

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

FORTE PAGO

DR/PR

ISSN-49-189/84

IMPRESSO

v.7, n.28-Outubro/Dezembro-1990

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA - GESTÃO 1991 à 1993

Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
Vice-Presidente:	Cons. Hélio Germiniani
1ª Secretária:	Cons. ^a Solange Borba Gildemeister
2ª Secretário:	Cons. Carlos Ehke Braga Filho
Tesoureiro:	Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Carlos Ehke Braga Filho
Dr. João Zeni Junior
Dr. Elias Abrão
Dr. Antonio Carlos C. Küster Filho
Dr. Jaime Ricardo Paciornik
Dr. Nelson Emilio Marques
Dr.^a Solange Borba Gildemeister
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Marco Antonio A. Rocha Loures
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. Duitlon de Paola
Dr. Carlos Henrique Gonçalves (AMP)
Dr. José Leon Zindeluck
Dr. Sérgio Augusto de M. Pitaki
Dr. Gabriel Paulo Skroch

MEMBROS SUPLENTEs

Dr. José Marcos Parreira
Dr. Osmar Ratzke
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 de Lacerda Suplicy
Dr. Antonio Motizuki
Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Gelson Leonardi
Dr.^a Tânia Mara Cunha Schaefer
Dr. Carlos Augusto Ribeiro
Dr. Miguel Ibraim Abbou Hanna Sobrinho
Dr. Luiz Sallim Emed
Dr. Daebes Galati Vieira (AMP)
Dr. João Nassif (Falecido)
Dr. Ricardo João Westphal*
Dr. Weber de Arruda Leite*
Dr. Odair de Floro Martins*

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

*Licenciado

**O MELHOR
DE UM
BANCO**

**ESTÁ NA
CAIXA**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL





ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v. 7	Nº 28	p. 165/208	Out./Dez	1990
-------------------------------	----------	------	-------	------------	----------	------

Editor:
Ehrenfried O. Wittig
Edição:
Trimestral

Impressão:
Tipografia Campolarguense
Pça. Getúlio Vargas, 2391
Fone: 292-1732
Campo Largo - PR.

Tiragem:
11.000 Exemplares
Capa:
Criação: José Oliva, Eduardo
Martins e Cesar Marchesini
Fotografia: Bia

Diretor Clínico e Diretor Médico - Conceito	167
Esterilização de Mulheres Mentalmente Incapacitadas.	169
Processo Ético-Profissional CFM 002/89	170
Conceito Contemporâneo de Morte	171
Processo Ético-Profissional CFM 37/87	177
Totalidade de Médicos Inscritos no Brasil	178
Processo Ético-Profissional CFM 004/88	179
Dilemas Éticos	180
Anestesia Com Óxido Nitroso em Odontologia	185
Transplante, Conceito de Morte e Ética	187
Processo Ético-Profissional CFM 36/88	193
Cirurgia de Conversão Sexual	194
Como Adquirir e Usar Conhecimentos	198
Estágios para Alunos de Enfermagem	202
É Infração Ética Fornecer Atestado Médico Para Pessoa da Própria Família . .	203
Processo Ético-Profissional 31/35	205
Oficial de Polícia Militar Não Médico Pode ser "Diretor Geral de Saúde"	206

Instruções aos Autores

“Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná”, órgão oficial do CRMPR, 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 CRMPR. 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 anexado. 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, histológico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (N.º 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.

CONCEITO

Diretor Clínico ***Diretor Médico***

RESOLUÇÃO CFM 1342/91

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958,

Considerando que, de acordo com o artigo 15 da Lei nº 3.999, de 15.12.61, os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

Considerando que o art. 28 do Decreto nº 20.931/32 preceitua que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, obrigatoriamente tem que funcionar com um Diretor Técnico, habilitado para o exercício da medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

Considerando que o Art. 12 do Decreto nº 44.045/58 e a Lei nº 6839/80 estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

Considerando que, de acordo com o Art. 3º da Resolução CFM nº 1214/85, a obrigatoriedade do registro e do cadastramento abrange também a filial, a sucursal, a subsidiária, ambulatórios e todas as unidades de atendimento médico;

Considerando que o Art. 8º da Resolução CFM nº 997/80 determina que, no caso de afastamento do médico Diretor Técnico, o cargo deverá ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico;

Considerando que o Art. 11 da mesma Resolução CFM nº 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

Considerando que ao Diretor Técnico compete assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando, ao mesmo tempo, pelo fiel cumprimento dos princípios éticos;

Considerando que ao Diretor Clínico compete a supervisão da prática médica realizada na instituição;

Considerando, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 08 de março de 1991.

RESOLVE:

Art. 1º – Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Dire-

tor Clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.

Art. 2º – São atribuições do Diretor Técnico:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.
- c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

Art. 3º – São atribuições do Diretor Clínico:

- a) Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da instituição.
- b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.
- c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

Art. 4º – O Diretor Clínico será eleito pelo Corpo Clínico, sendo-lhe assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Art. 5º – Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em uma única instituição pública ou privada, prestadora de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Parágrafo Único – Face às peculiaridades das instituições, é permitido ao médico o exercício simultâneo das funções de Diretor Técnico e Diretor Clínico.

Art. 6º – Em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico ou do Diretor Clínico, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.

§ Único – A substituição do Diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o Diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º – Fica estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias para a observância da presente Resolução pelas instituições e pelos profissionais médicos.

Art. 8º – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 08 de março de 1991.

Cons. Ivan de Araújo Moura Fé
Presidente

Cons. Hércules Sidnei Pires Liberal
Secretário Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/4/91

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
V. 7, nº 28 – Out./Dez., 1990

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA

ESTERILIZACIÓN DE MUJERES MENTALMENTE INCAPACITADAS

Comité de Bioética

El Committee on Bioethics apoya en principio y en su esencia la reciente declaración del American College of Obstetricians and Gynecologists sobre la esterilización de las mujeres mentalmente incapacitadas. En nuestra calidad de pediatras, apoyamos y reiteramos los puntos siguientes:

1. No existen indicaciones, salvo raras excepciones, para proceder a la esterilización de una niña antes de la menarquia. Un ejemplo podría ser el caso de una niña en la que la esterilización fuese consecuencia inevitable, no el motivo, de una intervención quirúrgica a causa de una enfermedad maligna.

2. Las indicaciones principales o secundarias para la esterilización (principalmente para la esterilización quirúrgica) basadas en una presunción o anticipación de dificultades para otras personas deben ser contempladas con gran reserva y a la luz las alternativas asistenciales aceptables para el individuo mentalmente incapacitado. El concepto de "dificultad" es extremadamente subjetivo, y no debe ser tomado simplemente como sujeto de inconveniencia o preferencia para las más fácil de dos alternativas.

3. Si después de las deliberaciones informadas pertinentes y los intentos de obtener el consentimiento se opta por la esterilización o el control farmacológico de la menstruación de la paciente, el pediatra deberá recomendar siempre la metodología de carácter menos permanente e intrusivo que conlleve el menor riesgo para la paciente. Las investigaciones y estudios clínicos presentes y futuros podrían conseguir nuevos tipos de contracepción química o amenorrea farmacológica preferibles a la esterilización quirúrgica.

4. Es preciso hacer todo lo posible para explicar a la paciente el procedimiento y finalidad de la intervención planificada, incluso en los casos en los que sea incapaz de dar su consentimiento informado; la capacidad de la paciente para comprender y participar en el proceso de la toma de decisiones debe ser valorizada únicamente por las personas familiarizadas con la misma y que tengan experiencia en la comunicación con personas con una capacidad intelectual disminuida. La capacidad de un individuo para su participación en el proceso de decisiones concernientes a la esterilización está determinada tanto por su grado de afección intelectual global como por su perfil individual de capacidades específicas. Algunas personas cuya función intelectual está gravemente afectada en algunas áreas pueden ser capaces de participar en las decisiones que afectan a su reproducción.

Committee on Bioethics, 1989-1990

Norman C. Fost, MD, MPH, Presidente
Ellen Wright Clayton, JD, MD
Michael A. Grodin, MD
Arthur F. Kohman, MD
Virginia M. Wagner, MD

Consultor

Rebecca Dresser, JD

Coordinadores

Frederick R. Abrams, MD, American
College of Obstetricians and Gynecologists
John Watts, MD, Canadian Paediatric
Society

Coordinador AAP Section

Anthony Shaw, MD, Section on Surgery
Robert W. Parson, MD, Section on
Plastic Surgery

BIBLIOGRAFIA

Committee on Ethics. Sterilization of women who are mentally handicapped. ACOG Committee opinion 1988; 63 (septiembre).



ACÓRDÃO

Processo Ético-Profissional nº 002/89

DENUNCIANTE – CRM/PR
DENUNCIADO – DR. ESPERIDIÃO JORGE FILHO
RELATOR – CONS. JAIME RICARDO PACIORNIK
REVISOR – CONS. JOSÉ LEON ZINDELUX
ACÓRDÃO – 002/91

MÉDICO LEGISTA – NECRÓPSIA – RECEBIMENTO DE DINHEIRO PELA REALIZAÇÃO DE EXAME – PAGAMENTO ESPONTÂNEO OU SOLICITADO – ATITUDE ANTI-ÉTICA – CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 9º DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

EMENTA – Restando comprovado que o denunciado, no exercício de seu mister de médico legista, recebeu dinheiro como recompensa pela realização do exame no cadáver do menor, independente que a tenha solicitado ou não, posto que, de um modo ou de outro, con-substancia-se a infração ao Artigo 9º do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 002, em que figura como denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o Dr. ESPERIDIÃO JORGE FILHO,

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 9º do Código de Ética Médica e, por maioria, em aplicar-lhe a pena prevista na letra "c", do artigo 22, da Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, ou seja, "CENSURA PÚBLICA EM PUBLICAÇÃO OFICIAL", conforme Ata nº 536, de 04 de março de 1991.

Curitiba, 15 de março de 1991.

Cons. JAIME RICARDO PACIORNIK
Relator

Cons. FARID SABBAG
Presidente

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
V. 7, nº 28 – Out./Dez., 1990

CONCEITO CONTEMPORÂNEO DE MORTE

Marcos de Almeida *

Existe uma clara inclinação para a preocupação com questões morais, sempre que se está hesitante quanto ao caminho a tomar. De certa maneira a filosofia é o estudo das dúvidas e a dúvida é o ponto pelo qual todas as pessoas sensíveis passam invariavelmente, no longo trajeto que fazem da aspiração à realização.

Na juventude, quando somente aspiramos, não precisamos de dúvidas: delineamos fantasias na mais perfeita harmonia. Só quando vamos atingindo os fins, quando começamos a entender que realizações e metas finais não são necessariamente a mesma coisa é que carecemos redefinir nossos propósitos. E guiados precisamente por nossas dúvidas!

O que estamos dizendo, na realidade, é que o alcance de metas finais traz o sucesso, o sucesso leva ao poder, o poder traz responsabilidade e a responsabilidade para qualquer ser humano decente conduz, inevitavelmente, à ansiedade. A inquietação crescente com os problemas éticos da medicina atual é, portanto, seguramente um sintoma do sucesso da Medicina. Nosso propósito é caracterizar de que forma o sucesso da medicina adicionou urgência aos velhos problemas, os ressaltou ou mesmo criou novos problemas. É o drama do novo ajudando a iluminar antigos problemas vitais que haviam sido relegados a planos inferiores da consideração médica.

Em quase todas as áreas da medicina moderna é precisamente o nosso sucesso que nos confunde. Até há algum tempo atrás não havia necessidade médica do profissional conceituar a morte. Isso pelo fato de que a morte era geralmente compatível com a cessação de determinadas funções. Nós somos construídos de tal modo que quando perdemos aquelas atividades que nos mantém funcionando como um organismo, ainda que pelas definições mais elementares, geralmente somos considerados como estando mortos. Porém com o advento de novas técnicas em Medicina e terapia intensiva essa compatibilidade foi destruída. Desse modo, agora é perfeitamente possível manter a vida, ou manter a matéria viva, ou ainda manter um organismo como tal, além do ponto previamente imaginado, por longos períodos de tempo, de modo quase indefinido. Quando isto acontece, somos forçados a considerar a distinção entre matéria viva, vida humana, organismos humanos e pessoas. Portanto, o que assistimos agora é a classe médica face à tarefa de ter que definir o que seja personalidade e, mais ainda, não exatamente no sentido psicológico do termo.

O problema

A definição legal e médica de morte mudou recentemente da cessação da função cardio-respiratória para a chamada morte cerebral. Pacientes que tiveram perda irreversível da função cerebral, mas que continuam a respirar, teriam de

* Prof. Titular de Medicina Legal e Ética Médica, da Escola Paulista de Medicina. Trabalho apresentado no I Curso de Atualização em Medicina Legal e Ética, Setembro de 1990, Curitiba - PR.

ser considerados vivos sob a prévia definição legal e médica. Agora eles são declarados mortos. Embora as alterações estejam sancionadas por autoridades médicas e jurídicas, prosseguem em clima de certa confusão, sintoma do que foi recentemente estabelecido por um juiz nos Estados Unidos: "esta senhora está morta, estava morta e está sendo mantida viva artificialmente". Em parte esta confusão é meramente o resultado da incompreensão de juizes e do público em geral, acerca do que aquelas autoridades, que propõem a redefinição, têm em mente.

Mas isto também reflete o desarranjo conceitual da literatura sobre morte cerebral. Embora grande número de médicos, juristas e filósofos sustentem que morte cerebral é morte, existe pouco acordo acerca da justificativa para a redefinição ou sobre a natureza da tarefa da própria redefinição.

Os principais argumentos para classificar os pacientes em morte cerebral como mortos, podem ser definidos em dois grupos: os do primeiro grupo, que poderemos chamar de argumentos biológicos, sustentam que a redefinição é necessária face a novos desenvolvimentos na ciência biomédica. O segundo grupo de argumentos propõe a redefinição como uma solução para um problema moral: aquele de manter indefinida e desnecessariamente o comatoso irreversível e, portanto, justificado em terreno moral. Os dois argumentos têm certa persuasão inicial, mas isso fica perdido quando cada um deles é examinado com mais cuidado.

