. S.

**ACORDAM**

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, por maioria, na forma de votos dos Senhores Relator e Revisor, em **acolher a imputação** que foi feita ao denunciado, lhe aplicando a pena de "**Censura Confidencial em Aviso Reservado**", prevista na alínea "b", do artigo 22 da Lei 3.268/57, conforme ata nº 327, de 18 de maio de 1987.

Curitiba, 18 de maio de 1987

Dr. CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA BOER  
Relator

Dr. LUIZ CARLOS SOBANIA  
Presidente



Não há como negar: o médico de hoje também é um empresário. Ele tem um negócio, que precisa dar lucro e se expandir. E isto não significa profanar os nobres ideais da profissão, nem atirar o juramento de Hipócrates pela janela. Como em qualquer outro ramo competitivo, também os médicos não podem abrir mão do marketing.

Veja o anúncio que ilustra a coluna de hoje. É uma peça sóbria e elegante, que evita o chamado "hard sell". "Corte fora a confusão sobre cirurgia plástica", propõe o título. E quem enviar o cupom receberá em casa um folheto sobre como selecionar um bom especialista, elaborado pela Associação dos Cirurgiões Plásticos de Dallas.

Esta é uma mensagem freqüente nos anúncios da categoria: "Certifique-se que o seu médico é membro da associação tal". Geralmente, o texto vem acompanhado por uma relação dos filiados da região. Não são anúncios que visam uma resposta imediata: não se pretende que alguém leia e resolva fazer uma plástica. A meta é acabar com a picaretagem, e marcar presença na mente do consumidor.

Mesmo assim, muita gente ainda é contra. A começar pelos próprios médicos. Uma pesquisa realizada em 1988 pela Associação Americana de Cirurgia Plástica revelou que 48% de seus membros anunciavam pelo menos nas Páginas Amarelas, enquanto que 46% não faziam qualquer tipo de publicidade. 95% concordaram que a medicina também é um negócio, mas só 45% julgaram a propaganda compatível com a ética da profissão.

O curioso é que muitos médicos que condenam a propaganda às claras não hesitam em pagar milhares de dólares a um assessor de imprensa para serem mencionados nos veículos de comunicação. O preconceito ainda é grande, mas este também é um tabu que será derrubado mais cedo ou mais tarde.

Não, a medicina não é um produto como outro qualquer. Nenhum produto é como outro qualquer: todos têm características próprias, o que o marketing precisa levar em conta. Por isto todo meu aplauso e admiração para estes médicos americanos que estão fazendo boa propaganda. Todo mundo ganha com isto: os próprios médicos, que aumentam seu número de pacientes; o público, que pode se informar melhor e comparar diversas opções; e a propaganda, que vence mais uma barreira e dá novas mostras do que é capaz de fazer.

ALEX JOSÉ PERISCINOTO  
Diretor de Criação e Vice-Presidente da  
Alcântara Machado Periscinoto Comunicações  
Folha de São Paulo

# Médica infectada com a Aids faz um acordo

NOVA IORQUE - A médica argentina Veronica Prego, que está morrendo de Aids, chegou ontem a um acordo na ação de 175 milhões de dólares que moveu contra a cidade e dois médicos que ela responsabiliza por sua contaminação, num incidente em que se espetou com uma agulha hipodérmica com sangue de um paciente da doença fatal.

A maior parte dos termos do acordo não foi anunciada de imediato por determinação do juiz da Suprema Corte de Justiça do estado de Nova Iorque, Aaron Bernstein.

Anunciou-se, porém, que na ação contra o médico Sheldon Landesman chegou-se a um acordo sem envolvimento de dinheiro.

A Dra. Veronica Prego, 32 anos, com aparência cansada e doentia, estava sentada e nem parecia ouvir o anúncio do acordo. Os advogados da Health and Hospital Corp., entidade municipal de opera o Kings Country Hospital, no Brooklyn, demonstraram mais alegria com o acordo do que os advogados da médica. O julgamento, que está chegando ao final, deve criar jurisprudência para casos semelhantes. Depois de 16 meses de audiências e investigações seguidas de nove semanas de muita emoção no julgamento ante um júri de seis membros, o anúncio do acordo surgiu quase como um anticlimax.

Em sua ação, impetrada em setembro de 1988, a Dra. Prego alegou que, em 1983, espetou o dedo numa agulha com sangue de um paciente de Aids por causa do desleixo da supervisora Joyce Fogel. A agulha fora deixada junto com outros equipamentos médicos usados.

Veronica Prego também alegou que o Dr. Landesman vazou a informação para outras pessoas sobre a sua contaminação. Acusou o hospital de criar "uma condição perigosa" ao não dispor de calças para guardar as agulhas usadas dentro dos quartos dos pacientes de Aids. Salientou que os médicos tinham de atravessar um grande corredor para se desfazer de agulhas com sangue de alérgicos.

O ponto alto do julgamento foram os sete dias em que Veronica compareceu ao Tribunal. Ela foi interrogada por seis dias pelo procurador municipal Stanley Friedman.

(Gazeta do Povo)

## Branca inseminada teve menina negra

NOVA IORQUE - Uma mulher branca que alega ter sido inseminada por erro com o esperma de um homem negro, e não o sêmen guardado de seu falecido marido branco, está processando o seu médico e um banco de esperma em Manhattan.

Alegando que sua filha de três anos de idade já virou alvo de discriminação e implicância raciais, Júlia Skolnick, do bairro de Queens, entrou na Justiça com uma ação de negligência contra a firma Idant Laboratories e o médico Hugh Melnick, da empresa Advanced Fertility Services, também de Manhattan.

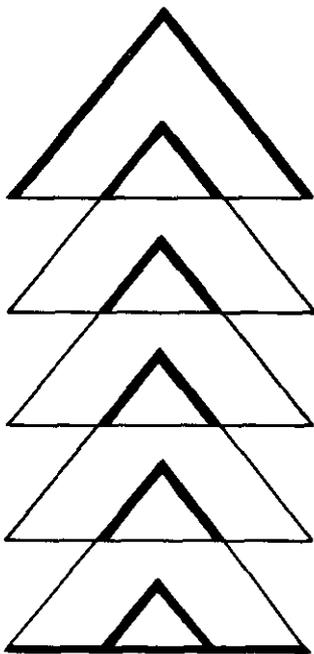
Júlia Skolnick, que tem cerca de 30 anos, ama e cuida bem de sua filha, porém agora está inconformada com o fato de a menina não ser filha do seu marido que morreu de câncer, comentou o seu advogado, David Gould, salientando que a criança está sofrendo discriminação racial.

"Ela ama essa pequena menina e tomou a decisão de processar na esperança de que o fato não se repita com mais ninguém", explicou o advogado. Júlia e seu marido se casaram em 1984. Oito meses depois ele soube que estava com câncer chamado sarcoma de Ewing. Como o tratamento de quimioterapia iria afetar diretamente os órgãos de reprodução, incapacitando-o de se tornar pai, ele decidiu guardar esperma no Laboratório Idant de Manhattan, para que futuramente sua mulher pudesse ter um bebê.

"Na medida em que a doença do meu marido se agravou, decidi ter um filho de modo a que ficassemos ligados para sempre", disse ela em sua queixa. Ela foi inseminada em março de 1988. "Quando a criança nasceu ficou claro que aparentemente ela não era a filha de meu marido", disse a querelante ao impetrar a ação. Tanto a mãe quanto o pediatra logo desconfiaram do erro da inseminação artificial.

O marido de Júlia morreu em abril de 1989 e em outubro passado ela decidiu processar o médico e o banco de esperma. O caso está tramitando na Suprema Corte Estadual, em Manhattan.

(Gazeta do Povo).



## RETIRADA DE CÔRNEA DE CADÁVER NÃO IDENTIFICADO

Consulta formulada pelo Dr. José Cassio Cavalcanti de Albuquerque, CRM 1472, referente à autorização do Vice-Diretor do Instituto Médico Legal para retirada de córnea com finalidade de transplante, do cadáver não identificado.

A presente consulta refere-se ao profissional que no exercício de sua função como Vice-Diretor do Instituto Médico Legal autorizou a retirada da córnea de cadáver não identificado; tratava-se de óbito ocorrido 30 minutos após admissão no Hospital Evangélico, por provável aneurisma cerebral e encaminhado àquele Instituto para verificação de óbito.

A norma ética que regulamenta a retirada de órgãos com a finalidade de transplantá-los, é o artigo 12º do Código Brasileiro de Deontologia Médica; "Deixar de cumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos e tecidos, abortamento e esterilização".

Portanto, o indício de infração ética, depende da legislação específica sobre transplantes e de sua interpretação.

O Dispositivo Legal que legisla especificamente sobre transplantes, é a Lei 5479 de 10 de agosto de 1968 que reza:

ART. 1º "A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo, post-mortem, para fins terapêuticos, é permitida na forma desta Lei".

ART. 2º "A retirada para os fins a que se refere o artigo anterior deverá ser precedida da prova, incontestável da morte".

ART 3º "A permissão para o aproveitamento, referido no artigo 1º, efetivar-se-á mediante a satisfação de uma das seguintes condições:

- 1 - por manifestação expressa da vontade do disponente;
- 2 - pela manifestação da vontade através de instrumento público;
- 3 - pela manifestação escrita do cônjuge, não separado, e sucessivamente, de descendentes, ascendentes e colaterais ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos;
- 4 - na falta de responsáveis pelo cadáver, a retirada somente poderá ser feita com a autorização do diretor da instituição onde ocorreu

o óbito, sendo ainda necessária esta autorização nas condições anteriores.

ART. 9º "A retirada de partes do cadáver, sujeito, por força de lei, a necrópsia ou à verificação diagnóstica de causa mortis, deverá ser autorizada pelo médico legista e citada no relatório da necrópsia ou da verificação diagnóstica".

Entendemos que a atuação do consultante é concordante integralmente com a legislação vigente; podendo sugerir interpretação dúbia, quanto a:

- 1 - Autorização do médico legista em permitir a retirada da córnea;
- 2 - O tempo decorrido entre o óbito e a necrópsia;

Quanto ao item primeiro, parece-nos cristalino e evidente que quando um cadáver é submetido à verificação de óbito, a retirada de tecidos ou órgãos será, por **impositivo legal**, autorizada pelo médico legista. No entanto, o artigo da lei não esclarece a necessidade de suprir as condições do artigo 3º que se referem a permissão para a retirada. Esta, é clara quanto a necessidade de manifestação do doador, de seus familiares ou ainda corporação civil ou religiosa responsável pelos despojos, excepto, no caso de ausência destes. O item quarto deste mesmo artigo delega, na falta de responsáveis pelo cadáver, ou seja, cadáveres não identificados, ao diretor da instituição onde ocorreu o óbito, a permissão para disponibilidade de órgão ou tecidos. Entendemos que o legislador ao referir-se ao "Diretor da Instituição onde ocorreu o óbito", pretendeu referir-se ao "responsável pelo cadáver". No momento em que este é transferido para o Instituto Médico Legal, a responsabilidade por ele também se altera, passando a ser da Instituição, ou de seus representantes legais. Consequentemente interpretamos como ilícito o consentimento da retirada de tecido pela autorização do Instituto Médico Legal.

É opinião de Luiz Velloso (Revista Brasileira de Oftalmologia, 42: 103, 1983) que a combinação do artigo 3º e 9º da Lei 5479/68, "da grande autonomia e cobertura aos médicos legistas para permitir a retirada de córneas de um grande número de cadáveres levados à necrópsia". Refere ainda este autor que o Código Penal não condena e nunca conseguiu condenar como crime qualquer enucleação praticada até hoje com o fim de transplante".

Apenas a título de ilustração e argumentação, ainda há que se considerar, que a legislação referente aos transplantes é genérica para todos os órgãos: importante é diferenciar um transplante cardíaco ou renal, do transplante de córnea. Naqueles a retirada do órgão deve ocorrer com a "morte cerebral", enquanto que no transplante de córnea, ela poderá ser retirada até 6x00 horas após "morte clínica". Consequentemente a legislação que pretendeu ser abrangente, acabou limitando o que deveria ser mais liberal. Tanto é verdadeira esta afirmação, que tramitam no legislativo diversos projetos de lei que consideram doação obrigatória de órgãos e tecidos, especialmente córneas, por ocasião de necrópsia determinados por lei, ainda, que consideram doadores naturais todos os cidadãos, interpretando a ausência de manifestação expressa em contrário, como permissão tácita (projeto de lei 4496/1981 do Dep. Siqueira Campos).

Ainda mais, o projeto de lei 6736/1982 do Executivo Federal que "dispõe sobre a retirada de órgãos ou partes do corpo humano para transplante ou qualquer atividade terapêutica como ilícita desde que não haja manifestação expressa no sentido contrário", endossa estas afirmações.

Obviamente estes fatos citados não eximiria ninguém de cumprir a lei vigente, porém demonstram que a sociedade evolui em tempos e costume de maneira mais rápida que a lei.

Esta permanecendo estática, entrava o progresso da ciência médica e dificultava a devolução da visão a cerca de 80.000 cegos brasileiros.

Afirmção do Prof. Carlos Moreira, Presidente do Colégio Brasileiro de Oftalmologia: "Não, existe impedimento legal para que o legista autorize sistematicamente a retirada de córnea de cadáver não identificado, o que existe

é constrangimento emocional”.

Quanto ao segundo ponto em discussão, o artigo 162 do Código de Processo Penal, diz:

*“A autópsia será feita pelo menos seis horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feito antes daquele prazo, o que declararão no auto.”*

É claro que não houve transgressão do dispositivo legal. Aliás, ele é explícito quanto a possibilidade de antecipar o prazo legal quando ocorrerem sinais evidentes de morte.

Não se colocou, em nenhum momento, dúvida quanto a este fato, autorizando portanto a antecipação.

Esta, não só era legal, como necessária, já que para o transplante de córneas, o prazo máximo para a retirada é de 6 horas após o óbito. Nestas circunstâncias, urge a retirada, e muito provavelmente constitui fato importante na antecipação da autorização legal de necrópsia.

Seria lamentável perder a córnea de doador saudável e jovem, e consequentemente não permitir a algum cego o retorno de sua visão, ao aguardar indefinidamente a identificação de cadáver não conhecido.

Isto posto, nosso parecer considera isenta de indícios de infração ética, a atitude de médicos que no exercício de função legista permite a retirada de córnea de cadáver não identificado e a autoriza, também não implica em infração, a autorização de antecipação de necrópsia.

Este é o nosso parecer.

Cons. LUIZ FERNANDO C. O. BRAGA

Parecer aprovado  
Sessão plenária de 01.07.85.

Cons. RICARDO AKEL

Cons. EURÍPEDES FERREIRA

Vide próxima página  
Assunto relacionado

#### MORTE ENCEFÁLICA

*“O que chamais morrer é acabar morrendo, o que chamais nascer é começar a morrer, o que chamais viver é viver morrendo”.*

*Poeta espanhol Quevedo, século XVII*

# Transplante de órgãos: decisão inovadora

O M.M. juiz da 11ª Vara Criminal de Curitiba proferiu recente sentença sobre retirada de córneas de cadáver, para doação e transplante em deficiente visual, que poderá em muito contribuir para a reforma substancial da Lei nº 5.479/68, que disciplina o assunto.

É de domínio público que o aproveitamento de órgãos de cadáver para transplantes, face a legislação ora vigente, tem se constituído no Brasil um entrave às conquistas da medicina neste campo, em razão das restrições impostas para esta espécie de cirurgia. É freqüente o falecimento de pessoas que, por deficiências de órgãos vitais, não conseguem em tempo as doações indispensáveis para o transplante, mesmo porque no país, ainda são raros os que se propõem a em vida autorizarem a disposição de seus corpos após a morte.

E a par dos doentes que precisam de órgãos vitais existem também, e estes em maior número, os que necessitam de um simples transplante de córneas para recuperarem a visão. As filhas de cadastrados no Instituto Médico Legal de deficientes visuais à espera de córneas, em muito supera a disponibilidade destes órgãos, o que torna a situação destes necessitados um drama que se prolonga, comumente, por longos anos.

Muito se tem dito sobre a necessidade de reformulação da Lei nº 5.479, que disciplina a retirada de partes de cadáveres, desde que na mesma os despojos, comungando com a tradição brasileira, são tidos como pertencentes à família do morto. Daí então, a retirada de órgãos só pode ocorrer, ou por autorização expressa do disponente ou, ainda, com a aquiescência de sua esposa, se casado fosse, de seus descendentes ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino do cadáver.

Deste modo, em inexistindo quaisquer destas permissões, a retirada só ocorrerá caso o morto seja dado como indigente pelo Instituto Médico Legal, não havendo portanto quem reclame os despojos.

Todavia, esta situação, ou seja, decorrente da conclusão de que o cadáver seria de um indigente, traz aos médicos legistas um ônus por demais perigoso. Ora, a retirada de órgãos tem como limite máximo para o aproveitamento de seis horas após a morte. Assim, se no Instituto Médico Legal adentra um cadáver, que não vem a ser reclamado num período de até cinco horas e meia ou menos, o legista terá que decidir se determina ou não a retirada de partes do mesmo para doação. E daí vem o risco. Se o faz, dentro deste limite, sob a conclusão subjetiva de ser o falecido um indigente, corre o risco de que, posteriormente, venham a ser os despojos reclamados. E nesta ocasião os órgãos aproveitáveis já terão sido retirados, advindo então ao responsável pela ordem os ônus decorrentes.

E foi exatamente esta situação que foi brilhantemente examinada pelo ilustre juiz Fernando Roedel Ferreira, titular da 11ª Vara Criminal, que certamente inovou quanto à responsabilidade do médico legista, nestas hipóteses.