Mostraremos que nenhum desses tipos de argumentos é capaz de justificar a tese de que os indivíduos em morte cerebral são mortos. Ao fazer isto, mimamos as fontes teóricas principais de suporte para a nova definição de morte. Paradoxalmente nossa intenção última é sustentar a definição de morte cerebral. Para justificá-la fornecemos o que consideramos o primeiro arrazoado satisfatório para considerar morte cerebral como morte. Nosso argumento é ontológico mais do que moral, tendo a ver com as condições de existência das pessoas. Delineamos o que acreditamos ser a melhor teoria de identidade e traçamos um corolário sobre a morte cerebral, que defende o ponto de vista de que a pessoa cessa de existir naquele momento.

Nossa conclusão portanto é que os pacientes em morte cerebral estão de fato mortos, embora não pelas razões que têm sido aventadas até então.

Quando à questão de se o indivíduo em morte cerebral deve ser considerado morto do ponto de vista legal, é uma outra discussão. Pensamos que eles devem, mas indicamos uma linha de raciocínio para a redefinição legal que é inteiramente independente da posição filosófica tradicional.

Os argumentos biológicos

Morte cerebral – a cessação irreversível da função cerebral – envolve duas alterações catastróficas de funcionamento. Uma é o coma "de Passé", a perda permanente da consciência. A outra é a perda da habilidade do cérebro de regular certos processos corporais autônomos (tais como a respiração) que contribuem para a manutenção da homeostase interna. Estas perdas envolvem a parada de funcionamento de diferentes partes do cérebro (aqui chamados por conveniência de superior e inferior) e cada uma delas pode ocorrer sem a outra. O influente Relatório Harward usou o título "Uma definição de coma irreversível", mas consistia, na realidade, de uma série de instruções para diagnosticar a parada de funcionamento tanto do cérebro superior como do inferior e deixava in-

certo que tipo de evento significava a morte do paciente. A literatura médica posterior não é unânime quanto a este ponto, mas o critério prevalente parece ser que morte cerebral deva ser compreendida como a cessação de funcionamento de todo o cérebro.

Este ponto é bastante mal compreendido. No famoso caso de Karen Quinlan, por exemplo, nenhuma das partes litigantes, quanto ao término dos cuidados, avançou a alegação de que ela estivesse morta ou cerebralmente morta, ainda que fosse considerada como estando em um "estado vegetativo persistente", isto é, carente de capacidades mentais. É lamentável que este caso tenha sido divulgado como um caso-teste para a nova definição. Karen Quinlan estava viva de acordo com o conceito médico dominante de morte cerebral, desde que seu tronco cerebral continuava a regular sua respiração e outros processos vitais. A morte está marcada, segundo esta opinião, pela morte do cérebro inteiro. A perda irreversível da consciência não teria nada a ver com o fato, se o tronco cerebral continuasse a fazer o seu trabalho.

Por que a maioria das autoridades médicas consideram que a perda desta capacidade, tal como ocorre na morte de todo o encéfalo, deva ser entendida como morte? Como discutiremos adiante, a maior parte do suporte para a redefinição deriva de considerações morais. Não obstante, dois argumentos surgiram que tentam manter a redefinição sobre terreno médico. O primeiro alega que a despeito das aparências isto não é mais do que a simples aplicação da definição tradicional de morte, aquela que foi até pouco tempo universalmente aceita. O segundo vê a morte como um todo, como uma quebra da tradição, mas uma quebra justificada por razões científicas. Nós as apresentamos e contra-argumentamos a seguir.

Morte cerebral como padrão tradicional

Será que a morte cerebral tem sido nossa tradicional definição de morte? De acordo com os dicionaristas a morte é "a cessação da existência, definida como a parada total da circulação do sangue e uma cessação das funções vitais daí decorrentes, tais como respiração, diurese, etc".

Desde que um paciente em morte cerebral com assistência respiratória, pode exibir todos esses sinais vitais, pareceria que uma declaração de morte em tal paciente seria um claro desvio do velho padrão. Ainda assim alguns daqueles que se batem pela redefinição de morte negam isto. O argumento deles primeiro faz uma distinção entre estado de morte e sinais ou indicadores clínicos pelos quais a presença deste estado é detectado. Assim, a mudança de um conjunto de indicadores cardiovasculares para um conjunto de indicadores cerebrais não significaria necessariamente que se está testando estados diferentes antes de declarar a morte cerebral. De fato de acordo com o argumento o teste tradicional coração-pulmão sempre foi um teste para a morte cerebral todo esse tempo.

A alegação de que o teste tradicional coração-pulmão sempre foi usado para detectar a morte cerebral é reforçada pelo seguinte subargumento. A presença de batimento cardíaco e respiração em um indivíduo sadio, é sinal não apenas de função cardíaca e pulmonar, mas também de uma certa capacidade subjacente, em particular para batimento cardíaco e respiração espontâneos. Chamemos esta capacidade de Capacidade X. O estado de morte é aceito, sob este prisma, como a perda desta capacidade. A presença de batimento cardíaco e respiração é um bom indicador da presença de X em circunstâncias usuais. Quando entretanto, o batimento cardíaco e a respiração estiverem ocorrendo como resultado

da manutenção, pela máquina, das funções vitais, o teste dá um falso resultado positivo. O advento dessas ajudas artificiais tornou obrigatório o desenvolvimento de um teste mais apurado. E (o argumento continua) isto é o que os testes diretos da função cerebral são. A Capacidade X está situada no tronco cerebral; o uso do EEG e indicadores similares nos dá uma leitura direta da presença de X, independente do contexto clínico. Daí a morte cerebral representaria somente uma sofisticação tecnológica dos indicadores tradicionais de morte e na verdade nenhuma mudança na definição de morte.

Os problemas com este tipo de argumento são de duas naturezas. Primeiro, a Capacidade X ou seja, a capacidade para batimento cardíaco e respiração espontâneas, não está localizada no tronco cerebral. Se estivesse, um tronco cerebral funcionante garantiria a presença de X. Mas ele não o faz. Se "espontâneo" não significa não assistido pela máquina, X é uma capacidade do corpo como um todo. Daí morte cerebral não é a mesma coisa que perda de Capacidade X. Em segundo lugar, perda da Capacidade X não era a condição avaliada pelos testes tradicionais de morte. Pessoas que necessitam de marca-passo por causa de lesão cardíaca, ou ventiladores devido a lesão medular, também não têm esta capacidade, mas seguramente não podem ser considerados mortos, qualquer que seja o critério usado. Dependência da máquina em geral não tem nada a ver com o estado de alguém como vivo ou morto. A capacidade X envolve nada mais do que independência geral da máquina: a habilidade para respirar e para circular o sangue sem suporte artificial. Desde que a ausência de X nunca foi estado de morte, dificilmente importa que morte cerebral seja indicador infalível das duas coisas. Por isso não é razão bastante para a adoção de uma definição de morte cerebral, que os novos indicadores clínicos de morte cerebral sejam simplesmente sofisticações dos indicadores tradicionais cardiovasculares para os estados de morte.

Morte cerebral como novo padrão

O que está alojado no tronco cerebral não é a capacidade X, mas a capacidade neural para respiração e batimento cardíaco espontâneo. O segundo argumento busca dar justificativa para atribuir importância especial a esta fonte de independência de máquina. Dois motivos de fato têm sido independentemente alegados. O primeiro é que a morte cerebral é, como realidade médica, logo seguida pela morte do organismo como um todo; o segundo vê a morte cerebral como a morte do próprio sistema. Nenhum dos dois motivos é suficiente.

O primeiro é facilmente descartável. Como Becker observou "embora a perda de uma função vital (digamos a perda da capacidade de eliminar resíduos) possa inevitavelmente levar à morte não constitui a morte por si só". A morte cerebral leva à morte corporal mas ela não é a morte corporal. O intervalo durante o qual o paciente em morte cerebral pode ser mantido por respiradores artificiais é atualmente algo limitado mas, seguramente, pode ser argumentado indefinidamente. É difícil entender por que a brevidade do intervalo deva ter qualquer significado na definição de morte. Existe um número razoável de condições médicas que, dado o atual poder da Medicina, também levam inevitavelmente a morte do sistema como um todo, da mesma forma que a insuficiência renal o fazia alguns anos atrás. Nem por isso havia (nem há) tendência de considerar o início destas condições como a ocasião da morte, e, na falta de outros argumentos, este julgamento estende-se naturalmente ao cérebro.

O outro motivo para atribuir importância especial à morte do tronco cerebral, seu alegado papel central no funcionamento do sistema corporal, propõe-se

a oferecer um modo de distinguir a morte cerebral de outras condições que possam eventualmente ser fatais. O contido aqui é que o cérebro é mais do que meramente um órgão vital entre os outros; de algum modo ele é o sistema corporal. Alega-se que o tronco cerebral, e não o coração, é reconhecido como uma área especial que regula todos os processos vitais, daí se seguindo que após a morte do tronco cerebral o coração e os outros órgãos jamais funcionarão naturalmente outra vez. O reconhecimento de que o tronco cerebral, e não o coração, é a agência vital central sugeriria uma mudança de paradigma dentro da profissão médica.

Este argumento merece atenção cuidadosa pelo menos porque a quase universal aceitação da morte do tronco cerebral como uma definição de morte parece invocar a autoridade de uma opinião pericial. O que é um equívoco.

O argumento envolve, entre todos, dois passos os quais consideramos questionáveis. Primeiro que uma mudança de paradigma tenha ocorrido entre os cientistas. Segundo que isto nos dê razão para identificar morte como morte cerebral.

É claro que o papel central do cérebro no sistema corporal é intuitivamente claro. Certamente, o trabalho do cérebro é diferente daquele de qualquer órgão vital. Ele é o organizador, o integrador; os outros órgãos formam a força de trabalho regulada pelo seu comando. É, como vários autores salientaram, a vida corporal é, seguramente, um problema de funcionamento sistêmico: a integração continuada de uma hierarquia de sub-sistemas biológicos e químicos. O que precisamos é de um critério para determinar a morte do sistema; e que melhor candidato do que a perda do centro de comando que mantém a integração sistêmica?

Todavia, uma mais cuidadosa avaliação do papel do tronco cerebral, não sustenta a conclusão de que a morte do tronco constitui a cessação do funcionamento sistêmico. O fato de que o tronco cerebral é o elemento no sistema que mantém os outros elementos agindo como um sistema, não torna o seu funcionamento continuado, essencial. Ele ainda é um entre muitos órgãos e, como tal pode conceivelmente ser substituído por uma ajuda artificial que realize sua função. Os respiradores e outros suportes vitais, que mantém o corpo funcionando após a morte do tronco cerebral, constituem uma espécie de tronco cerebral artificial e o desenvolvimento de um substituto mais perfeito é meramente um problema tecnológico. Quando o trabalho do tronco cerebral é realizado por estes substitutos, o sistema vital do corpo continua a funcionar como um sistema. O caráter não essencial da morte do tronco cerebral pode ser evidenciado por algumas analogias: o sistema de refrigeração de uma casa pode continuar a funcionar a despeito da quebra de seu termostato, desde que o ar-condicionado seja ligado e desligado manualmente (ou por algum dispositivo periódico); um avião continua a voar mesmo após a falha do piloto-automático, se os pilotos humanos forem capazes de assumir o comando. A fonte de controle não é importante. O que interessa é se o trabalho é realizado. Os respiradores artificiais atualmente em uso desempenham sua tarefa de modo algo imperfeito, mas não tão imperfeito a ponto de que o sistema artificialmente mantido não possa ser considerado um sistema.

A razão ontológica

A declaração de que um paciente está internado, digamos José da Silva, ainda está vivo, é de fato fazer duas afirmativas: uma é que o paciente está vivo, a outra é que o paciente é (permanece) José da Silva. É natural considerar que o paciente entrou no Hospital como Silva, deva ainda ser Silva (quem mais poderia ser?). Mas pode-se demonstrar que isso é um equívoco. Se nós caracterizamos

que o paciente ainda que vivo, não é mais Silva e que ninguém mais é Silva, teremos evidenciado que Silva não existe mais. E isto estabelece naturalmente que Silva está morto. A morte de Silva, assim, ocorreu quer por ocasião da morte do paciente, se o paciente permaneceu Silva, até o fim, quer no instante em que o paciente deixou de ser Silva, dependendo do que aconteceu primeiro. Se, como nós entendemos, o paciente deixou de ser Silva por ocasião da morte cerebral, então a morte do cérebro de Silva é a morte de Silva. Dessa maneira, se a perda da capacidade para atividade mental que ocorreu por ocasião da morte cerebral é igual a morte, não é por motivos morais ou biológicos, mas face a razões ontológicas.

Nós precisamos, portanto, demonstrar que o paciente cessa de ser Silva, quando a morte cerebral despe o corpo de seus traços psicológicos. Isso pode ser evidenciado pelo fato de que, por quaisquer critérios de identidade pessoal, não pode haver sobrevivência da identidade com os tipos de alterações que a morte cerebral envolve. Shopenhauer resume nosso ponto de vista ao declarar: "Mas na realidade só sentimos esta destruição nos males da doença ou da idade avançada. Por outro lado para o próprio indivíduo, a morte consiste meramente no momento em que a consciência desaparece desde a ocasião em que cessa a atividade do cérebro. O prolongamento dessa parada a todas as outras partes do organismo já é, na realidade, um evento após a morte. Portanto subjetivamente a morte diz respeito apenas à consciência".

"Se alguém me sugerisse que meu corpo poderia sobreviver à morte da minha cortex cerebral por vários meses, ou mesmo anos, desde que fosse alimentado adequadamente, isso não significaria para mim mais do que a preservação do meu apêndice em um frasco de formol". Pucceti retrata assim em que sentido a vida tem valor para os seres humanos, ou melhor, para as pessoas, conforme o critério que adotamos.