Entendeu o insigne magistrado, após evidentemente analisar outros aspectos influentes, pela absolvição do então vice-diretor do Instituto Médico Legal do Paraná, Dr. José Cássio Cavalcanti de Albuquerque, contra o qual foi instaurado processo criminal como incurso nas penas do artigo 11, combinado com o artigo 3º, inciso III, da Lei nº 5.479 de 10/08/68, por ter, em avaliação subjetiva, determinado a retirada de córneas de um cadáver que concluiu que com de indigente, para doação a terceiro necessitado.

A sentença, que acolheu tese defendida pelos advogados Edgard Luiz Cavalcanti de Albuquerque e Guilherme Luiz de Vasconcelos Lara, concluiu:

"... Não se olvida que a autorização no caso diz respeito mais à administração da Justiça (art. 9º da Lei nº 5.479). Entretanto também presente que a lei ao exigir a autorização do 'diretor da instituição onde ocorreu o óbito' (art. 3º, IV, última alínea) não especifica o que se deve ter por diretor, se o presidente, o provedor ou o diretor clínico da instituição, e considerando sobretudo que aqui o objetivo primordial da lei é ter o responsável pela efetiva ocorrência da morte cerebral a par de outros também importantes como a necessidade do transplante, a capacitação das instituições e de seus médicos, a gratuidade de todo o processo etc., todos rigorosamente cumpridos, tem-se como legítima a autorização para a extinção do globo ocular do cadáver destinado a transplante de córnea emanada do acusado Dr. José Cássio Cavalcanti de Albuquerque, na condição de médico-legista e vice-presidente do Instituto Médico Legal, onde ocorreu a retirada do órgão por intervenção da denunciada Dra. A. L. C. a participação do funcionário do Instituto R. T., incumbida para tanto pelo acusado, Dr. J. A.

E ausente o dolo na ação de quem autorizou, os demais, face ao contido nos autos, estão isentos de tal carga".

Assim, como já se referiu no início destes comentários, a decisão certamente em muito contribuirá para que, na reformulação da Lei nº 5.479/68, se expanda ao menos o poder de decisão dos médicos legistas quanto à disponibilidade de órgãos de cadáver, que adentrem aos institutos médico-legais e que não sejam reclamados em prazo de tempo, que não mais permita o aproveitamento de partes, das quais necessitem outros, quer para levar vida normal, ou ainda para a própria sobrevivência.

Melhor seria todavia, como bem lembrou o ilustre juiz em sua sentença, que se estabelecesse como na legislação da Tchecoslováquia, que no Decreto nº 47 de 1966, artigo 8º, alínea 3, disciplina que todo cidadão tem o direito de receber todos os cuidados médicos de que necessite, inclusive os transplantes, com a utilização de órgãos do morto, salvo a hipótese em que este em vida tenha expressamente proibido a extração.

Resumo: Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

# INSTITUTO MÉDICO LEGAL

( I. M. L. )

## SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

( S. V. O. )

### QUANDO E COMO UTILIZAR !

LEI Nº 5002

DATA : 6 de fevereiro de 1965

**SÚMULA: Cria o Serviço de Verificação de Óbitos, no Instituto Médico Legal, da Diretoria de Polícia Civil, da Secretaria de Segurança Pública e de outras providências.**

A Assembléia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º - Fica criado o Serviço de Verificação de Óbitos, no Instituto Médico Legal, da Diretoria da Polícia Civil, da Secretaria de Segurança Pública, em substituição do Serviço de igual denominação, subordinação à Divisão de Estatística e Epidemiologia, do Departamento Técnico da Diretoria Geral, da Secretaria de Saúde Pública, que fica extinto.

Art. 2º - Compete ao Serviço de Verificação de Óbitos:

a) - determinar a "causa mortis" de pessoas falecidas sem assistência médica, no município de Curitiba;

b) - determinar sempre que houver dúvida, a "causa mortis" de pessoas falecidas com assistência médica, ou quando houver necessidade de apurar a exatidão do diagnóstico.

Art. 3º - O Serviço de Verificação de Óbitos se encarregará de proceder a necropsia de todos os cadáveres de que tratam as letras "a" e "b", do artigo anterior, preencherá e expedirá os respectivos atestados de óbito em duas vias.

Art. 4º - Após a realização da necropsia e dos exames que se fizerem necessários o cadáver, reconstituído, será entregue à família.

Parágrafo Único - No caso de se tratar de indigente, o próprio Instituto Médico Legal se encarregará do sepultamento.

Art. 5º - Nenhuma necropsia será realizada no Serviço de Verificação de Óbitos sem a apresentação de guia fornecida pela autoridade policial de plantão.

Art. 6º - O Serviço de Verificação de Óbitos contará em todas as instalações necessárias a necropsias e laboratórios para exames complementares de anatomia-patológica, bioquímicos e toxicológicos para efeito de elucidação diagnóstica.

Art. 7º - ... Vetado ...

Art. 8º - O Poder Executivo, dentro de trinta (30) dias, regulamentará a presente Lei.

Art. 9º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

(aa) NEY BRAGA

Felipe Aristides Simão

(Ref. Proc. nº 01815-65-PG - 1603)

**NÃO ESQUEÇA**  
**DE PAGAR A**  
**COMPLEMENTAÇÃO**  
**DE ANUIDADE**

\* O CRM AGRADECE  
VIDE PÁGINA 3



**ACÓRDÃO**  
**Processo Ético-Profissional nº 018/87**

**DENUNCIANTE - CRMPR**

**DENUNCIADA - Dr<sup>a</sup> Dalma Fayad Nazário**

**RELATOR - Dr. Carlos Ehlke Braga Filho**

**REVISOR - Dr. Elias Abrão**

**ACÓRDÃO - 006/89**

**FALSO TRABALHO DE PARTO - COMPROVAÇÃO POSTERIOR - NÃO CARACTERIZAÇÃO DE EXAGERO NA GRAVIDADE DO DIAGNÓSTICO - INCOERÊNCIA DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 9º DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.**

**EMENTA -** Não existindo nos autos provas capazes de sustentar a acusação de possível mercantilização da Medicina, desde que aparentemente ocorreu um diagnóstico de falso trabalho de parto, impõem-se a absolvição da denunciada.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 018/87, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciada a Dr<sup>a</sup> Dalma Fayad Nazário.

**ACORDAM**

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **não acolher a imputação** feita à denunciada de infração ao artigo 9º do Código de Ética Médica, conforme ata nº 451, de 26 de junho de 1989.

Curitiba, 27 de junho de 1989

(a.) Dr. CARLOS EHLKE BRAGA FILHO  
Relator

(a.) Dr. FARID SABBAG  
Presidente

# **Uso de Sangue e Hemoderivados: Responsabilidades**

## **EMENTA**

Não comete falta ética o médico que, na condição de Responsável Técnico por Serviço Especializado de Hematologia ou Hemoterapia se negar a atender prescrição de médico assistente quando entender que o procedimento solicitado está contraindicado, responsabilizando-se civil, penal e eticamente por sua conduta.

## **CONSULTA**

01. O Diretor do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), Dr. Marco Antonio Silva Rótolo, visando o estabelecimento de rotinas no serviço sob sua responsabilidade, solicitou o pronunciamento do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC) a respeito dos seguintes tópicos:

- 1. Os pedidos de sangue e hemoderivados em condições eletivas deverão ser submetidos a avaliação do hematologista e/ou hemoterapeuta (onde houver disponibilidade deste profissional) podendo este contraindicar o procedimento?**
- 2. Como o especialista deveria proceder com relação ao colega que indicou a transfusão e esta não preencheu os requisitos clínicos recomendáveis?**
- 3. Qual o tipo de atitude que o banco de sangue deve tomar com relação ao doente, no sentido de evitar conflitos no relacionamento com o seu médico?**

02. Como argumentos a favor de sua proposta, cita:

- 1. Dificuldade na obtenção de sangue pela retração da oferta de doadores em função da AIDS.**
- 2. Necessidade de racionalização do uso de sangue e hemoderivados.**
- 3. A prescrição de sangue freqüentemente não preenche critérios técnicos aceitáveis.**
- 4. A possibilidade de transmissão de doenças para as quais não se dispõem de métodos seguros de triagem. Exemplo: Hepatite não-A, não-B.**

## PARTE EXPOSITIVA

03. O Conselheiro Waldomiro Dantas, em parecer aprovado pelo CREMESC em 25/02/88, embora reconhecendo como procedentes os argumentos apresentados, posiciona-se contrariamente às propostas do Dr. Marco Rótolo, por entender que "... o direito de prescrever é inerente ao médico, independentemente de sua especialização... e não pode ser cerceado".

04. Embora tenha sido tentada desde a idade média, somente no início deste século a transfusão sangüínea foi incorporada à prática médica.

05. Em 1901 **KARL LANDSTEINER** publicou seu trabalho clássico relatando a existência de três grupos sangüíneos na espécie humana (A, B e AB). Em 1902 **DE CASTELLO** e **STURLI** acrescentaram o quarto grupo sangüíneo (O).

06. **LANDSTEINER** reconheceu que a incompatibilidade sorológica entre o doador e o receptor poderia ser a responsável pelas reações transfusionais. Mas, somente 7 anos após **OTTENBERG**, em 1908, realizou os primeiros testes pré-transfusionais para determinação da compatibilidade *in vitro*.

07. A descoberta do fator Rh por **LANDSTEINER** e **WIENER** em 1940 e os diversos avanços que se seguiram no campo da imunohematologia proporcionaram as bases para a moderna hemoterapia, possibilitando a redução dos riscos envolvidos nas transfusões.

08. A partir de então o uso de sangue e hemoderivados difundiu-se de forma espetacular, a tal ponto que hoje existem estudos comprovando que cerca de 50% das transfusões realizadas são de indicação duvidosa ou desnecessárias.

09. Dentre as possíveis explicações para tão elevada incidência de transfusões com indicação incorreta encontra-se a deficiência de conhecimento técnico sobre o assunto e a facilidade e aparente inocuidade do processo.

10. Sendo o sangue um tecido líquido que se infunde pela veia, dificilmente o profissional encara o ato transfusional com o mesmo rigor técnico de um transplante de órgãos. Entretanto, quando se transfunde 2 litros de sangue a massa antigênica introduzida no receptor é comparável àquela contida em um transplante de fígado por exemplo, e, provavelmente, com as mesmas repercussões imunológicas sobre o organismo.

11. Além das reações imunológicas o sangue também veicula agentes infecciosos como vírus, bactérias e protozoários.

12. O conhecimento dos riscos envolvidos nas transfusões tem levado os especialistas a ser cada vez mais criteriosos e seletivos nas suas indicações. Talvez o maior progresso a ser alcançado no campo hemoterapia seja o desenvolvimento de produtos sintéticos capazes de substituir completamente o sangue e hemoderivados em suas funções biológicas e sem os inconvenientes do ponto de vista imunológico e de transmissão de doenças. A considerar os últimos avanços da biologia molecular e da engenharia genética é provável que isto ocorra em um futuro não muito distante. Atualmente já estão sendo estudados em seres humanos substitutos para as hemácias (substâncias com capacidade de transportar oxigênio) e para as proteínas plasmáticas (p. ex. fator VIII da coagulação produzido por DNA recombinante).

## PARTE CONCLUSIVA

13. Ante o acima exposto, defendemos o ponto de vista de que as transfusões de sangue e hemoderivados devam receber, por parte do médico, cuidados semelhantes aos que se dedicam aos transplantes de órgãos. Fazem exceção apenas os produtos industrializados, como a albumina, imunoglobulinas e fatores da coagulação, que possuem indicações precisas e são reco-

nhecidamente menos antigênicos do que os componentes celulares.

14. Considerando que o médico responsável pela administração de sangue e hemoderivados é também o responsável pelas conseqüências danosas ao paciente que delas poderão advir e respondendo às questões formuladas pelo consulente, opinamos:

1. Favoravelmente a que os pedidos de sangue e hemoderivados, em condições eletivas, sejam avaliados pelo especialista sendo-lhe facultado contraindicar a transfusão quando a mesma não preencher os requisitos técnicos adequados;
2. Caso o especialista contraindique determinado procedimento hemoterápico, deverá manter contato com o médico que o indicou e informar-lhe a respeito dos motivos que o levaram a tomar tal decisão;
3. O paciente será devolvido ao seu médico assistente para que este lhe preste os necessários esclarecimentos e dê continuidade ao tratamento.

Este é o nosso parecer.  
s.m.j.

Goiânia, 20 de setembro de 1989

Conselheiro Nelcivone Soares de Melo

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/10/89

## CUIDADO AO RECEITAR!

# *Indenização para gêmeos doentes*

PROVIDENCE, RHODE ISLAND - Um tribunal superior concedeu a dois irmãos gêmeos perto de 20 milhões de dólares por defeitos de nascença causados por um remédio que sua mãe, por ordem médica, tomou quando estava grávida.

O tribunal ordenou que a Parke-Davis Co., uma subsidiária da Warner-Lambert Co., de Morris Plains, Nova Jersey, pague 19,8 milhões de dólares por compensação e danos a Michael e Brian Keenan, de Seekonk, Massachusetts. Os meninos nasceram com um leve retardamento mental em julho de 1978. Durante a gravidez, sua mãe, Sandra Keenan tomou Dilantin, um remédio contra a epilepsia.

"Nosso argumento básico foi que a companhia sabia da possibilidade de seu remédio causar defeitos de nascença e deliberadamente a informação foi suprimida. Os médicos que prescreviam o remédio não sabiam desse efeito nocivo", disse o advogado da família, Max Wistow.

O porta-voz da Warner-Lambert, Peter Wolf, disse que a empresa acredita que defeitos nas crianças foram causados por uma síndrome não ligada ao Dilantin. Segundo ele os riscos prováveis do remédio são superados pelos perigos de um ataque epilético durante a gravidez.

Ele informou ainda que a empresa vai apelar da decisão do tribunal.

# **INTERNAÇÃO PELO S.U.S. SÓ EM ENFERMARIA**

A Comissão Interinstitucional de Saúde do Paraná, CIS-PR, no uso de suas atribuições legais e,

**Considerando** que, ao Sistema de Saúde do Estado, compete assegurar ao usuário internações hospitalares em acomodações coletivas com um padrão mínimo de conforto compatível com a dignidade humana do paciente e por conseqüência, com seu direito de cidadania;

**Considerando** que os SUDS Regionais têm que estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento, que garantam aos usuários do sistema as vagas necessárias para as internações hospitalares nos hospitais contratados, conveniados e da rede pública;

**Considerando** que nas cláusulas contratuais e convencionais ora vigentes com os diversos prestadores de serviço, estão contratados e conveniados leitos hospitalares de quartos coletivos ou enfermarias;

**Considerando** que a situação de dificuldade ora vigente no sistema hospitalar do país, do qual o Estado do Paraná não é exceção, tem como principal causa a baixa remuneração aos hospitais praticada pelo Sistema de Saúde e que esta situação notoriamente tem gerado distorções sérias nas relações Prestador de Serviços X Usuários e Prestador de Serviços X SUDS, com francos prejuízos para a população mais carente;

**Considerando** que, ao mesmo tempo que a CIS-PR reconhece a situação de dificuldade dos hospitais privados e tem enviado esforços junto ao MPAS reivindicando atualizações e correções das tabelas de pagamentos aos prestadores de serviço e cumprimento do calendário de pagamentos, tem o dever e a competência de emitir atos que permitam corrigir distorções no Sistema de Saúde;

**Considerando** decisão da CIS-PR em reunião realizada em 19/10/89, devidamente registrada em Ata;

## **RESOLVE:**

1. O SUDS-PR autorizará emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) dentro das normas do SAMHPS somente para as internações que se destinem a leitos de acomodações coletivas.

2. No caso do usuário preferir acomodações de conforto superior ao previsto nas enfermarias coletivas contratadas e/ou conveniadas, deverá assinar Termo de Opção no

qual declarar-se-á ciente de que com a opção por acomodações especiais, sua internação será de caráter particular, dispensando o pagamento dos serviços a ele prestados pelo SUDS.

3. Para implementação dessa Resolução deverá se proceder o recadastramento e re-qualificação dos leitos de enfermaria colocados a disposição dos SUDS pelos hospitais contratados e conveniados, conforme normas e parâmetros vigentes, a ser efetuado pela Diretoria de Serviços de Saúde - DSSH/GASS, da Fundação Caetano Munhoz da Rocha, ficando estabelecido o prazo máximo de trinta dias para a execução desta tarefa.

4. No período de trinta dias estabelecido para a implementação dessa medida, a SESA/FCMR deverá realizar a necessária divulgação deste ato para a população em geral e os prestadores de serviço.

5. Os atos complementares a esta Resolução deverão ser baixados pela SESA/FCMR. Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua assinatura.

DELICINO TAVARES DA SILVA  
Presidente da CIS-PR

# HOSPITAIS PERMITEM PROPAGANDA INTERNA NA INGLATERRA

ANTONIO CARLOS SEIDL  
De Londres

Os hospitais do Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha, atingidos financeiramente pela decisão do governo da primeira-ministra conservadora, Margaret Thatcher, de reduzir as verbas oficiais para o sistema de assistência médica e previdência social do país, estão recorrendo à publicidade para gerar uma fonte extra de receita.

Cinquenta hospitais estatais em várias partes do país abriram espaços para posters em quatro tamanhos padronizados em salas de espera, saguões, corredores, elevadores e estacionamentos.

A controversa iniciativa dá aos anunciantes a possibilidade de levarem sua mensagem a uma audiência de 37 milhões de pacientes externos forçados a sentarem e esperarem para serem atendidos nos hospitais estatais a cada ano. Uma campanha para anunciantes nacionais nos hospitais participantes do esquema custa 10,5 mil libras (NCz\$ 70 mil). O anunciante tem direito a quatro locais para seus posters por um período de três meses.