Conclusões

O problema fundamental entre os defensores da idéia de que a morte só deva ser considerada quando há lesão irreversível de todo o encéfalo e os que sustentam a suficiência da morte apenas do cérebro é, de fato, que é tecnicamente mais difícil e seguro afirmar que alguém está encefalicamente morto, do que só cerebralmente morto, embora essa última hipótese também possa algumas vezes ser assegurada. Contudo, apelos éticos baseados em critérios de maior facilidade técnica não têm valor real, pois o que está em questão é uma proposta de reforma conceitual. O único caminho de escolha é decidir se nós atribuímos ou não algum valor à preservação de alguém irreversivelmente comatoso. Nós valorizamos a vida somente como veículo para manifestações espirituais da consciência?

Na medida em que o morrer só pode ser considerado do ponto de vista da pessoa morta, é lógico, e sobretudo natural, considerar a vida como sendo de valor apenas enquanto uma condição necessária para a consciência. Pois a existência permanente comatosa é indistinguível da morte.

Se a vida merece ser preservada somente porque é o veículo para a consciência, e a consciência apenas tem valor porque é necessária para algo mais, então este algo mais é a única razão verdadeiramente ética da vida, quaisquer que sejam os nomes que possamos lhe dar.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 37/87

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

ORIGEM - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

APELANTES - Drs. E.S.Z. e A.B.

APELADO - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ "ex-officio"

EMENTA

- 1 - Não é compatível com o exercício da medicina a utilização de agenciadores para angariar serviços profissionais.
- 2 - A atividade médica, por respeito aos próprios colegas, pressupõe honorários dignos, que não justificam a cobrança de preços vis, que desmerecem toda a classe médica.
- 3 - Recursos conhecidos, mas desprovido quanto ao do Dr. A.B., e parcialmente provido quanto ao do Dr. E.S.Z., à unanimidade

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, os membros da 1ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, reunidos em sessão realizada em 07 de dezembro de 1989, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 37/87, em que figuram como Apelantes os Drs. E.S.Z e A.B, conforme disposto nas Resoluções CFM nºs 1210/85 e 1333/89, **ACORDARAM**, por unanimidade de votos, **negar provimento** ao recurso interposto pelo Apelante A.B., **mantendo a decisão** do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, que lhe aplicou a pena de "**Censura Confidencial em Aviso Reservado**", prevista na letra "b", do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração aos artigos 66 e 73 do Código Brasileiro de Deontologia Médica e **dar provimento parcial** ao recurso interposto pelo Dr. E.S.Z., para excluir do preceito contido no artigo 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, considerando-o infrator ao artigo 73 do mesmo Código, aplicando-se-lhe a pena de "**Advertência Confidencial em Aviso Reservado**", prevista na letra "a", do artigo 22 da Lei 3.268/57.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto do Conselheiro Relator Nei Moreira da Silva que passa a integrar o presente.

Brasília, 07 de dezembro de 1989.

Cons. Ivan Moura Fé
Presidente

Cons. Nei Moreira da Silva
Relator

Arq. Cons. Region. Med. do Pr.
V. 7, nº 28 - Out./Dez., 1990

TOTALIDADE DE MÉDICOS INSCRITOS NO BRASIL

MAIO/1991

CRM	Total	Em atividade nos Estados		Endereço desatualizado	
AC	205	175 -	85.37%	16 -	8.57%
AL	2659	2410 -	90.64%	79 -	3.28%
AM	1693	1361 -	80.39%	258 -	18.96%
AP	202	202 -	100.00%	60 -	29.70%
BA	10473	8504 -	81.20%	171 -	2.01 %
CE	5275	4287 -	81.27%	131 -	3.06%
DF	7120	4498 -	63.17%	257 -	5.71%
ES	4318	3417 -	79.13%	230 -	6.73%
GO	4550	4226 -	92.88%	784 -	18.55%
MA	2399	1781 -	74.24%	203 -	11.40%
MT	1719	1539 -	89.53%	494 -	32.10%
MS	1806	1721 -	95.29%	167 -	9.70%
MG	19990	17476 -	87.42%	1959 -	11.21%
PA	4525	3367 -	74.41%	514 -	15.27%
PB	3258	3060 -	93.92%	187 -	6.11%
PE	9846	7603 -	77.22%	638 -	8.39%
PR	12603	9120 -	72.37%	200 -	2.19%
PI	1567	1380 -	88.07%	132 -	9.57%
RJ	56966	46849 -	82.24%	4356 -	9.30%
RN	2834	2163 -	76.32%	170 -	7.86 %
RS	16809	13623 -	81.05%	1713 -	12.57%
RO	1300	832 -	64.00%	458 -	55.05%
RR	273	147 -	53.85%	21 -	14.29%
SC	4033	3901 -	96.73%	327 -	8.38%
SE	1394	1285 -	92.18%	106 -	8.25%
SP	52491	49001 -	93.35%	2301 -	4.70%
TO	341	335 -	98.24%	24 -	7.16%
TOTAL	230648	194263 -	84.22%	15955 -	8.21%

Fonte: CFM



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 004/88

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

ORIGEM - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

APELANTE - Drs. K.A.S.

APELADO - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ "ex-officio"

EMENTA

- 1 - Inexistência de elementos incriminadores permite a **reformatio in melius**, com a absolvição do acusado no Juízo "a quo".
- 2 - Apelação conhecida e provida.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, os membros da 2ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, reunidos em sessão realizada em 10 de maio de 1990, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 04/88, em que figura como Apelante o Dr. K.A.S., conforme disposto nas Resoluções CFM nºs 1210/85 e 1333/89, **ACORDARAM**, por unanimidade de votos, **dar provimento** ao recurso interposto pelo Apelante, **reformando** a decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, que lhe aplicou a pena de "**Advertência Confidencial em Aviso Reservado**", prevista na letra "a", do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração aos artigos 38, 40 e 33 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, absolvendo-o.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto do Conselheiro Relator Antonio Henrique Pedrosa Neto que passa a integrar o presente.

Brasília, 10 de maio de 1990.

Cons. Crescêncio A. da Silveira Neto
Presidente

Cons. Antonio Henrique Pedrosa neto
Relator

DILEMAS ÉTICOS

Marco Segre *

A Ética é, basicamente, fundamentada na crença. Por que, para uns o aborto não magoa quando praticado no 1º ou 2º mês de gestação? Não é assim para outras pessoas, que vêm no minúsculo esboço de um embrião uma vida potencial, e que se sentem assassinos se atentarem contra essa vida. Quanto à eutanásia, uns, entendendo a vida como um dever, dispõem-se a preservá-la a todo custo, até contrariamente à determinação da pessoa (que quer morrer), ao passo que outros "sintonizam" com o desejo do paciente, que não aceita o prolongamento de suas funções vitais, e se dispõem a ajudá-lo, seja acordando em omitir cuidados ou até mesmo participando ativamente do processo de supressão da vida.

O homem não está entretanto isolado. Nem é plenamente autônomo. Condiçãoam-no influências de toda sorte, desde sua ancestralidade, suas vivências pessoais e toda formação que recebe. Sua postura ética recebe portanto, também influência do que ele recebeu de seus pais e do que ele recebeu e recebe continuamente do meio sócio-cultural que o cerca. A Ética está assim, intimamente ligada à cultura, e por isso os valores éticos são extremamente mutáveis no tempo e de acordo com a localidade geográfica. O individual e o social estão em equilíbrio dinâmico: tendem, as pessoas, a respeitarem os mesmos valores, numa mesma cultura, mas interagem individualmente com o grupo; se assim não fosse, as culturas seriam absolutamente imutáveis, mesmo que determinadas comunidades pudessem viver isoladas de outras.

Mas, esse último aspecto também raramente ocorre; mormente na época atual, com o extraordinário desenvolvimento da "mídia", também as diferentes culturas interagem, tendendo os valores éticos, no mínimo, a se assemelharem.

Compreendidos e assumidos esses aspectos, fica a turbulência e a controvérsia do problema ético. As regras éticas-códigos-deontológicos – são resultado de algum consenso com relação aos dilemas éticos mais comuns, para determinados grupos de pessoas. Alguns membros de uma comunidade geralmente propõem regras, ao grupo, normas essas, originadas de sua crença e de seu conhecimento. Essas regras, se aceitas, passam a reger a postura da comunidade, já sem muitas discussões e questionamentos. Também as religiões, passadas de geração a geração, com seus valores "intocáveis", nada mais trazem em seu bojo do que códigos de regras, supostamente destinadas à preservação da comunidade, mas que, quando não questionadas e modificadas, se desviam totalmente de seu objetivo, tornando-se os instrumentos de estagnação ou de retrocesso.

Vemos, assim, de um lado, uma ética viva, evolutiva, individual e social, livre, e, do outro, uma deontologia (deontos - do grego: deveres) podendo estagnar-se, outorgada ou imposta, onde não tem lugar o dilema e a discussão.

* Prof. titular de Medicina Legal e Ética Médica de FMUSP. Trabalho apresentado no I Curso de Atualização em Medicina Legal e Ética. Setembro de 1990, Curitiba - PR.

A decisão ética pode assim ser livre, viva, mutável se ela resultar no "insight" de um indivíduo inserido num determinado contexto. A postura ética individual precede toda normatização, caso contrário ela é amarrada, resistente à evolução do pensamento humano.

Tomem-se como exemplo as experiências que se fazem atualmente em engenharia genética. Introduzem-se, visando à cura de determinadas doenças, gens de outras espécies de animais em seres humanos, ou, em zootécnica, genes humanos em espécies bovinas (obtenção de animais melhor aproveitáveis). Surge, inevitavelmente, o questionamento ético: não existirá o risco de se produzirem "homens inferiores", ou "bovinos humanizados", com utilizações perniciosas, segundo o entendimento (crença) da maioria de nós? Parece-me que a obstaculização dessas técnicas seja inquisitorial, retrógrada, uma vez que sempre teremos a cada momento, condição de opinar (segundo nossa formação) sobre o caráter ético de cada novo experimento. A afronta ética estará, a meu ver, na utilização das novas técnicas em si. Ficou bastante clara, a esta altura, minha posição a favor de uma ética livremente emergente de posturas pessoais influenciando e recebendo influências do ambiente sócio-cultural em que elas se situam.

Considero portanto uma mudança histórica a que ocorreu, há dois anos, no Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP. Com a participação dos colegas do Departamento, deixamos de ensinar Deontologia Médica. Mesmo o nome da disciplina foi trocado, com o aval pleno da Reitoria da Universidade e de seus colegiados, passando de Deontologia Médica para Ética Médica. Emergimos assim da ideologia de ensino da maioria das Faculdades de Medicina brasileiras, que ora enveredam para uma deontologia de embasamento religioso, ora seguem um norte jurídico a ponto de a matéria receber a denominação de direito médico. Não fugimos, com relação a essa segunda tendência, à preleção da regra escrita, mas ela só ocorre após a "assunção", por parte do estudante, do caráter pessoal, livre, do posicionamento ético, que pode até mesmo contrastar agudamente com a regra, embora a conduta objetiva deva obedecê-la.

Não é estranho, por exemplo, que se condene totalmente a eutanásia, e, por extensão, o suicídio, se ficar claro o reconhecimento da vida como uma obrigação, não podendo o homem usar sua auto-determinação para dela abrir mão. É perfeitamente válida, também, a indicação, por uns, da pena de morte (este exemplo não é de ética médica), se for assumido o enorme componente de "vingança" de quem a defende, com relação àquele que o violentou (e a seus valores fundamentais) ou, então, se for argüido o caráter anti-econômico de o estado custear a manutenção de vidas úteis à sociedade, por muitas e muitas décadas.

A bioética dos Países Ocidentais, com destaque maior a Ética Médica, dos E.U.A., toma progressivamente o rumo da "autonomia". Autonomia, de acordo com sua etimologia grega, significa capacidade de governar a si mesmo. Conforme a define Pellegrino*, autonomia é a capacidade de auto-governo, uma qualidade inerente aos seres racionais que lhes permite escolher e atuar de forma pensada, partindo de uma apreciação pessoal das futuras possibilidades avaliadas em função de seus próprios sistemas de valores. "Sob este ponto de vista, a autonomia é uma capacidade que emana da capacidade dos seres humanos para pensar, sentir e emitir juízos sobre o que consideram bom".

"A existência universal dessa capacidade não assegura que ela possa ser sempre usada", continua Pellegrino em seu "La relacion entre la autonomia y la

integridad en la Etica Medica". O autor afirma existirem restrições externas e internas que podem impedir as decisões e ações autônomas. Entre as primeiras, inclui disfunções cerebrais causadas por transtornos metabólicos, drogas, traumatismos ou falta de lucidez mental originada na infância, retardo mental ou psicoses, neuroses obsessivo-compulsivas, etc. Nessas condições, estaria afetado o substrato mental para se poder usar a capacidade de autonomia. Acrescenta o Autor, que ainda que não existam esses impedimentos internos para o exercício da autonomia, seu uso pode ser obstaculizado por fatos externos como a coerção, o engano físico e emocional, ou a privação de informações indispensáveis. Temos assim a idéia de "ato autônomo" que satisfaz os critérios de consentimento informado. É uma decisão, e um ato, sem restrições internas e externas, com tanta informação quando o caso exige, e de acordo com a avaliação feita por uma pessoa no momento de tomar a decisão. A existência da capacidade de auto-governo está tão profundamente arraigada no que significa um ser humano, que constitui um direito moral que gera em outras pessoas o dever de respeito. Esse direito se expressa como o **princípio de autonomia**, isto é uma dinâmica nas relações entre as pessoas que permite a cada uma o exercício do auto-governo tanto quanto o permitam as circunstâncias. O princípio da autonomia fundamenta-se na filosofia moral.