Os primeiros anunciantes em posters nos hospitais britânicos são o grupo Mirror de jornais, que publica o "Daily Mirror" e o "Sunday Mirror"; a empresa de seguros Sun Alliance, empresas de produtos para bebês e revistas orientadas para mães e enfermeiras.

(Folha de São Paulo).

# UTILIZA SÊMEN DO FILHO NA ESPOSA

BRUNSWICK, GEORGIA - Um juiz procura descobrir quem é realmente o pai da filha de quatro anos de uma mulher chamada Anita Smith - se o marido ou o enteado adolescente dela. O marido, Teddie Eli Smith, tentou durante seis anos engravidar a esposa atual, mas não o conseguiu. Então, decidiu tentar a inseminação artificial e para isto usou um dispositivo de fabricação caseira e esperma doado pelo filho, na época com 17 anos de idade.

"Sempre fui bom em engenhocas, mas desta vez fiquei em dificuldade", disse Teddie, de 45 anos, antigo ferramenteiro que fez o dispositivo de inseminação com uma seringa de pera e um tubo de "spray" para cabelo. Anita, de 38 anos, agora separada do marido, está procurando conseguir que a filha de quatro anos seja declarada ilegítima.

Teddie disse ao juiz Donald Manning, do Tribunal de Delitos Juvenis, que engravidou a esposa com o dispositivo de fabricação caseira para evitar a despesa que teria se a operação fosse realizada numa clínica de fertilidade da Flórida.

Explicou que recorreu ao sêmen do filho porque não conseguiu engravidar a mulher naturalmente e acreditava ter falhado uma cirurgia feita seis anos antes para anular uma vasectomia.

Mas afirmou acreditar agora que a operação tenha funcionado, afinal de contas, e que a inseminação artificial tenha falhado - o que o torna o pai biológico da menina. "Tenho prova médica que mostra que não estou inteiramente estéril", declarou. "Sempre tivemos sexo normal depois que fiz a inseminação artificial".

Anita está procurando conseguir a declaração de ilegitimidade da filha a fim de garantir a custódia. Sustenta que o casal não fez sexo na época da inseminação artificial.

Desde a separação do casal, em maio do ano passado, Anita tem a custódia temporária da menina, restando ao marido o direito de visita. O juiz pediu ao advogado de Teddie, Jeff Berry, que procure saber se o filho do cliente, agora com 21 anos, se submeteria a um exame de sangue voluntário que possa ajudar a determinar a paternidade.

"Não me importa quem é o pai biológico", disse Teddie. "Eu coloquei o nenem ali".

(Gazeta do Povo).

## "Máquina do Suicídio" Mata Mulher nos EUA

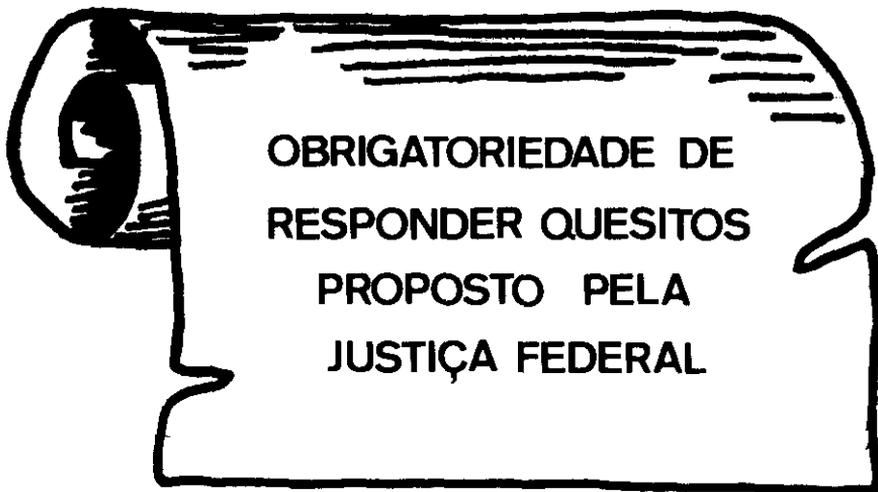
Da "United Press International"

Janet Adkins, 54, suicidou-se ontem nos EUA ao apertar um botão da "máquina de suicídio". O inventor da máquina, o patologista aposentado Jack Kevorkian, 62, negou ter culpa na morte.

Kevorkian ligou os fios da sua máquina mortífera em Janet, num furgão, a 30 km de Detroit (nordeste dos EUA). Ela morreu seis minutos após apertar o botão que liberou uma dose letal de cloreto de potássio em suas veias.

Janet sofria do mal de Alzheimer e teria dito a Kevorkian que não queria passar o resto da vida vegetando.

(Folha de São Paulo).



Parecer CRM-PR

## HISTÓRICO

Consulta-nos o Diretor do Departamento Clínico do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, sobre a obrigatoriedade de responder quesitos iniciais encaminhados pela Justiça Federal e propostos na prevenção de um exame de sanidade física e mental junto ao IML, a partir da ficha clínica do paciente que teve seu último internamento neste serviço de 23/04/88 a 29/04/88, pois essas respostas poderiam ser usadas contra o paciente.

## ANÁLISE

As respostas de quesitos periciais tratando-se como é o caso de ação criminal, é de competência do órgão oficial no Estado do Paraná, ou seja, o Instituto Médico Legal, em razão de lei essa competência foi estendida ao Manicômio Judiciário.

Efetivamente não é atribuição do Diretor do estabelecimento de saúde ao qual o paciente esteve internado responder os quesitos sob pena de incorrer no artigo 120 do Código de Ética Médica (ser perito de paciente seu, e pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho); além de que responder os quesitos com base na ficha clínica embora ilícito por disposição do Código de Processo Penal, nos parece temerário, devendo o profissional apenas fazê-lo em razão de força maior (impossibilidade concreta de realizar um exame direto no paciente). O encaminhamento de prontuário médico caracteriza a quebra de sigilo, pois em termos práticos é como se fosse um depoimento por escrito e o médico em razão do artigo 144 do Código Civil não é obrigado a prestar depoimento sobre fatos que teve conhecimento em razão do exercício profissional.

A quebra do sigilo profissional poderá ser feita em razão de justa-causa, dever-legal ou autorização expressa do paciente.

O artigo 154 do Código Penal define o crime de violação de segredo profissional quando o fato é revelado sem justa-causa e com possibilidade de dano ao paciente.

Embora em tese o interesse público deva prevalecer sobre o interesse privado em se tratando de ação penal, o médico em razão de tradição e amparado na própria legislação pode invocar o dever do silêncio para fortalecer o relacionamento médico-paciente e justificar a confiança nele depositada, principalmente quando a revelação for prejudicial ao paciente ou sujeitá-lo a procedimento criminal.

O Dr. Antonio Carlos Mendes, Assessor Jurídico do CREMESP, em brilhante parecer sobre o assunto conclui:

- O segredo médico não é absoluto, podendo ser revelado nas hipóteses de justa-causas, consistentes na legítima defesa, estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular de direito e estado de necessidade;
- O médico, o dirigente, o enfermeiro e funcionários de hospitais e clínicas, tanto públicas como particulares não podem depor na condição de testemunhas sobre fatos conhecidos em virtude do exercício profissional;
- Da mesma forma não estão obrigados a atender requisições judiciais e solicitações policiais para entrega de boletim clínico, fichas, papeletas e anotações médicas sob sua guarda porque tais requisitos não encontram ânimo na lei e afrontam o segredo profissional;
- Aludidas requisições judiciais e solicitações policiais constituem em constrangimento ilegal, ensejando a impetração de "habeas corpus". "

## CONCLUSÃO

- 1 - O Diretor do estabelecimento de saúde não está obrigado a responder quesitos relacionados a pacientes internados e sob sua responsabilidade;
  - 2 - A resposta de quesitos baseando-se na ficha clínica deve sempre que possível, ser evitado;
  - 3 - O encaminhamento de prontuário médico sem que o paciente o autorize, caracteriza violação de segredo profissional;
  - 4 - Quesitos relativos a pacientes internados em hospital psiquiátrico e sujeito a ação penal devem ser respondidos por perito oficial.
- É o meu parecer.

Curitiba, 31 de outubro de 1989

CONS. CARLOS EHLKE BRAGA FILHO

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 06/11/89

---

## EUTANÁSIA GERA POLÊMICA E LEIS DIVERSAS EM TODO MUNDO

---

PARIS - Proibida na França e no Japão, tolerada na Alemanha Ocidental como "ajuda ao suicídio" e reconhecida como "direito à morte" pela Corte Suprema norte-americana, a eutanásia ainda é assunto polêmico na França, depois da punição imposta ao oncologista de fama mundial, Leon Schwartzberg, por ter ajudado uma doente a morrer. O médico ficará um ano sem poder exercer suas atividades.

Na França, onde os processos por eutanásia são motivo de apaixonadas discussões, dois projetos de lei sobre o assunto foram apresentados este ano ao parlamento. O objetivo deles é de tornar aceitável o fato de que toda pessoa na chamada fase terminal de uma doença considerada incurável tenha direito a receber uma ajuda para morrer.