Na obra "Second Treatise on Government", Locke afirma que o homem é livre e igual por natureza, e portanto ninguém é soberano sobre o outro, a não ser através de um contrato social subscrito livremente. Os argumentos de Locke deram origem à noção dos "direitos negativos", que são aqueles que uma pessoa tem, que os outros não intervenham em seus assuntos". Esses direitos negativos chegaram a ser, para muitas pessoas, a base da democracia liberal. Na obra "Groundwork for Metaphysics of Morals", de Kant, afirma-se que a liberdade é essencial para toda a moral, que é idêntica à autonomia e "que é a base da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional". John S. Mill afirma que a única restrição à liberdade é o dano a outras pessoas, e não o dano a si mesmo. Essa última noção, unida a idéia dos direitos negativos de Locke, constitui o principal vínculo entre a noção filosófica de autonomia e a noção legal de intimidade. Esse aspecto tem grande influência nos tribunais dos EUA, e é usado para resolver conflitos sobre quem deve tomar a decisão final de aceitar ou de recusar uma conduta médica. É também, o conceito dominante do informe da Comissão Presidencial sobre a negação e a cessação de tratamento para conservar a vida.

O princípio da autonomia permeia atualmente os Códigos de Ética Médica das sociedades ocidentais, e como tal o Código de Ética Médica brasileiro, promulgado em janeiro de 1988. Dá-se extraordinária ênfase aos direitos de auto-governar-se. Conflita aparentemente, entretanto, o princípio de autonomia, como de "beneficência" atribuído às instituições, e, por extensão aos médicos. O médico tem tradicionalmente o dever de tutelar o seu paciente, concedendo-lhe todo desvelo no intuito de atenuar seu sofrimento. O Código hipocrático delega à medicina um sentido de sacerdócio, concedendo ao médico poderes que a aceitação pura da "autonomia" não lhe outorga. Os próprios Códigos de Ética Médica fazem concessões à "beneficência", por exemplo quando determinam que o médico deva sempre respeitar a vontade do paciente "salvo em situações de iminente perigo de vida". Alguns autores tentam a conciliação entre essas duas tendências, aparentemente opostas. Pellegrino cria o conceito de "integridade". Ao delinea-lo menciona que "se deve aprofundar que a autonomia depende da preservação da integridade das pessoas, e que tanto uma como outra decorrem da integridade do médico". O autor diz que a integridade tem dois sentidos, em

Ética Médica, referindo-se um deles à integridade do paciente e do médico, nenhuma delas podendo ser atingida, e o outro, a ser uma pessoa de integridade, caracterizando essa condição a uma virtude, um hábito moral adquirido pela prática constante da nossa relação com os outros. Define a integridade da pessoa à "correta ordenação das partes do todo; ao equilíbrio e à harmonia entre as diversas dimensões da existência humana necessárias para o bom funcionamento do organismo humano".

Esse julgamento, entretanto, quanto à integridade da pessoa, que nada mais é do que a extensão do conceito de saúde – bem estar físico, mental e social – vai sempre depender do médico, ou, em certas situações, de uma tal comissão de pessoas onde o médico tem um papel relevante, e o psicólogo, o assistente social e a comunidade tem participação. Af está o alicerce do conceito de "competência" que as côrtes de Justiça dos EUA querem atribuir ao paciente, antes de aceitar as decisões referentes à sua intimidade. Toda a Bioética de nossos dias confronta-se, na abordagem das mais recentes descobertas, favorecidas por uma tecnologia cada vez mais sofisticada, com essas linhas mestras ideológicas. Como questionar-se eticamente por exemplo, a inseminação artificial, o útero de aluguel, o aborto, os transplantes de órgãos, ou a eutanásia, sem se levarem em conta na realização desses procedimentos, essas diretrizes?

Claro está, de acordo com o que afirma Mills, que o direito ao livre arbítrio de uma pessoa cessa, onde inicia o dano de outra. É a própria noção de liberdade, que se desenvolveu no mundo ocidental a partir do século XVII, e que deu fundamento ao conceito de democracia participatória.

Claro está, também, que a afronta ao organismo social deve ser impedida, ainda que para isso se devam restringir os direitos e as liberdades individuais. É o que ocorre, por exemplo, quando se autoriza o médico a revelar à esposa de um aidético que ele tem a imunodeficiência, quando o paciente se recusa formalmente a fazê-lo.

Mas, essas situações resultam da obrigação do médico se associar, como todo cidadão, a medidas de defesa social, quando elas se tornem necessárias. Não é conduta médica, é sim de defesa social. Tome-se como outra exemplificação, a internação compulsória de um suposto doente mental considerado perigoso para as outras pessoas, quando se considere que isso não vá trazer benefícios ao paciente. Os limites da atuação do médico devem ser tão definidos quanto possível, e essa definição é um dos problemas mais pungentes da Bioética de nossos dias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M. – Considerações de ordem ética sobre o início e o fim da vida. São Paulo, 1988. (Tese livre-Docência Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
2. CULVER, CM. & GERT, B. – Philosophy in medicine: conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry. New York, Oxford University Press, 1982.
3. ENCYCLOPEDIA of Bioethics. New York, Free Press, London, Collier Macmillan, 1982. 2v.

4. KANT, I. – Groundwork for the metaphysics of morals. New York, Harper and Row, 1964.
5. LOCKE, J. – *Of civil government, The Second Treatise*, 1690.
6. PELLEGRINO, E.D. – La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol. Sanit. Panam.*, 108 (5-6): 379-389, 1990.
7. SASS, H.M. – La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. *Bol. Sanit. Panam.*, 108 (5-6): 391-398, 1990.
8. SEGRE, M. – Ética em saúde ocupacional. *Rev. Ass. Med. Bras.*, 35 (2): 75-78, 1989.
9. SEGRE, M. – Aspectos éticos das DST's e SIDA/AIDS.
10. STUART MILL, J. – *On liberty*, 1859.

MÉDICA CONDENADA POR OMISSÃO DE SOCORRO

SÃO PAULO - O juiz da 2ª Vara Criminal de Campinas, Antônio Jeová da Silva, condenou a médica Célia Maria Martins da Rocha a um ano de prisão por omissão de socorro. Como a médica é ré primária, a pena foi convertida e ela vai ter de prestar serviços gratuitos à comunidade por dois anos.

Há seis anos Gilson Luís Dona, de 42 anos, sofreu convulsão no centro de Campinas e foi socorrido por um motorista de táxi, que o levou ao hospital. Segundo os familiares de Gilson, a médica Célia Maria Martins da Rocha teria se recusado a prestar socorro sob a alegação de que o hospital não tinha convênio com o Inamps. O mesmo motorista de táxi levou Gilson para outro hospital, onde ele morreu. O médico legista constatou traumatismo craniano e asfixia mecânica como as causas da morte.

Durante seis anos o inquérito movido pela família de Gilson tramitou na Justiça de Campinas. Ontem o juiz Antonio Jeová da Silva Santos deu a sentença de um ano de prisão, transformada em prestação de serviço à comunidade durante dois anos.

Transcrito da Gazeta do Povo



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

"NOTA DE DESAGRAVO"

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, em Sessão de seu Conselho Pleno, realizada em 14 de outubro de 1991, aprovou, por unanimidade, desagravo público ao médico JOSÉ BONIFÁCIO CASALES, em razão de fotocópias de uma carta sem subscritor, que circulou por diversos locais da cidade de Ampére, visando denegrir a imagem do DR. JOSÉ BONIFÁCIO CASALES. O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, através deste desagravo, repudia tal fato, por ser de autoria desconhecida e por não conceder ao ora desagravado o inalienável direito de defesa.

Curitiba, 14 de outubro de 1991.

CONS. WADIR RÚPOLLO
Presidente

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
V. 7, nº 28 – Out./Dez., 1990

ANESTESIA COM ÓXIDO NITROSO EM ODONTOLOGIA

PARECER CFM

O Jornal SINDHOSP de maio-90 em sua seção ODONTOLOGIA, publica matéria com o título "A Utilização do Óxido Nitroso em Odontologia." São informes genéricos sobre a utilização do gás em consultórios odontológicos nos Estados Unidos e Europa. O fundamento do uso do Óxido Nitroso (N₂O) em Odontologia seria obter "o controle da dor e ansiedade dos pacientes" em uma técnica denominada "analgesia relativa" que consiste, segundo a matéria, na inalação por parte do paciente de uma mistura de 30% a 50% de N₂O e 70% a 50% de O₂, respectivamente, através de máquinas específicas com dispositivos de segurança e alarme que indicariam alterações nas proporções da mistura e que impediriam o paciente receber o N₂O a 100%, visto que este só é liberado se houver pressão do oxigênio no sistema, o que garante o seu aporte ao paciente.

Tal matéria levou o Doutor Raimundo Rebuglio, Presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo – SAESP – a solicitar ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP – parecer sobre a legalidade do "emprego do gás por profissionais não especializados e não diplomados em medicina, tanto como efeito anestésico ou como analgesia."

O CREMESP através do Ofício 088/90 – SCN, protocolado no CFM sob nº 001679, solicita cópias dos pareceres "sobre o assunto versado" matéria ainda não existente neste Conselho Federal.

DISCUSSÃO

São necessários alguns informes sobre o Óxido Nitroso (N₂O): é o único gás inorgânico utilizado em anestesia clínica. Goodman e Gilman citam que o N₂O em concentração de 85% conduz a anestesia cirúrgica, em condições hiperbáricas o que já foi demonstrado em 1879 por Paul Bert. Entretanto, individualmente existe uma variabilidade em relação aos efeitos da proporção da mistura N₂O/O₂, visto que indivíduos apresentam analgesia equivalente a morfina em concentração de 20%, outros perdem a consciência a 30% e a maioria torna-se inconsciente em concentração de 80%; além desse valor de concentração a hipóxia é iminente, utilizando o N₂O como agente anestésico único.

Em outubro de 1990, sob protocolo CFM 001895, o Dr. João Hildo de Carvalho Furtado, Presidente do Conselho Federal de Odontologia, enviou o Ofício CFO 1513, ao Presidente do Conselho Federal de Medicina onde expressa:

1º – a exigência por parte do Conselho de Odontologia do "cumprimento rigoroso do que foi estabelecido no anexo nº 01, da Ata da Reunião mista dos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia, datado de 16/10/1977."

2º – que os Conselhos de Odontologia continuam a considerar "inques-

tionável que, em face da legislação atual do curso de formação de cirurgião-dentista, não se acha o mesmo habilitado e consequentemente autorizado à prática da anestesia geral, devendo nas cirurgias que requeiram anestesia geral serem tais anestésias praticadas por médicos da especialidade, os quais ficam responsáveis por todos os atos delas correspondentes, inclusive em casos letais, pelo competente atestado de óbito, quando forem resultantes da anestesia aplicada.”

3º – as solicitações para a realização da anestesia geral em pacientes a serem submetidos a cirurgia por cirurgião-dentista somente poderão ser atendidos pelos médicos anestesistas quando forem realizadas em ambiente hospitalar, cujo diretor-técnico seja médico e que disponha de indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, sendo prática atentatória à ética a solicitação e/ou realização da anestesia geral em consultório de cirurgião dentista, de médico ou ambulatório.”

4º – “ao anestesista, antes da realização da anestesia geral solicitada, é indispensável conhecer todos os pormenores, as condições gerais do paciente a ser submetido ao tratamento, cabendo-lhe decidir da conveniência ou não da prática da anestesia do paciente, de modo soberano e intransferível.”

O CFM através da Resolução nº 1295/89 reconhece a anesthesiologia como especialidade médica, devendo por isto ser exercida por médico especificamente treinado para tal.

Não se trata apenas da administração de uma mistura de gases a pacientes, a nível de consultório, mesmo através de aparelhagem com dispositivos de segurança especialmente pela variabilidade de reações individuais.

O método quando utilizado com desconhecimento, torna-se procedimento de risco, factível de intercorrências que devem ser prontamente diagnosticadas e tratadas, atentando-se para o fato de que em certas situações emergenciais somente em ambiente hospitalar obter-se-á êxito.

Concluindo somos de parecer que seja observado rigorosamente o estabelecido na Ata da 4ª Reunião Mista dos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia e o que preceituam as Resoluções 852/78 e 1295/89 do CFM.

É o parecer.

Brasília, 11 de abril de 1990.

Cons. Jocy Furtado de Oliveira
Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/4/91

TRANSPLANTE, CONCEITO DE MORTE E ÉTICA

Marcos de Almeida *

Somente quando asseguramos um suprimento de órgãos para satisfazer todas as necessidades, é que não haverá problemas de alocação desses recursos: de quem eles devem vir e para quem devem ser transferidos. Por quais critérios estas decisões devem ser tomadas? A pergunta implica considerações morais, legais e médicas, as quais diferem nos casos de remoção após a morte e remoção durante a vida.

Os problemas morais e médicos relacionados com a retirada de órgãos de um cadáver aparentam estar no caminho da resolução. Embora a objeção à mutilação de um corpo tenha sido tradicional no judaísmo ortodoxo e outras religiões, à proporção que a potencialidade de salvar vidas através dos transplantes, vai se tornando mais evidente, a resistência religiosa tem enfraquecido. Os obstáculos legais têm sido mais disseminados. Sob os princípios da lei comum uma pessoa durante a vida não pode determinar, por testamento ou acordo, como seus órgãos devem ser tratados após a morte; e a autoridade do parente mais próximo é decisiva.

Embora precedentes legais de outros países possam estimular a elaboração de normas em que a autorização em vida tenha força de disposição testamentária, há uma natural relutância em adotar tal postura. E mais ainda se ficar estabelecido que a opinião da família não teria poder de veto. Ao mesmo tempo, se pela legislação atual o parente mais próximo tem autoridade para doar órgãos, isso não fica muito claro e, desde que o parente mais próximo pode ser conhecido ou não estar disponível ou até ser hostil, o procedimento para aprovação séria, quando muito, insatisfatório, especialmente em situações onde a presteza na remoção fôsse essencial para a viabilidade do órgão.