Nos Estados Unidos, onde a legislação é diferente em cada estado, o dia 25 de junho representou um marco nos debates sobre a eutanásia: a Corte Suprema reconheceu o direito de um doente recusar qualquer tratamento que o mantenha vivo, desde que expresse claramente este desejo.

Uma nação onde há 10 mil doentes em coma irreversível, grande número de pessoas já fez o seu "living wills" ou disposições a respeito da própria morte, reconhecidas em 41 estados. O de Nova Iorque chegou a admitir o "direito à morte" dos incuráveis, que podem delegar a outra pessoa o poder de decidir a própria sorte quando não puderem fazê-lo.

A corte não se pronunciou sobre o caso dos doentes conscientes que desejam por um ponto final a seus dias. Em 1906, o parlamento de Ohio havia admitido essa prática para os doentes incuráveis e em 1907 a estendeu às crianças consideradas anormais. Mas, ante o perigo da generalização da prática, as duas leis foram anuladas pela Justiça Federal.

Na Alemanha Ocidental, a eutanásia "por encomenda" está proibida: quem insistir na prática poderá ser condenado a cinco anos de prisão. Mas, no país, aceita-se a chamada "ajuda ao suicídio". Os casos conhecidos despertaram enorme emoção, levando-se em conta que os nazistas aplicavam a eutanásia a milhares de enfermos mentais.

O mais célebre defensor da eutanásia é o professor alemão ocidental Julius Hackethal, que admitiu ter ajudado várias pessoas a morrer, entre elas a própria mãe.

# Exame Médico nas Escolas

Médico pediatra informa ao Cremesp que, tendo em vista as constantes solicitações para realizar "exames médicos" em crianças com idade escolar, com a finalidade de realização de aulas de educação física, formula as seguintes questões:

1) Qual a exigência legal para que os exames médicos sejam realizados para que a criança faça educação física? 2) Qual a responsabilidade do médico que realizou apenas a ausculta cardíaca, considerou a criança apta e a mesma apresentou qualquer problema (crise de broncoespasmo, desmaio, epistaxe, óbito, crise convulsiva) durante a prática de educação física?

Preliminarmente, esclarecemos que a exigência para realização de exames médicos em crianças em idade escolar visando à prática de educação física está contida nos Decretos Estaduais nºs 9.633, de 31.03.77, 16.287, de 03.12.80 (dá nova redação ao artigo 3º do Decreto nº 9.633/77) e Lei nº 2.785, de 15.04.81.

O Decreto nº 9.633/77, que dispõe sobre a realização de exames médico-biométricos nos alunos da rede estadual de ensino, preceitua em seu artigo 1º que os exames médico-biométricos dos alunos dos estabelecimentos da rede estadual de ensino, da 5ª a 8ª série do 1º grau e das séries do 2º, grau serão realizados por médicos indicados pelos Diretores dos estabelecimentos de ensino.

Segundo o mencionado Decreto, esses exames serão realizados em caráter obrigatório, uma vez, no início do ano letivo, devendo estar concluídos até 30 de abril. Outrossim, os exames médico-biométricos não serão realizados nos alunos dispensados por lei das atividades de Educação Física.

Analisando o conteúdo da expressão "exame médico", temos que é extremamente difícil dar-lhe uma definição adequada, em razão de sua complexidade e abrangência. Em vista disso somos de parecer que o exame médico em tela deva ser o mais abrangente possível.

Ademais, a par do exame médico e em consonância com o que dispõe o citado Decreto, deverá ser também realizado o exame biométrico. Assim, da análise do Decreto em questão, inferimos que o exame médico exigido para a prática da Educação Física não consiste apenas numa ausculta cardíaca.

Portanto, parece-nos que a realização da ausculta cardíaca na criança, única e exclusivamente, não pode ser considerada como exame médico, visto que é insuficiente para detectar qualquer problema de saúde.

Contudo, o médico que realizar apenas a ausculta cardíaca na criança, considerando-a apta para a prática da Educação Física e a mesma apresentar problemas de saúde e até óbito no decorrer da realização das aulas de Educação Física, será responsável pelos danos que a paciente vier a sofrer.

Ressaltamos, ainda, que o médico que incorrer na conduta acima citada, estará contrariando o que dispõem os artigos 2º, 5º, 12, 29 e 57 do Código de Ética Médica, que rezam:

**Princípios Fundamentais:** Artigo 2º - "O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

Artigo 5º - "O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente". Artigo 12 - "O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho".

**É vedado ao médico:** Artigo 29 - "Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência". Artigo 57 - "Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor da paciente".

Concluindo, entendemos que o profissional que realiza exames médicos em crianças, visando à prática de aulas de Educação Física, deverá fazê-lo de forma minuciosa a fim de evitar danos aos pacientes.

Jornal do CREMESP



**ACÓRDÃO**  
**Processo Ético-Profissional nº 025/86**

**DENUNCIANTE** - CRM/PR

**DENUNCIADO** - Dr. D. C. F.

**RELATOR** - Dr. Duilton de Paola

**REVISOR** - Dr. Flávio Cini

**ACÓRDÃO** - 014/87

CONVOCAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - ESCLARECIMENTO À CÂMARA DE ÉTICA E DISCIPLINA - AUSÊNCIA DO MÉDICO INTIMADO SEM JUSTIFICATIVA - INFRAÇÃO AO ARTIGO 18 DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA - APENAÇÃO

**EMENTA** - Se o próprio denunciado, reconheceu não ter atendido a convocação do Conselho Regional de Medicina, quando intimado a prestar esclarecimentos à Câmara de Ética e Disciplina, por entender desnecessária a sua presença, evidencia-se a infração ao artigo 18 do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 025/86, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o Dr. D. C. F.

**ACORDAM**

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **acolher a imputação** feita ao denunciado de infração ao artigo 18 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, e por maioria em aplicar ao denunciado, a pena de "**Censura Confidencial em Aviso Reservado**", prevista na letra "b" do artigo 22 da Lei 3.268/57, conforme ata nº 347, de 24 de agosto de 1987.

Curitiba, 25 de agosto de 1987

Dr. DUILTON DE PAOLA  
Relator

Dr. LUIZ CARLOS SOBANIA  
Presidente

# Criticadas nos EUA as limitações ao aborto

WASHINGTON - Defensores do aborto criticaram ontem duas decisões da Suprema Corte dos Estados Unidos de manter a necessidade de comunicação aos pais antes que uma menor possa submeter-se legalmente a tal prática. Segundo eles, essas decisões feram o direito constitucional ao aborto e põem em perigo médico as adolescentes solteiras que tiverem medo de falar aos pais sobre uma gravidez indesejada.

A corte sancionou requisições que incluem um período de espera de 48 horas antes do aborto e a exigência de que ambos os pais sejam notificados sempre que a Justiça norte-americana julgar que a adolescente grávida não é madura o suficiente para decidir por si própria. Este último ponto, que deixa a vontade de uma adolescente sobre seu corpo nas mãos de um juiz, está sendo condenado de maneira veemente.

Sharom Schuster, presidente da Associação Norte-Americana de Mulheres Universitárias, disse que as leis estaduais requerendo notificação aos pais "retardam o acesso a abortos medicamente seguros e forçam as adolescentes aterrorizadas a recorrerem a abortos de ruas escuras". Foram discussões sobre leis estaduais de Minnesota e Ohio que deram origem às duas decisões da Suprema Corte.

Faye Wattleton, presidente da Federação da Paternidade Desejada da América, disse por sua vez que as decisões da Corte constituem "um incrível perigo para as adolescentes que estão determinadas a não falar com seus pais", sobre a intenção de abortar.

Contudo, Robert McFadden, do Comitê Ad Hoc pela Defesa da Vida saudou as duas decisões e se disse favorável a qualquer coisa que possa adiar um aborto. Segundo ele, o que a Suprema Corte fez foi tão somente colocar o aborto "em pé de igualdade" com outros procedimentos cirúrgicos.

"Não sei de nenhum outro procedimento médico sobre uma menor que possa ser realizado sem consentimento dos pais. Acho que nem uma enfermeira escolar pode pôr um band-aid em uma criança sem consultar um pai. E na verdade inusitado que certas pessoas queiram que esta espécie de cirurgia (o aborto) em uma menor seja feita sem que um pai o saiba", afirmou McFadden.

Susan Smith, "lobista" do grupo Direito Nacional à Vida, foi mais longe: "Hoje, a Corte mostrou ser simpática aos interesses dos pais. Ainda não ficou claro quão longe eles irão, mas ficou claro que eles favorecem o envolvimento dos pais. Essas decisões paternas são questões de vida ou morte nas vidas dos filhos e das famílias".

## Pedido de eutanásia é negado

WASHINGTON - A Corte Suprema dos Estados Unidos se opôs ontem ao desligamento dos aparelhos médicos que mantêm viva uma mulher de 32 anos, que se encontra em coma irreversível há sete anos, como pediam seus pais. Por cinco votos contra quatro, a mais alta instância judicial do país considerou que as autoridades "têm o direito de estabelecer uma proteção contra possíveis abusos em tais situações".

Os pais de Nancy Cruzan pediam a retirada dos sistemas de alimentação e respiração artificial que mantêm viva de forma "vegetativa persistente" sua filha, pois segundo os médicos a paciente poderia durar assim uns 30 anos mais. A corte confirma assim uma decisão da Justiça do Missouri, estimando que os juizes tinham o direito de exigir uma prova "clara e convincente" de que Nancy Cruzan deseja morrer, prova que ela não pode dar devido ao seu estado. A instância máxima, no entanto, deu a entender que uma pessoa consciente tinha o direito a se opor à cura.

O caso é semelhante ao de Karen Quinlan, que também se encontrava em coma irreversível e que em 1976 ocupou a primeira página dos jornais norte-americanos. Na época, a Corte Suprema de Nova Jersey autorizou a desconexão de seu pulmão artificial, mas não a do sistema de alimentação artificial. Karen Quinlan sobreviveu nove anos.

(Gazeta do Povo)

# Título de Doutor é Equivalente a Doutorado ou Mestrado?

Consulta-nos o Dr. Luiz Carlos Sobânia, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, como proceder nos seguintes casos:

- 1- Médicos com mais de 20 anos de formados, que exercem especialidade específica, não possuem títulos de especialistas, mas requerem o registro aos Conselhos.
- 2- Como avaliar o título de Doutor obtido através de defesa de tese por ocasião da graduação em medicina? Deve esse título ser equiparado ao título de Doutor obtido nos tempos atuais, após curso de Pós-Graduação e defesa de tese de doutoramento?

## PARECER

Ao quesito 1 respondemos: não pode ser feito o registro solicitado, porque o prazo para esse tipo de procedimento se encerrou em 31/07/85 (Resolução CFM nº 1208/85).

Ao quesito 2 respondemos: o título de Doutor, obtido através de defesa de tese por ocasião da graduação em medicina, não dá direito ao médico de se registrar como especialista nos Conselhos de Medicina, porque não é o mesmo a que se refere a alínea "a", do artigo 7º, da Resolução CFM nº 1086/82, modificada em sua redação pela Resolução CFM nº 1142/84.

Este é o parecer  
s. m. j.

José Monteiro de Souza Netto

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/01/89

# Pesquisa nos EUA mostra que médicos mentem

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que a maioria dos médicos norte-americanos mente ou confunde seus pacientes e familiares destas diante de problemas mais delicados. O trabalho foi feito pelo médico e pesquisador da Universidade de Brown, no Estado de Rhode Island (nordeste dos EUA), Dennis Novack, e publicado no final do mês passado pelo "Journal of the American Medical Association".

Novack enviou 407 questionários e obteve 211 respostas (52%). O questionário - formado por testes de múltipla escolha e por perguntas abertas - foi baseado em quatro casos comuns.

Responderam ao questionário cirurgiões e obstetras, na maioria com idade entre 30 e 39 anos e do sexo masculino. Poucas mulheres responderam à pesquisa. Os questionários foram enviados a somente um Estado dos EUA cujo nome não foi revelado. Também não foram reveladas as identidades dos entrevistados.

**O primeiro caso,** o médico pede um exame caro, mas de rotina, dos seios de uma paciente. A mulher diz que não tem como pagar pelo exame. O médico então inventa que o caso em pauta é grave (um câncer, por exemplo), a fim de que o seguro arque com as contas. Dos entrevistados, quase 70% enganariam a seguradora pela "boa ação". Nos EUA não existe um órgão semelhante ao Inamps, sendo esse tipo de gasto médico coberto, em geral, pelo seguro-saúde do paciente.

Mas a aparente boa intenção do médico pode ser comparada às constantes "fraudes brancas" dos médicos no Brasil que pedem exames e "sugerem" laboratórios nos quais têm interesses econômicos ou lesam o Inamps.



"A senhora Lewis, 52, faz seu check-up anual e não apresenta nada de anormal. Você diz a ela que vai pedir alguns exames de rotina, incluindo uma mamografia (exame dos seios). Ela diz que é contra o exame porque teria de pagá-lo de seu próprio bolso. Você sabe que isso representa uma despesa considerável para ela. Você chama sua secretária e ela confirma que o seguro só paga a mamografia se houver evidências de câncer. Você falsifica o guia para que o seguro pague o exame?"

Sim

Não

**No segundo caso,** diante de um paciente com gonorréia, mais da metade dos médicos disseram que não dariam informações sobre o paciente que pudessem chegar ao conhecimento de sua mulher, a fim de não prejudicar o casamento. Os médicos entrevistados argumentam que "isso seria melhor para os dois".



"Jim, 43, é seu paciente há vários anos. Ele vem a seu consultório e reclama de um corrimento na uretra. Um exame revela que ele tem gonorréia. Você o medica e explica que as leis do seu Estado exigem que você relate o caso ao Departamento de Saúde. Jim explica que pegou a gonorréia com uma prostituta e implora para que você não faça o relato ao governo. Ele argumenta que seu casamento seria arruinado, caso o Departamento de Saúde contasse tudo à mulher. Você relata ou não o caso?"

Sim

Não

No terceiro caso, os médicos, ao atenderem uma adolescente grávida que pede sigilo a fim de fazer um aborto, preferem relatar o caso à mãe da cliente. Justificam esta ação como oposição moral ao aborto.



"Sherry, 15, chega ao seu consultório com vômitos e náusea. Sua mãe vem junto. Você cuida da família há dez anos. A mãe vai para a sala de espera. Sherry está grávida de dez semanas. Ela imediatamente fala do aborto e diz que vai a um Estado vizinho que permite abortos para menores de idade sem licença dos pais. Ela implora a você para que não conte nada aos pais. Você sabe que se eles descobrirem tudo mais tarde romperão relações com você. Você conta?"

Sim

Não

Para o quarto caso, quase um terço dos médicos mentiria para a família de um paciente no caso de este morrer devido à medicação em dose errada. Os médicos preferem esconder dos familiares o erro acontecido.

De maneira geral (55%), os médicos afirmam que raramente mentem ou iludem seus pacientes. Do total, 25% dizem que "nunca" mentem e 18% admitem que o fazem "ocasionalmente". Mas a própria pesquisa de Novack fornece elementos que levantam dúvidas sobre o dado.



"Um paciente de 80 anos dá entrada no hospital com uma crise de hipertensão. Para baixar sua pressão sanguínea, você administra uma dose de 100 miligramas de determinado remédio. Logo depois, a pressão do paciente cai, mas ele morre, apesar de esforços para ressuscitá-lo. Revendo a medicação, você descobre que utilizou, na dose administrada, dez vezes mais remédio do que o necessário. A dose foi fatal para o paciente. Você admite o erro para a família?"

Sim

Não

Outras respostas

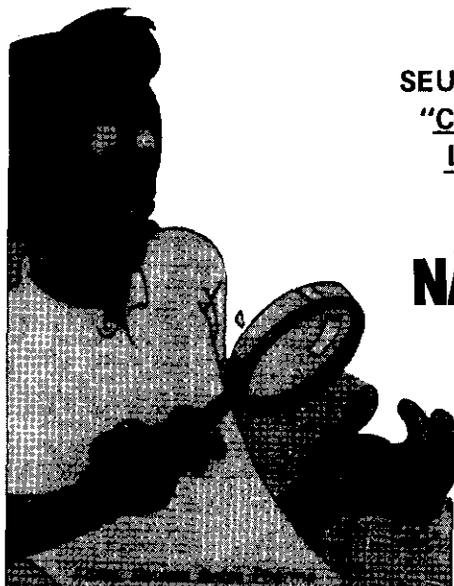
A análise dos questionários parece mostrar que, sob pressão, os médicos acabam por faltar com a verdade. Em um questionário apresentado na pesquisa como padrão, o médico respondeu para os três primeiros casos que "nunca usaria de subterfúgios com seus pacientes e que nunca os enganaria". Mas, questionado sobre o uso incorreto de uma dose fatal de remédio para hipertensão, este mesmo médico respondeu que não informaria corretamente a família: "Diria à família que o paciente estava muito doente e que, apesar dos esforços, morreu".

Novack disse em seu trabalho que os códigos de ética nos Estados Unidos são muito vagos no que se refere a médicos que, de maneira premeditada, mentem ou dão informações incompletas para seus pacientes. No "Princípios da Ética Médica", da associação nacional destes profissionais no país, a única referência ao tema diz apenas que o médico deve "lidar honestamente com seus colegas e pacientes".

O manual de ética do "American College of Physicians", também citado por Novack, afirma que o médico deve agir com "sensibilidade e sem duplicidade" quando forçado a lidar com conflitos éticos. Mas, pelos precedentes jurídicos, a decisão sobre até onde o médico deve informar seu paciente está ficando a cargo dos próprios médicos.