Com relação à doação de órgãos a partir de pessoas vivas, temos de diferenciar entre órgãos pares e únicos.

No caso de órgãos pares, como os rins, a lei é permissiva, quando a perda e o risco de posterior lesão do doador são moderados em relação ao benefício esperado para o receptor.

De fato, um transplante renal foi autorizado por uma cârte do estado americano de Massachusetts entre menores que eram gêmeos, a despeito da regra de que uma criança não pode ser submetida a dano, a menos que seja para o seu próprio benefício; a cârte estabeleceu, após entrevistar o gêmeo sadio, que ele iria sofrer um trauma psíquico, grave e duradouro, se não fosse permitido contribuir com um órgão para seu irmão de modo que pudessem continuar a desfrutar da vida juntos.

A lei tem hesitado em igualar um dever de prestar ajuda a alguém, com um dever de evitar dano. Por que esta relutância persiste? Três razões possíveis

* Prof. Titular de Medicina Legal e Ética Médica, da Escola Paulista de Medicina. Trabalho apresentado no I Curso de Extensão em Medicina Legal e Ética. Maio de 1991, Curitiba - PR.

podem ser sugeridas. Primeiro existe um cálculo prático. A doação compulsória pode variar, ao longo de um amplo espectro, desde a simples taxação até o sacrifício forçado. Existe uma diferença intuitivamente sentida entre a retirada da substância de alguém e a retirada do órgão de alguém. Em uma situação de catástrofe pode-se imaginar um recrutamento de sangue, que é auto-reponível, mais facilmente do que um recrutamento de órgãos. A desproporção entre o risco do doador e o benefício esperado para o receptor deveria ser maior e mais seguro para merecer compulsão (obrigatoriedade). Não se pode apoiar um sacrifício voluntário; de outro modo estaríamos na posição do viajante no deserto, carregando um cantil de água suficiente para uma pessoa, que é obrigado a partilhá-lo com outro e portanto, causando duas mortes. Em segundo lugar existiriam problemas práticos de seleção entre todos possíveis doadores, desde que o simples acaso não é sequer um conceito auto-definível. E finalmente, a doação forçada diminuiria a qualidade moral do ato. (9)

Falando agora em relação ao transplante de órgãos único como o coração ou o fígado, nos confrontamos com o problema médico-legal de como obter o órgão cedo o bastante para mantê-lo viável e ao mesmo tempo de forma suficientemente segura para não realizar uma operação letal em pessoa viva.

No presente, o aporte tem tomado um rumo diferente – uma redefinição da morte, que de fato, se não como propósito primário é definido como de natureza científica. É salientado que a morte é um processo no qual vários órgãos cessam de funcionar a intervalos variados. Tradicionalmente a ocasião crucial tem sido considerada a cessação do batimento cardíaco natural. Porém fora a conveniência do teste e a visão figurativa do coração como centro vital não existe nenhuma razão maior para tornar aquele órgão como decisivo na determinação da morte. A nova definição proposta focaliza a morte encefálica evidenciada por coma irreversível que, por seu turno é identificado pela ausência de reflexos, falta de resposta a estímulos intensos, cessação de respiração natural e um eletroencefalograma plano, registrado por período superior a 24 horas. Todos estes sinais podem ser conscientes com batimento cardíaco natural continuado, desde que reforçado por respiração artificial. Um diagnóstico de morte, de acordo com estes critérios, justificaria tanto a suspensão dos meios extraordinários de suporte, como a disponibilidade do coração e outros órgãos para transplante. (7)

Além dos problemas práticos existem as questões filosóficas mais profundas: será a nova definição uma tática científica para obscurecer e desviar a atenção dos problemas morais e sociais postos pelas medidas extraordinárias de suporte e pelos procedimentos para transplante de órgãos? Será que ela é uma ficção conveniente e plausível – o tributo que a mudança paga à continuidade que nos permite alcançar novos resultados sem alterar, mas simplesmente redefinindo as palavras da velha regra? Será que a nova definição é, na verdade, um esforço para responder algumas perguntas vexatórias e específicas através de generalidades definicionais tais como se o meio de contornar os problemas da morte fôsse pela elaboração de um outro conceito de vida? (2)

Não cremos nisso. Na verdade, a pessoa morta não pode ser enganada ou lesada pelo transplante de seus órgãos "contra seus desejos", pois eles não têm desejos; eles não estão lá para serem lesados. Serão os sentimentos e preferências dos parentes do morto um valor suficientemente importante para garantir o impedimento, ao custo de centenas de vidas anualmente? O governo tem o poder de ordenar uma necrópsia independente da vontade do morto ou seus parentes e

frequentemente o faz (nos casos médico-legais e de verificação de óbito), quando existe uma razão menos importante e relevante do que salvar uma vida, seja do ponto de vista ético, seja do ponto de vista jurídico. Se o governo pode determinar que uma autópsia seja realizada, não seria muito mais importante, lógico e sobretudo ético, se pudesse ordenar um transplante? (8) Se a possibilidade de usar órgãos de cadáver para transplante fosse automático, muitas centenas, talvez milhares de vidas, pudessem ser salvas todos os anos, ao mesmo custo social que nós já pagamos só para ter a certeza judicial quanto à causa da morte!!! Em contrapartida algumas vozes levantaram-se contra a prática da retirada rotineira de órgãos. Ramsey, (4) entre outros, oferece duas grandes objeções:

“Os judeus ortodoxos, as testemunhas de Jeová, qualquer pessoa possuidora de outras razões religiosas, ou ainda, alguém que mesmo sem religião tem objeções por simples convicção pessoal, não devem ser obrigadas a ter de manifestar suas objeções em horas de dor e sofrimento, contra todo um edifício de prática hospitalar que rotineiramente, caminha sem as suas vontades”. E mais adiante:

“Uma sociedade será uma comunidade humana melhor se dar e receber for a regra e não, tirar em nome do bem que virá. O consentimento positivo requerido pela lei que enfatiza a necessidade de doações, encoraja os reais doadores, e dá a medida de uma autêntica comunidade de homens. A retirada rotineira de órgãos privaria os indivíduos de exercitar a virtude da generosidade”. (4)

Vamos examinar as objeções à retirada rotineira, de modo a determinar quais os valores restrições morais que devem ser levados em conta ao esboçar uma política moralmente adequada e tentemos sugerir uma política que melhor satisfaça esses reclamos morais.

Qualquer política de retirada rotineira elimina a necessidade de se obter o consentimento pré-mortal do doador ou o consentimento pós-mortal da família. (6) Nesse caso o ônus da ação fica com aqueles que, por qualquer razão, opõem-se a remoção de órgãos para transplante. Contrária a outros tipos de política, na retirada rotineira a inação por parte da família e/ou do doador, não é condição suficiente para a não participação.

Há uma razão para suspeitar que a maioria das pessoas recusaria uma política que não previsse o direito à não participação, por qualquer pessoa que assim desejasse. Não se deve e não se pode obrigar ninguém a ajudar os outros dessa maneira. A ajuda compulsória não é nenhum dever legal ou moral. Além disso, desde que alguns grupos religiosos proíbem a retirada de órgãos do corpo, a participação compulsória seria a negação da liberdade religiosa. Uma política adequada não infringiria estes direitos básicos. Por isso qualquer política de retirada rotineira deve prever o direito de não participação. (5)

Se uma rotina nesses moldes for adotada, os hospitais devem ser solicitados, e mesmo compelidos, a tomar conhecimento das objeções dos religiosos e também de grupos não religiosos opostos ao transplante, de sorte que para qualquer um pertencente a tais grupos, a retirada de órgãos não seria rotina. Assim, se um paciente declara que é, por exemplo, uma “Testemunha de Jeová”, ou o membro de uma hipotética “Sociedade para o Sepultamento de Corpos Intactos”, deveria ser entendido que ele é um não participante. Tais considerações sobre a não participação seria uma salvaguarda suficiente dos direitos à auto-determi-

nação e à liberdade de religião.

Por outro lado se em vez de adotarmos uma política de retirada rotineira, escolhêssemos uma política de doação, ela teria de ser muito mais agressiva do que foi até hoje, com previsão de um sistema que em todos, ou quase todos, os possíveis casos de doação, as famílias fossem abordadas com a solicitação de remoção na ocasião da morte. Tal política também estaria aberta à crítica dos grupos anti-retirada rotineira. Além disso, qualquer política que coloque o ônus da aprovação sobre a família no seu mais intenso momento de dor é, não somente insensível, mas fadada ao fracasso e ao insucesso.

Quando se está nestas situações de grande impacto emocional o que se precisa é exatamente de procedimentos rituais, rotineiros e automáticos. (1) E os procedimentos devem ser os que reflitam o nosso julgamento coletivo expresso em ocasiões mais normais. Nesse caso, uma pesquisa de opinião em que mais de 70% dos adultos manifestaram-se favoráveis à cessão de órgãos para transplante seria bem indicativa.

A segunda grande objeção é que a política de retirada rotineira "privaria os indivíduos do exercício da virtude da generosidade". É verdade que a retirada rotineira não daria chance ao exercício da generosidade. Mas é igualmente verdade que existem múltiplos outros caminhos abertos para que qualquer um expresse sua virtude.

Naturalmente que uma sociedade em que o "dar e receber" seja a regra é uma sociedade melhor que aquela em que o bem só é alcançado pelo reforço de políticas de retiradas. O problema é que a experiência tem demonstrado que o sentimento de benemerência e generosidade não é forte o bastante em um suficiente número de pessoas, para operar uma sociedade sem o recurso a regras, regulamentos e leis. Portanto, esta objeção fica apenas reduzida à verdade óbvia de que qualquer sociedade seria muito melhor se todos nós amássemos uns aos outros.

Entretanto, as políticas devem ser elaboradas para as sociedades como elas são. Será responsável permitir que alguém dependa, e provavelmente morra, a espera da chance remota de que alguém seja tocado pelo espírito da generosidade? Será que é razoável permitir que aqueles que poderiam ser salvos, morram, de modo a preservar somente uma das inúmeras avenidas existentes para a expressão de nosso altruísmo? Sem sombra de dúvida precisamos de razões bem mais consistentes do que essa, para rejeitar uma política de retirada rotineira.

Por outro lado há algumas considerações a serem feitas. O direito consagra os interesses coletivos e familiares na preservação do cadáver, baseado no fato de que embora não sendo mais uma pessoa, conserva a sua imagem através daquilo que pode ser chamado de projeção ultra-existencial da mesma. Esses interesses que são também de caráter religioso e se traduzem na expressão bíblica do "pulvis revertis", geraram o princípio da inviolabilidade e da indispensabilidade.

Todavia, ao mesmo passo em que acolhe esses interesses, a lei prevê igualmente a existência dos ditos interesses colidentes. Estes interesses, que podem ser caracterizados como de natureza pública e privada, por força de lei contrapõem-se à inviolabilidade e indispensabilidade. Razões científicas, didáticas e sobretudo higiênico-sanitárias e judiciais têm força suficiente para justificar

a utilização de cadáveres para propósitos educacionais, de pesquisa, dos esclarecimentos da "causa mortis" e para a realização de autópsias médico-legais. Não há portanto nenhum motivo ponderável para que não se estabeleça de modo muito claro o interesse terapêutico, através de uma política de retirada rotineira, prevendo a liberdade de não participação.

O único contra-argumento válido seria o de que mudando-se o enfoque, ou seja, ao passarmos a pressupor a aquiescência das pessoas à retirada de órgãos, a não ser que manifestamente dito o contrário, nós estaríamos provocando um grande entreechoque cultural e a possibilidade muito real de episódios desagradáveis e até violentos. Boa parcela da nossa população, até pela tradicional inércia que permeia a todos, nunca tomaria a iniciativa de previamente declarar-se, e à sua família, como não participante da política rotineira de transplante.

No entanto esse tipo de raciocínio ensejaria a resposta de David Hume: "Não existe método de raciocínio mais comum, e ainda assim nenhum mais condenável do que, em debates filosóficos tentar refutar qualquer idéia sob o pretexto de suas possíveis conseqüências perigosas para a sociedade. Quando qualquer opinião nos leva a absurdos ela é seguramente falsa e inaplicável; mas é claro que uma idéia não pode ser considerada errada ou inadequada, simplesmente porque possa eventualmente ser de conseqüência perigosa". (3)

O enfoque preciso sobre os transplantes demonstra algo muito sério acerca do modo pelo qual os princípios éticos operam dentro de um amplo sistema de moralidade. Fixação cega ao princípio da doação, como fixação cega a qualquer princípio, é irracional e indefensável. Sempre pode haver uma razão importante o bastante que, em determinadas circunstâncias, nos obrigue a modificar ou abandonar alguns de nossos princípios e regras de conduta.

Somente na medida em que desenvolvermos um agudo senso de percepção do núcleo básico e das justificativas de qualquer princípio que tencionamos adotar é que poderemos julgar quão importante aquele princípio é, e que sacrifícios podem, defensavelmente, ser feitos para preservá-lo. Ao refletir sobre que interesses, valores, e sobretudo necessidades, são favorecidos ao aceitarmos uma obrigação geral para manter o postulado da doação, é que poderemos começar a adquirir um sentido exato de quando o respeito por essa posição deva ceder lugar, de modo a que outros interesses, valores e necessidades, claramente mais fundamentais, possam assumir a primazia.

Quando tratarmos qualquer princípio como pressuposto inviolável, estamos voltando nossas costas para os critérios de verdade que devem necessariamente embasar qualquer sistema de moralidade. É como nunca nos questionarmos se um princípio em determinadas ocasiões está de fato certo, simplesmente por medo de descobrir que ele não está!!!.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 – CURTIN, LL. – A Social Atrocity. **Nurs. Manage.** 21(8) 7-8, 1990.
- 02 – DEVETTERE, RJ. – Neocortical Death and Human Death – **Law Med. Health Care** 18 (1-2):96-104, 1990.
- 03 – MURRAY, TH. – Medical Ethics, Moral Philosophy and Moral Tradition. **Soc. Sci. Med.** 25(6):637-644, 1987.
- 04 – RAMSEY, P. – The Patients as Person. – New Haven: Yale University Press, 1970.

- 05 – SANDERS, D. & DUKEMINIER, Jr. J. – Organ Transplantation: A Proposal for Routine Salvaging of Cadaver Organs. – **New Engl. J. Med.**, 279 (8): 419-427, 1968.
- 06 – SANDERS, D & DUKEMINIER, Jr. J. – Medical Advance and Legal Lag: Hemodialysis and Kidney Transplant. **UCLA Law Review**, 15(2): 402-409, 1968.
- 07 – TOMLINSON, T. & BRADY, H – Ethics and Communication in Do-not Resuscitate orders. – **New Engl. J. Med.** 318(1): 43-46, 1988.
- 08 – VANCE, RP. – An Unintentional Irony: The Autopsy in Modern Medicine and Society. – **Hum. Pathology** 21(2): 136-144, 1990.
- 09 – VEATH, R. – Death, Dying and the Biological Revolution. – New Haven: Yale University Press, 1976.

PRESO CANADENSE QUER SE SUICIDAR, MAS A JUSTIÇA NEGA PEDIDO

A justiça canadense negou ontem o pedido de um preso, condenado por assassinato, que queria se suicidar, e do hospital onde está internado, a permitir que ele seja alimentado à força. Roger Burke, de 39 anos, recorreu ontem à Corte Suprema de Prince Edward Island, para fazer com que o hospital Hillsborough não impeça sua intenção de morrer de fome. Ele foi internado em 10 de julho, depois de cortar os pulsos. O advogado de Burke alegou que nenhuma lei no Canadá condena o suicídio. Porém, a defensora do hospital destacou que a constituição obriga a casa de saúde a lutar pela vida, motivo por que vai passar a alimentá-lo a força, apesar da decisão do tribunal.

LIVRO ENSINA COMO SE SUICIDAR

Noticiou no dia 12 a polêmica causada nos EUA pelo livro "Final Exit" (Safada Final), um manual de métodos de suicídio para doentes terminais. O autor do livro, Derek Humphry, é fundador de uma organização que defende o direito à morte.

O livro discute vários métodos de suicídio, mas recomenda somente a morte com ingestão de remédios em doses letais. Ele traz um quadro detalhado de dosagens letais e conselhos para garantir o sucesso do suicídio. Cerca de um quarto das 190 páginas do livro é endereçado a médicos e enfermeiras, com instruções para assistir um paciente no suicídio, uma prática ilegal no país.

Médicos e grupos antieutanásia vêm criticando o livro, sob argumento de que há o risco de ele cair em mãos de pessoas com depressão reversível ou com doença para a qual ainda há chances de cura. Os críticos também dizem que o livro traz informações úteis para assassinos.

Várias livrarias se recusaram a vender o livro, que foi lançado em abril. "Se alguém viesse à minha loja, comprasse o livro e se matasse, eu me sentiria responsável. Acho que esse tipo de informação deve ser disponível, mas através de textos médicos", disse o dono de uma livraria.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 36/88

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

ORIGEM - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

APELANTE - Dr. O.M.S.

APELADO - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ "ex-officio"

EMENTA

- 1 – Configura ilícito deixar o médico de atender a paciente, quando se encontra de plantão, limitando-se a examinar radiografias, sem contudo examinar o doente.
- 2 – Recurso desprovido, à unanimidade.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, os membros da 1ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, reunidos em sessão realizada em 05 de abril de 1990, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 36/88, em que figura como Apelante o Dr. O.M.S., conforme disposto nas Resoluções CFM nºs. 1210/85 e 1333/89, ACORDARAM, por unanimidade de votos, negar provimento ao recurso interposto pelo Apelante, mantendo a decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, que lhe aplicou a pena de "Censura Confidencial em Aviso Reservado Reservado", prevista na letra "b", do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração ao artigo 35 do Código de Ética Médica.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto da Conselheira Relatora Irene Abramovich que passa a integrar o presente.

Brasília, 05 de abril de 1990.

Cons. Ivan Moura Fé
Presidente

Cons. Irene Abramovich
Relatora

Arq. Cons. Region. Med. do Pr.
V. 7, nº 28 – Out./Dez., 1990

Cirurgia de conversão sexual

PARECER CMF

O presente Processo Consulta teve origem na correspondência datada de 12.08.87, cuja autora, M.V.S., 27 anos, natural do município de São Bernardo do Campo – SP, solicita ao CREMESP autorização para se submeter a uma cirurgia de conversão sexual.

Nesta Correspondência, a interessada afirma ser transexual e que apesar de ser mulher, não se sente como tal. Que a sua decisão de se submeter à referida cirurgia para a conversão de sexo feminino para o masculino é irrevogável e a única maneira de se sentir integrada à sociedade.

Possuindo genitálias externas e internas do sexo feminino, evidenciadas por exames físicos e ultra-sonográfico além de cromatina sexual compatível, possui entretanto identificação psico-sexual com o sexo masculino, enquadrando-se portanto, segundo este exame, na entidade nosológica e nosográfica denominada "Transexualismo".

Sobre este tema, este Conselho já teve a oportunidade de se manifestar, firmando jurisprudência ao aprovar o parecer CFM nº 28/75 da lavra do Cons. CLARIMESSO MACHADO ARCURI quando naquela ocasião, citando vários estudiosos da matéria, dentre eles, Prof. Jean Claude Nahoun, o parecerista conclui tratar-se, tal cirurgia de conversão do sexo, na realidade de uma cirurgia de transgenitalismo, vez que "muda-se" as genitálias e não o sexo do indivíduo, resultando portanto em mutilação grave e ofensa à integridade corporal proibida pela Lei e pela ética médica.

Designado pelo Sr. Presidente do CREMESP para emitir parecer sobre o assunto, o Cons. WILSON RUBENS ANDREONI assim procedeu e em parecer substancial e consistente, (pg. 82 usque 86), concluiu pela não realização da pretendida cirurgia, o que teve a aprovação do Pleno do CREMESP em sua 1389ª Reunião Plenária realizada em 16.04.90.

Em grau de recurso, M.V.S. solicita a este Egrégio Conselho Federal reapreciar a matéria, fazendo um apêlo comovente frente a sua condição existencial, contra-argumentando à posição adotada pelo parecerista do CREMESP, invocando em seu favor os princípios Constitucionais contidos no artigo 5º da magna carta, além de questionar a interpretação dada pelo parecerista aos artigos 129 e 307 do Código Penal e ao artigo 42 do Código de Ética Médica.

PARTE CONCLUSIVA

Após lidos e analisados todos os autos do presente processo consulta, chegamos às mesmas conclusões pronunciadas pelo nobre parecerista do CREMESP, subscrevendo-o integralmente e submetendo-o à apreciação deste Egrégio Conselho.

“

Exmo. Sr.
Dr. Heitor D'Aragona Buzzoni
DD. Presidente do CREMESP

CONSULTA NR. 17.196/87

Este expediente teve origem em carta datada de 12.08.87, subscrita por M.V.S., solicitando autorização do CREMESP para cirurgia de conversão sexual.

Pela análise do processo depreende-se que M.V.S. possui genitália externas e internas do Sexo feminino, constatado por exames físicos e ultra-sonográficos e, em contrapartida, com identificação psico-sexual do sexo masculino. Tal caso enquadra-se perfeitamente na entidade nosológica e nosográfica denominada “Transexualismo”.

O pedido da paciente para transformação do sexo é apoiada por indicação do cirurgião plástico, Dr. Evaldo Luque (CRM 25.261), que se propõe executar a ablação das mamas, para melhor adaptação da mesma à Sociedade.

Paralelamente M.V.S. solicita orientação do Serviço de Assistência Jurídica da Prefeitura de São Bernardo do Campo, para retificação de seu registro de nascimento, sendo informada por aquele departamento que isso envolvia duas alterações, pronome e sexo. Para instruir o processo seriam necessários relatórios médicos indicando diagnóstico e formas de correção, devendo figurar, ainda, a natureza do sexo.

A paciente realizou exames no Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, tendo constado em relatório médico assinado pelo Dr. Marcos Mitsuyoshi Mori, datado de 30.03.87, que a avaliação psiquiátrica de momento revelava distúrbios profundos de organização psíquica, tendo a mesma absoluta necessidade de tratamento psiquiátrico (psicoterapia intensa).

Não ficou evidenciado nos autos que a paciente tivesse se submetido ao tratamento psiquiátrico recomendado.

M.V.S. procurou os serviços profissionais do Dr. Evaldo Luque no intuito de realizar mastectomia simples bilateral.

A exceção da pilosidade da face, causada provavelmente por patologia endócrina, apresentava, como já foi dito, genitália externa e interna feminina, respondendo, porém, psicologicamente aos estímulos do sexo masculino.

Estamos, portanto, diante de um caso de transexualismo, não havendo problemas de mal formação congênita ou de sexualidade dúbia.

A interessada juntou aos autos resultados de exames de dosagem hormonais ora próprios do sexo feminino, ora do masculino, como também cópia de cartas enviadas ao então Senador Marcondes Gadelha e Deputado Mendes Botelho reivindicando alterações nos dispositivos legais para a prática de cirurgia de conversão sexual.

Às fls. 51 constam fotos da paciente com área pilosa na face e glândulas mamárias com desenvolvimento próprios do sexo feminino.

Do estudo apurado na documentação e depoimentos deste expediente deduz-se que M.V.S., com genitálias externas e internas do sexo feminino, apresenta problemas de personalidade defeituosamente estruturada.

De acordo com opinião já emitida pela Assessoria Jurídica, através da consulta nº 28/75, a par da impossibilidade dos Conselheiros Regionais e do Conselho Federal de Medicina autorizarem a realização de um tipo ou de outro de cirurgia em determinado paciente, é certo que a conduta que o médico tem que adotar é a de somente praticar atos médicos que forem lícitos e necessários.

Assim parece-nos que o motivo da realização da cirurgia reparadora pretendida seria dar à paciente simplesmente "características anatômicas masculina", o que levaria a implicações jurídicas, ao lado de implicações éticas, porque essa motivação, ao nosso ver, é insuficiente.

A cirurgia solicitada incidiria sobre as glândulas mamárias, extraindo-as. Do ponto de vista jurídico este caso seria considerado como lesão corporal de natureza grave, prevista no artigo 129 – parágrafo 2º, incisos III e IV do Código Penal, verbis:

Artigo 129 – Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem – Pena: detenção de três meses a um ano.

Parágrafo 2º se resulta:

III – Perda ou insuficiência de membro, sentido ou função,

IV – Deformidade permanente.

Pena: Reclusão, de dois a oito anos.

Outrossim, se a paciente com apenas essa cirurgia, como é óbvio, não mudaria de sexo, como poderia, então, pretender alteração de identidade?

Por outro lado se o relatório do médico assistente atestasse mudança de sexo, tal fato, sem dúvida, elidiria em crime de falsa identidade prevista no artigo 307 do mesmo código, que dispõe:

Artigo 307 – Atribuir-se ou atribuir a terceiros falsa identidade para obter vantagem, em proveito próprio ou alheio, ou para causar dano a outrem.

Pena: detenção de três meses a um ano, ou multa, se o fato não constitui elemento de crime mais grave.

Com referência aos aspectos éticos o Código Brasileiro de Deontologia Médica dispunha nos seus artigos 8º e 13 que é vedado ao médico no exercício de sua profissão:

Artigo 8º – Desrespeitar a legislação vigente e não pautar os seus atos pelos mais rígidos princípios morais e éticos.

Artigo 13 – Praticar atos médicos ou participar deles, se forem ilícitos ou desnecessários.

Enquanto que o atual Código de Ética Médica, no Capítulo II, artigo 42, diz que é vedado ao médico:

Artigo 42 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Após exaustiva pesquisas e consultas, inclusive com o concurso da Assessoria Jurídica, encontramos que o autor Antonio Chaves, em seu livro "Direito a Vida e ao Próprio Corpo", ano 1986, Capítulo III – Intersexualidade e transexualidade – discorre, entre outros assuntos, sobre pedido de autorização para mudança de sexo e consequente retificação do registro civil. Informa que há inúmeras pessoas aguardando autorização legal para que possam ser submetidas à cirurgia para "reversão de transexuais".

Tal fato levou a Comissão de Justiça do Senado a decidir no dia 09.05.85, tramitação urgente de projeto nesse sentido, por sugestão do Senador Marcondes Gadelha, para maiores de 21 anos, com parecer médico favorável. No dia seguinte tal projeto de Lei, oriundo da Câmara dos Deputados, foi aprovado pelo Senado, mas, provavelmente vetado pelo Presidente da República, logo após.

Deve-se mencionar, ainda, que nesse mesmo livro, à página 39, a Dra. Matilde J. Sutter Hojda, observa que: – "o transexual, recusando seu sexo biológico e admitindo como seu verdadeiro sexo o psicológico, imagina-se como se realmente tivesse nascido nesse sexo; mas não nasceu assim, e por melhor que seja a cirurgia, sua anatomia impede perfeita nova funcionalidade".

No momento em que se outorga a alguém um sexo biológico diferente do seu, mesmo tendo havido cirurgia, estarão o Direito e a Medicina conferindo a este indivíduo uma "capacidade" que ele não possui.

Assim, pois, a impossibilidade geraria a ansiedade e, em seguida, o desespero.

Diante do exposto, entendemos que a cirurgia pleiteada, do modo como foi proposta, não teria indicação formal, quer seja pelos relatórios e atestados médicos do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, quer por ser considerada como mutiladora, não encontrando, portando, o devido amparo legal.

Este é o parecer, s.m.j.

Cons. Wilson Rubens Andreoni
Relator

Aprovado na 1389ª Reunião Plenária, realizada em 16.04.90

É o parecer S.M.J.