ALCIDES FERREIRA  
De Washington

(Folha de São Paulo)



**SEU HOSPITAL JÁ CONSTITUIU A  
"COMISSÃO DE CONTROLE DE  
INFEÇÃO HOSPITALAR"?**

**NÃO NEGLIGENCIE  
UM ATO TÃO  
IMPORTANTE  
E DE LEI**

**1 – LEGISLAÇÃO BÁSICA SOBRE  
INFEÇÃO HOSPITALAR**

**1.1 PORTARIA Nº 196, DE 24 DE JUNHO DE 1983**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

**CONSIDERANDO** que as infecções hospitalares podem causar significativos danos à clientela dos serviços de saúde;

**CONSIDERANDO** que o seu equacionamento envolve medidas que, basicamente, devem ser tomadas a nível do hospital, abrangendo a sua estrutura e funcionamento;

**CONSIDERANDO** que, de acordo com a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, ao Ministério da Saúde, como órgão normativo do Sistema Nacional de Saúde, cabe elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 1º, item I, alínea b);

**CONSIDERANDO** que, pelo mesmo diploma legal, ao referido Sistema compete a fiscalização sanitária sobre as condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde (Art. 1º, item I, alínea j);

**CONSIDERANDO** que, no exercício dessa fiscalização, deverão os órgãos estaduais de saúde observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, Art. 2º, item IV);

**CONSIDERANDO** que, por força do disposto no artigo 7º do decreto acima mencionado, o Ministério da Saúde orientará e providenciará sobre a exata aplicação do disposto em seu texto e das demais normas legais e regulamentares pertinentes ao assunto;

**CONSIDERANDO** a necessidade de elaboração de normas técnicas sobre a prevenção de infecções hospitalares, para balizar a atividade fiscalizadora dos órgãos estaduais de saúde;

**CONSIDERANDO**, finalmente, as conclusões do Grupo de Trabalho, instituído pela Resolução CIPLAN nº 2, de 31 de janeiro de 1983,

#### **RESOLVE:**

1º — Expedir, na forma dos anexos, instruções para o controle e prevenção das infecções hospitalares.

2º — A ocorrência de caso de infecção hospitalar decorrente do uso inadequado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em descumprimento das normas ora estabelecidas, ensejará as medidas previstas no artigo 5º do Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976.

3º — Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, fixando-se às instituições hospitalares o prazo de 180 dias para adotarem as suas disposições.

**WALDYR MENDES ARCOVERDE**

### **ANEXO I — ORGANIZAÇÃO**

1. Todos os hospitais do País deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), independentemente da natureza da entidade mantenedora.

1.1. Os hospitais poderão articular-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle e prevenção das infecções hospitalares.

2. A Comissão deverá ser instituída, atendidas as peculiaridades de cada hospital, com a participação, em seu núcleo básico:

- 2.1. do serviço médico;
- 2.2. do serviço de enfermagem;
- 2.3. do laboratório de análises clínicas;
- 2.4. dos médicos residentes;
- 2.5. da farmácia hospitalar;
- 2.6. da administração.

3. A Comissão basicamente deverá exercer as seguintes atividades:

3.1. implantar um sistema de vigilância epidemiológica, que compreende a coleta, análise e divulgação dos dados mais significativos;

3.2. realizar treinamento em serviço;

3.3. elaborar normas técnicas complementares, de acordo com as particularidades do hospital, para a prevenção das infecções que ali comumente se verifiquem, com ênfase na regulamentação das necessidades e medidas de isolamento e acompanhamento de sua aplicação;

3.4. sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções hospitalares;

3.5. implementar todas as medidas recomendadas e supervisionar a sua aplicação;

3.6. implantar controle do uso de antimicrobianos;

3.7. preparar para a direção do hospital folha dos casos de doenças de notificação compulsória, a ser remetida ao órgão estadual de saúde de sua jurisdição;

3.8. participar na investigação dos casos notificados, procurando identificar como o paciente adquiriu a infecção e se, ao ser notificada, já foi transmitida a outro.

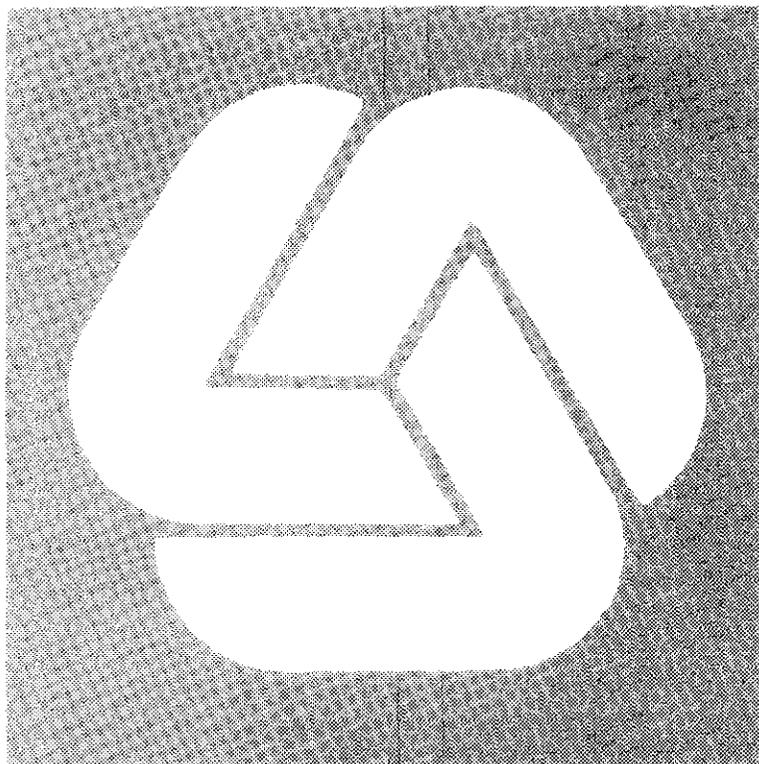
(A Comissão de Divulgação sugere a leitura da lei na sua íntegra)

**É MUITO IMPORTANTE**

## **PARTICIPE EM DEZEMBRO**

No mês de Dezembro, pela primeira vez, todo o Conselho Federal de Medicina, estará reunido em Curitiba.

Aproveite a oportunidade para conhecer seus integrantes e discutir qualquer assunto pertinente ao Conselho. Haverá uma reunião pública e livre para esclarecimentos e troca de idéias. Fazemos muito empenho na sua presença.



**BANESTADO**

**ESSE É BOM**

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1988/1993

## COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

## DELEGACIAS REGIONAIS

### 1. COMISSÃO DA FISCALIZAÇÃO DO

#### EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Cons. Luiz Carlos Sobania (Presidente)  
Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho  
Cons. Octaviano Baptistini Junior  
Cons<sup>a</sup>. Tania Mara Cunha Schaefer  
Cons. Sergio Augusto de Munhoz Pitaki  
Cons. Daebes Galati Vieira

### 2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho (Presidente)  
Cons. José Marcos Parreira  
Cons. Gabriel Paulo Skroch  
Editor da Revista – Dr. Ehrenfried Othmar Wittig

### 3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Cons. Nelson Egydio de Carvalho (Presidente)  
Cons<sup>a</sup>. Solange Borba Gildemeister

### 4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Cons. João Zeni Junior (Presidente)  
Cons. José Leon Zindeluk  
Cons. Gabriel Paulo Skroch  
Cons. Odair de Floro Martins  
Cons. Luiz Carlos Misurelli Palmquist  
Cons. Carlos Augusto Ribeiro

### 5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha (Presidente)  
Cons. Nelson Emilio Marques  
Cons. Jaime Ricardo Paciornik

### 6. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Cons. Hélio Germiniani (Presidente)  
Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha  
Cons. Carlos Henrique Gonçalves

### 7. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS (REPRESENTANTES JUNTO À AMP)

Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha (Presidente)  
Cons<sup>a</sup>. Nanci de Santa Palmieri de Oliveira

### 8. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Cons. Wadir Rúpolo (Presidente)  
Cons. Marco Antonio Araujo da Rocha Loures  
Cons. Henrique de Lacerda Suplicy  
Cons. Osmar Ratzke

### 9. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Cons. Nelson Egydio de Carvalho (Presidente)  
Cons. Nelson Emilio Marques  
Cons. Luiz Carlos Misurelli Palmquist  
Cons. João Zeni Júnior  
Cons. Carlos Ehke Braga Filho  
Cons. Marco Aurélio de Quadros Cravo

### DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto de Rezende (Presidente)  
Dr. Kemei Jorge Chammass (Secretário)  
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Colaborador)  
Dr. Mínao 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 Saciloto (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 Gebrian (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 Alferes Garcia (Suplente)  
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. Gerardo Trentini (Suplente)  
Dr. Isac S. Mehnick (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE PARANAGUÁ

Dr. Mario Budant de Araújo (Presidente)  
Dr. Eduardo Marecki (Secretário)  
Dr. José Michel Gantus (Colaborador)  
Dr. Ivo Petry Maciel Junior (Suplente)  
Dr. Mario Percegon (Suplente)  
Dr. Lauber Macedo de Mattos (Suplente)