Brasília – DF., 27 de fevereiro de 1991.

Cons. Hilário Lourenço de Freitas Junior
Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/4/91

COMO ADQUIRIR E USAR CONHECIMENTOS

João Alceu Tilton *

"O CONHECIMENTO: CONCEPÇÃO MENTAL DO MUNDO QUE NOS CERCA ATÉ O LIMITE QUE POSSAMOS ATINGIR" (Einstein)

Na área médica o limite deve ser definido pelo indivíduo, especificamente, estabelecendo-se a área ou território onde vai agir. Quando em "território seu", as probabilidades de erro diminuem e podem ser reduzidas. Ao avançar em territórios desconhecidos, o índice de erro aumenta proporcionalmente ao desconhecimento. Um mapa adequado do território pode ajudar.

Em medicina, território é o exercício da profissão, isto é, os doentes com suas doenças. O mapa é obtido pelos livros que tratam destas doenças. A prática médica permite reconhecer o território. A leitura dos livros nos equipa com mapas de melhor ou pior qualidade, mas o mapa não será o território: é uma representação dele. Esta é a distinção entre teoria (mapa) e a prática (território). Estudar amplia o mapa (em extensão) ou adiciona profundidades (detalhes) ao mapa.

Trabalhar atendendo doentes, tomando decisões a respeito de seus problemas, melhora o reconhecimento do território e corrige as distorções de concepção percebidas no mapa.

Os profissionais competentes são os que conhecem o território em toda a sua extensão e em seus detalhes, a ponto de reconhecer pelo detalhe o todo (por uma casa reconhece a rua e, através dela, a cidade e o país), ou, olhando o todo, localizar os detalhes (em avião, sobrevoando a cidade, dá localizações corretas de casas). Possuem, por outro lado, mapas tão bons que podem até elaborar mapas próprios, de qualidade reconhecida como das melhores.

Os livros textos são mapas, uns melhores, outros piores, tanto em conteúdo como em comunicação. As revistas acrescentam detalhes, que são úteis quando o mapa usado é de boa qualidade, mas que podem ocupar um espaço desproporcionalmente grande num mapa em esboço. Quem se inicia no aprendizado tem que montar um mapa útil, antes de se largar para aventuras mais amplas (detalhes).

A confecção de um mapa de um território é demorada: são necessários anos para conhecer a cidade de New York. Territórios pequenos permitem concepção de mapa rapidamente (em um dia conhecemos a capela Sixtina) e com mais algum tempo incorporamos um número grande de detalhes (em uma semana em Saint-Moritz vamos conhecer as casas e até algumas pessoas).

O órgão que executa o aprendizado: o cérebro. Sua atividade inicia-se com a percepção (per capto = apoderar-se): algo de fora (mundo exterior) chega à mente via estímulo de órgãos dos sentidos, no mais das vezes visão e audição,

* Prof. Adjunto de Reumatologia, Departamento de Clínica Médica da UFPR. Médico legista do Instituto Médico Legal do Paraná.

mas também olfação e tacto (sensação termo – dolorosa). Esta sensação (que é fugaz) pode ser retida, transformando-se em percepção, e adquirir uma valorização de importância (agora já uma análise) a nível de sentimento. Já aí existe uma função interna, o pensamento. Esta é uma função mental (da consciência), onde entram os elementos de **desejo e vontade** que fornecem impulso; a **observação** e os **sentidos** fornecem matéria prima e a experiência para obtenção da memória completa; o **conteúdo emocional** ilumina e dá cor; **razão e análise** dão forma e ordem: **imaginação e visualização** permitem assumir forma significativa; a fé (baseada no conhecimento) o sustém.

As imagens são processadas em três níveis diferentes: no nível físico (objetivo), através de percepções oriundas de órgãos dos sentidos; no nível mental (subjetivo), onde as imagens são processadas pelas faculdades do raciocínio indutivo e dedutivo (processo linear ou seqüencial); e no nível da alma (psique), as imagens são recuperadas e recombinadas pela intuição (processo fundamentalmente analógico)

Ao nível físico temos que desenvolver nossa capacidade de percepção. É através desta função cerebral que entramos em contacto com o mundo em que vivemos. A habilidade fundamental para melhorar a percepção é a atenção: quando não há atenção não há percepção consciente. As distrações objetivas (estímulos externos) ou subjetivas (pensamentos, estímulos internos) bloqueiam a função da percepção. O passado (distração de tempo), o outro local (distração de espaço) e os preconceitos (conceitos prévios já existentes) impedem que a atenção seja exercida em toda a sua plenitude e clareza, fazendo com que os fatos da vida (incluindo o doente que estejamos atendendo) sejam vistos, não como realmente são, mas sim através de filtros ou transparências que estão em nossas mentes, e que deformam (mudam a cor, ou a forma, ou apagam detalhes do momento presente e do fato observado). Esta análise parece ser só filosófica mas, quando nos lembramos dos erros cometidos em nossas vidas, temos que reconhecer a presença do fenómeno objetivando pela expressão "pensei" (subjetivo), que antecede a explicação do por quê do erro, ou então as expressões "não vi", "não senti" (objetivo), caracterizando nossos hábitos mentais inadequados e usados como desculpas que justificam e tomam os erros perdóveis. A atitude sábia de identificar que o erro está no hábito mental inadequado "de pensar em uma coisa enquanto faz outra", ou de não bloquear as distrações não concentrando atenção no evento do momento, e que leva a descobrir as causas do erro. É tão habitual este mecanismo de reação que às vezes ouvimos argumentos absurdos como "ontem, quando eu examinei não havia esplenomegalia", dito por médico diante de paciente com baço à 8 cm do rebordo costal.

A aquisição de conhecimento faz-se por um processo de incorporação de seqüências de informações, à semelhança do computador linear. No entanto, a incorporação não é um fenómeno puro de adição, o que deixaria os conhecimentos mais antigos sepultados na profundidade, se usarmos a imagem de que os conhecimentos novos são colocados em cima dos antigos, ou distantes da periferia acessível, se a imagem usada for a de crescimento em esfera, onde, ao conhecimento central, são apostos os novos, periféricamente, fazendo crescer a esfera de conhecimentos. Em ambos os casos teríamos uma situação em que os conhecimentos antigos estariam sepultados pelos novos, não estando acessíveis à consciência.

Em contraposição a essas duas probabilidades funcionais do aprendizado, teríamos uma terceira em que o conhecimento novo é incorporado ao velho me-

diante uma metamorfose. Isto é: O novo é mesclado ao velho e disto há uma resultante que ocupa o lugar de ambos, deixando de existir o velho e o novo, passando a existir um só, o conhecimento atual. Com isso deixamos de ter posturas conflitantes, eventualmente antagônicas, em que preconceitos (conhecimentos antigos) entram em choque com novidades. Não há também poder destruidor do conhecimento novo, apagando o velho, uma vez que ocorre a incorporação e não destruição. A economia de energia mental resultante da eliminação do conflito não é desprezível. O efeito estimulante do fenômeno criativo que constitui a metamorfose é espetacular: em vez de nos propormos a encontrar e decorar receitas corretas para aplicá-las (como filosofia de vida), passamos a uma postura de criatividade contínua como sendo a tarefa de viver. Deixamos de ser cópias carbonadas da(s) vida(s) de outros ou repetição do que é imposto pela sociedade como modelo definitivo.

Aplicado à medicina, o processo seqüencial é o que comanda a aquisição de conhecimentos. A metamorfose resultante está praticamente sempre ligada a uma compreensão e domínio melhor de fisiopatologia, constituindo-se as manifestações clínicas, laboratoriais e terapêuticas uma consequência desta compreensão. O domínio nesta área não é conseguido com o uso do processo seqüencial. O cérebro humano é um processador de dados limitado, bastante falho quando comparado ao computador eletrônico, que sempre usa todos os dados com que foi alimentado. Parece que o cérebro "acha" que esta tarefa é cansativa e se recusa a executá-la habitualmente. Só às custas de muita disciplina e exercícios é que algumas pessoas fazem uso desta função rotineiramente, sem aparentemente dificuldade. Como é, então, que as outras pessoas resolvem esta dificuldade? Observamos que a vida de pessoas não dotadas de "memória de computador" se desenvolvem sem grandes percalços e, na área médica, até com desempenho bem elevado.

O cérebro humano desempenha uma função "analogica" de competência muito superior à do computador eletrônico, por ser capaz de integrar informações armazenadas cujas origens temos dificuldade em rastrear. O encéfalo humano é alimentado por informações continuamente e o processo, apesar de consciente em seu maior volume (especialmente pelo método linear anteriormente abordado), é também inconsciente (informações são introduzidas sem que estejamos conscientes, ou até quando dormindo). Recepção de informações diferentes, como as da área da chamada parapsicologia, confundem-se com uma capacidade própria de gerar informações. Esta função analógica é presente em todas as nossas decisões. Quando tentamos usar o processo linear em um momento de decisão, esta se toma de má qualidade, pela lentidão que determina e pela pobreza de informações usadas. Na área médica é incompatível: precisar de um resultado e, na seqüência, desencadear outro e mais outro, etc, é incompatível com o exercício da profissão. A alternativa é desencadear todos ao mesmo tempo (vários exames para vários diagnósticos), mas o que é conseguido com esta estratégia é, na realidade, várias seqüências que deixam o médico tão perdido como no começo. O exercício repetitivo do processo leva à aquisição, com o tempo, de alguma habilidade em lidar com a confusão gerada.

A função analógica é inata no ser humano. Toda a criança a possui. Sofre atrofia, que se inicia com a idade escolar, ante a pressão que o uso constante da função seqüencial, nos nossos métodos de educação, impõe. Acresce, ainda,

que a função analógica não tem precisão matemática e, por isto, é insegura e esta insegurança provoca uma atitude ativa de evitar seu uso. A desconsideração que recebe nos meios científicos decorre desta imprecisão e da impossibilidade de aferição, característica de todas as "ciências" no conceito ocidental.

Um refinamento da função analógica é a intuição. Todos reconhecem sua existência, só não a valorizam por não terem domínio sobre ela. É a função cerebral que estabelece relação de tempo e espaço, duas constantes em nossas vidas, e portanto é exercida todos os dias o dia inteiro. No entanto, se tentamos passar seu uso para a área médica, o sacrilégio contra o ritual levanta clamores sufocantes. Contudo não há atendimento médico de boa qualidade sem a participação da intuição, não conseguimos colher informações sem intuir pelos sintomas e sinais a situação funcional ou tamanho do órgão e, destas intuições, tirar conclusões da fisiopatologia do momento e intervenções necessárias. Sem intuir o que se passou e prever, intuitivamente, o que irá acontecer, estamos desarmados para decidir, necessitando sentar ao lado do doente com a atenção permanente nele (como se fosse possível), tentando usar o processo seqüencial para exercer a função analógica, o que é impossível.

A proposta não é de confronto entre as duas funções cerebrais e sim de cooperação. A função analógica, com seus componentes racional e intuitivo, é superior quando usamos conhecimentos, como é o caso de tomar decisões e dar aulas; e a função seqüencial é superior para aquisição de conhecimentos, especialmente em detalhes aprofundados, sem os quais a base é insegura e o todo inconsciente.

Temos que desenvolver a função analógica começando pelo componente racional e deixando espaço para o crescimento do intuitivo. A barreira determinada pela insegurança pode ser contornada se usarmos a função seqüencial para fazer as correções necessárias. Teríamos assim um comando analógico corrigido continuamente pela função linear. Com esta estrutura de feed-back, um fun-próprio funcionamento do sistema, que seria ao mesmo tempo autoestimulante na direção da função linear (seqüencial), obrigando ao preenchimento das seqüências ausentes. O conjunto todo fornece uma estrutura funcional não desgastante para o uso de conhecimentos e altamente estimulante para a reformulação e aquisição de novos conhecimentos.

Quanto ao fato de não se enquadrar nos padrões de ciência cultuados (não é possível apresentar uma proposta de Clinimetria) não quer dizer que não se trate de ciência, de algo real. Afinal os fenômenos em torno do qual a Ciência Médica gira; vida, saúde, dor e sofrimento, só são medidos em algumas de suas variáveis, seguramente não representativas do todo.

Estágios para alunos de enfermagem baseados no decreto 94.406

Solicita o Dr. Osvaldo de Alencar Arraes, chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, ao CREMEGO, parecer a respeito da legalidade e eticidade de estágio para alunos de enfermagem no referido Departamento, com abrangência nos seguintes atos:

- 1 – Prestação de assistência à parturiente e ao parto normal.
- 2 – Identificação de Distócias obstétricas e tomadas de providências até a chegada do médico.
- 3 – Realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

O assunto teve parecer da Conselheira Mariluzza Terra Silveira, que julgou real e ético o pleito em questão.

Rejeitado pela Plenária o parecer da Conselheira Regional, foi a consulta encaminhada ao Conselho Federal de Medicina.

PARECER CFM

O Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7498 de 25/06/1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências, diz no seu art. 8º inciso III:

"Ao enfermeiro incumbe, como integrante da equipe de Saúde:"

h – prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido.

j – acompanhamento da evolução e do trabalho de parto.

i – execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia.

O artigo 9º do mesmo decreto diz:

"As profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix, de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe

I – Prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II – Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III – Realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Portanto, se é legal ao enfermeiro a execução desses procedimentos, deve o pretensão profissional ter acesso aos meios de aprendizagem para o bom desempenho de suas funções.

Isto posto, somos de parecer favorável ao estágio do estudante de enfermagem nas áreas de abrangências solicitadas, desde que pervationado pelo docente competente. É legal e ético.

Este é o parecer, s.m.j.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/10/90

Cons. Wilson Cleto de Medeiros.
Relator

**É INFRAÇÃO ÉTICA FORNECER
ATESTADO MÉDICO
PARA PESSOA DA PRÓPRIA FAMÍLIA?**

PARECER CFM

O Sr. Presidente da Junta de Inspeção de Saúde de Funcionários Civis da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro solicitou informações do CREMERJ se constitui infração ética o fornecimento de atestado médico para pessoa da própria família, como esposa, filho, etc., e como proceder caso ocorra o fato. O Sr. Presidente do CREMERJ, considerando haver omissão do Código de Ética Médica sobre a questão, solicita parecer deste Conselho e, se for este o entendimento, que a mesma seja sanada.

DISCUSSÃO

Expressa o Código de Ética Médica que o atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico.

Não há impedimento expresso para que um médico possa prestar atendimento a pessoa da própria família, exceto para os casos de doença grave ou toxicomania, impedimento este que desaparece quando se tratar do único médico na localidade (Decreto nº 20.931/32). É o próprio Código de Ética Médica que estabelece a outra condição de exceção – a perícia médica.

Fora das exceções, portanto, o médico tem a liberdade de praticar qualquer ato ou tratamento médico, mesmo em pessoa da própria família que procure seus cuidados, podendo recusar a praticá-los nos casos previstos pelo Código de Ética (Arts. 7º e 28). Por consequência tem habilitação legal para a emissão de atestado médico que é a tradução do ato médico praticado, amparado por todos os requisitos que lhes conferem validade, com a presunção sempre de que o ato médico tem pré-requisitos, além da habilitação legal, a perícia técnica e a lisura profissional de quem o pratica. E para preservação destes pré-requisitos, em particular a expressão da verdade, aprendemos com o mestre Hermes Rodrigues de Alcantara (“Deontologia e Diceologia, ANDREI, 1979) que a lei (Código Penal, Art. 302) protege o bem jurídico da Fé Pública, considerando crime a falsidade ideológica.

Devemos destacar, contudo, que este Conselho Federal já se manifestou (Parecer AJ nº 18/87) quanto à eficácia do atestado como instrumento legal, entendendo que a validade do atestado decorre do fato de ser emanado de profissional legal e tecnicamente competente para sua edição, atestando a realidade constatada para as finalidades legais. E que, entretanto, atestados médicos emitidos em desconformidade com o que é relacionado em Lei é um documento válido, porém ineficaz para a finalidade a que se destina. É o caso do atestado mé-

dico para fins de justificação de faltas do empregado junto ao empregador que deve seguir os ditames da legislação sobre a matéria.

Outra questão é a atitude diante do atestado em que se comprova que não houve lisura e perícia técnica, reconhecendo-se favorecimento ou falsidade na sua elaboração. Nesse caso, além da recusa, deve-se denunciar o fato à autoridade policial e ao Conselho Regional de Medicina para instauração de competentes procedimentos disciplinares.

CONCLUSÃO

Atendendo à consulta do órgão de inspeção de saúde, podemos esclarecer que:

1 – O médico, à exceção dos casos de perícia judicial, de tratamento de doença grave ou toxicomania, e de situações outras previstas em legislação específica, não está impedido de emitir atestado médico – parte integrante do ato ou tratamento médico – a pessoa da própria família.

2 – O atestado médico somente será recusado se não estiver em conformidade com a legislação, em face da finalidade a que se destina, ou pela verificação de favorecimento ou falsidade. Neste caso o fato deverá ser denunciado à autoridade policial e ao Conselho Regional de Medicina.

É o meu parecer s.m.j.

Brasília, 19 de fevereiro de 1991.

Cons. Hércules Sidnei Pires Liberal
Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/03/91



ACÓRDÃO

Processo Ético-Profissional CFM nº 31/85

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

ORIGEM - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

APELANTES - JOÃO CARLOS GONÇALVES ARDEVINO

APELADO - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ "ex-officio"

EMENTA

1. A divulgação do conteúdo da denúncia formulada frente aos Conselhos Regionais de Medicina pelo próprio denunciado não o faz incidir em falta ética. 2. Dado provimento ao recurso interposto pelo apelante para absolvê-lo das imputações feitas. 3. Decisão unânime.

ACÓRDÃO

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos, os membros do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, reunidos em sessão da 1ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica, realizada em 12 de março de 1987, conforme disposto nas Resoluções CFM nºs. 1210/85 e 1211/85 decidiram, por unanimidade, dar provimento ao recurso de apelação interposto para absolver o Apelante reformando, conseqüentemente, a decisão proferida pelo CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ.

A divulgação do conteúdo da denúncia formulada frente ao CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA pelo próprio denunciado não o faz incidir em falta ética.

Ademais, não se vislumbra infração aos artigos 33 e 40 do Código Brasileiro de Deontologia Médica porquanto os fatos que denotaram a abertura do processo não aconteceram no exercício da profissão e nem revelaram comportamento hostil ou desrespeitoso a colega.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto emitido pelo Conselheiro Relator Dr. ANTONIO RAFAEL DA SILVA, que passa a integrar o presente.

Rio de Janeiro, 12 de março de 1987

Cons. Gabriel Wolf Oselka
Presidente

Cons. Antonio Rafael da Silva
Relator

OFICIAL DO QUADRO DE POLÍCIA MILITAR NÃO HABILITADO PARA O EXERCÍCIO DA MEDICINA, NOS TERMOS DO REGULAMENTO SANITÁRIO FEDERAL, PODE SER O "DIRETOR GERAL DE SAÚDE", EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA-ODONTOLÓGICA-FARMACÊUTICA E BIOQUÍMICA.

PARECER CFM

O presente processo origina-se, com pedido ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, por parte do Dr. Luiz Carlos Ribeiro, CRM-ES 577, para que fosse formulada consulta ao Conselho Federal de Medicina acerca da possibilidade de um oficial pertencente ao QOPM (Quadro de Oficiais da Polícia Militar) não habilitado para o exercício da Medicina nos termos do Regulamento Sanitário Federal, vir a ser "Diretor Geral de Saúde", entendendo como tal, o principal responsável por todas as atividades de saúde, em uma instituição pública de assistência médica-odontológica-farmacêutica e bioquímica, dentro do território nacional.

Esclarece, ainda, que o aludido Oficial, na função de "Diretor Geral de Saúde" teria sob seu controle todo o trabalho profissional da Medicina da instituição, com destaque e citação para as seguintes atividades:

1. Planejar, executar, coordenar, controlar e fiscalizar todas as atividades de saúde, visando o aprimoramento do estado sanitário do pessoal da instituição;
2. Conceder dispensas e licenças por motivo de saúde;
3. Emitir pareceres técnicos em assuntos de saúde;
4. Executar, através de perícias médicas, todas as inspeções de saúde da instituição;
5. Homologar pareceres dos peritos de saúde e em todos os assuntos sanitários;
6. Opinar sobre pareceres que visem a instrução de perícia de recursos, bem como, designar seu presidente;
7. Manter estreita ligação com seu Chefe Superior, com vista a promover estudos, cursos, concursos, congressos, pesquisas para formação, treinamento e aperfeiçoamento do pessoal da instituição;
8. Propor e supervisionar tecnicamente a seleção, aquisição e controle de material de saúde, de consumo e permanente;
9. Supervisionar tecnicamente, a seleção para ingresso, nomeação ou contratação de pessoal da instituição;
10. Propor a execução de administração médico-hospitalar.

Finalmente, o consultante requer informações sobre a responsabilidade éti-

ca, administrativa, penal e civil que recairá sobre o médico, que em lugar de chefia, venha a ferir a presença da assistência médica a quem cabe denunciar.

Encontramos em fls. 07, o parecer da Assessoria Jurídica do CFM nº 023/88, subscrito pela douta assessora Cecília Marcelino, sendo invocado o art. 15, da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que preceituava: "os cargos ou funções de chefia de serviços médicos, somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei". Concluindo, ao final, ciente de que as atividades a serem desenvolvidas pelo ocupante do cargo de "Diretor Geral de Saúde" envolverem questões atinentes ao exercício da Medicina, este cargo deve ser ocupado por médico que possua a habilitação exigida e prevista legalmente, como disposto no mencionado artigo da Lei 3.999/61.

A seguir, o processo consulta foi encaminhado ao Cons. Relator, Dr. Bernardo Fernandes V. Pereira que em 21.09.89, exarou o parecer de fls. 9, em que manifesta-se contrário à essência da formulação e registra sua concordância com o parecer da ilustrada Assessoria Jurídica.

Através do ofício CFM nº 1.581/89, de 13 de outubro de 1989, o processo-consulta nos é encaminhado, com a solicitação de análise e emissão de parecer.

Nossa providência inicial, julgando ser impreciso o questionamento de fls. 03/04, foi enviar expediente ao CRM-ES, requerendo os esclarecimentos a seguir:

1. Se o oficial QOPM, citado pelo consulente, é médico não habilitado na forma da lei, ou trata-se de oficial militar com qualquer outra qualificação.

2. Se a responsabilidade ética, administrativa, penal e civil que trata o item III cabe ao médico militar, ou não militar ou, a ambas situações.

Obtivemos as seguintes respostas, respectivamente:

1. O oficial QOPM citado não é médico, mas simplesmente do Quadro Combatente (POPM).

2. A pergunta se refere exclusivamente a médico que esteja em lugar de chefia, sem entretanto, ser o principal responsável por todas as atividades de saúde de uma Instituição Pública de Assistência Médico-Odontológico-Farmacêutica e Bioquímica, dentro do Território nacional.

PARTE CONCLUSIVA

Preliminarmente, é necessário dizer que endossamos na íntegra os pronunciamentos da AJ/CPM e do ilustre Cons. Relator, pois, deslida a consulta formulada com propriedade e exatidão.

É indubitoso que o exercício de qualquer profissão, ofício ou trabalho é livre em nosso país, em homenagem, inclusive, aos postulados democráticos e de liberdade ampla insitos no texto constitucional. Não obstante, esta liberdade encontra um único óbice, na medida em que o exercer, exige o saber, a prática pressupõe o aprendizado.

Daf porque, o exercício da atividade laboral requer, como condição essen-

cial, a habilitação e qualificação do profissional na conformidade da lei.

Neste sentido, convém citar os dispositivos a seguir, "in verbis":

"É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer". (art. 5º, inciso XIII, CF).

"Os Cargos ou funções de chefia de serviços médicos, somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei". (art. 15, Lei nº 3.999/61).

"In Casu", à luz do Regulamento Sanitário (Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961), caracterizado o exercício irregular da Medicina, incorre o infrator na previsão do art. 56 do citado diploma legal, abaixo transcrito:

"Estão sujeitos às sanções consignadas em lei todos os indivíduos que exerçam qualquer atividade das profissões previstas no artigo anterior sem que para tal possuam o título legal correspondente devidamente registrado".

Sendo oportuno citar, ainda, o art. 47, da Lei das Contravenções Penais – Decreto nº 3.689/41:

"Exercer profissão ou atividade econômica, ou anunciar que a exerce, sem preencher as condições a que por lei está subordinado o seu exercício".

Restando evidenciado, assim, e em atendimento ao questionado que:

1. O exercício da profissão de médico, dissociado de qualquer qualificação ou condição especial, seja decorrente do indivíduo, da atividade, ou mesmo, a quem sejam prestados os serviços, pressupõe a habilitação e inscrição do profissional, nos termos da lei, perante o Conselho Regional de Medicina, ao qual esteja jurisdicionado.
2. Legalmente, os cargos e funções de chefia de serviços médicos são privativos dos profissionais médicos, regularmente habilitados na forma da lei.
3. Cometida infração decorrente do exercício da profissão de médico, dentre as previstas no Código de Ética Médica – Res. CFM 1.246/88, é da competência do Regional em que estiver o facultativo inscrito, a apuração da responsabilidade ética, sem prejuízo, uma vez apurada falta de ordem penal, civil ou administrativa, da instauração de processo pela autoridade competente, esta a ser determinada pela natureza do deslize.

É este meu parecer, s.m.j.

Teresina, 13 de Março de 1991.

Cons. Sérgio Ipiabina Ferreira Costa
Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/4/91

CHEQUE AZUL

O CHEQUE ESPECIAL DA CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1991 / 1993

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

DELEGACIAS REGIONAIS

1. COMISSÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Cons. Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki (Presidente)
Cons. Gabriel Paulo Skroch
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Cons.^a Tânia Mara Cunha Schaefer

2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Cons. Farid Sabbag (Presidente)
Cons. Carlos Augusto Ribeiro
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Editor da Revista - Dr. Ehrenfried Othmar Wittig

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Cons.^a Solange Borba Gildemeister (Presidente)
Cons. Carlos Ehke Braga Filho

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Cons. Gerson Zafalon Martins (Presidente)
Cons. Luiz Carlos Missurelli Palmquist
Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha
Cons. Octaviano Baptistini Junior
Cons. Antonio Motizuki

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Cons. Jaime Ricardo Paciornik (Presidente)
Cons. Elias Abrão
Cons. Osmar Ratzke

6. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Cons. Nelson Egydio de Carvalho (Presidente)
Cons. Carlos Henrique Gonçalves
Cons. Valdir Sabedotti

7. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Leon Zindeluk (Presidente)
Cons. Luiz Sallim Emed

8. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Cons. Hélio Germiniani (Presidente)
Cons. Henrique de Lacerda Suplicy
Cons. Gilberto Saciloto
Cons. Marco Antonio Rocha Loures

9. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Cons. João Zeni Junior (Presidente)
Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Nelson Emilio Marques

DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

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

DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA

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

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 Lnarth (Suplente)
Dr. Francisco Martinez Cebrian (Suplente)
Dr. Edison Morel (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Vilmar Rizzo (Secretário)
Dr. Univaldo Sagae (Colaborador)
Dr. Raul Miranda (Suplente)
Dr. Faustino Alferes Garcia (Suplente)
Dr. Milton de Oliveira (Suplente)
Dra. Yadira Raquel Tapia G. Pereira (Colaboradora)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

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

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 Percegoni (Suplente)
Dr. Lauber Macedo de Mattos (Suplente)