

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

FORTE PAGO

TR/PIL

ISS - 48-119/89

IMPRESSO

v.8, n.29 - Janeiro/Março - 1991

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
2º Secretário:	Cons. Carlos Ehlke Braga Filho
Tesoureiro:	Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Carlos Ehlke 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. Duilton 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**

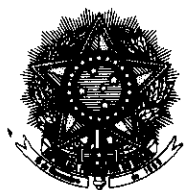
ESTÁ NA

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL



– OBJETO ENTREGUE NOS CORREIOS EM DEZEMBRO DE 1991 –



ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v.8	Nº29	p.01/52	Jan./Mar.	1991
-------------------------------	----------	-----	------	---------	-----------	------

Editor:

Ehrenfried O. Wittig

Edição:

Trimestral

Impressão:

Tipografia Campolarguense

Pça. Getúlio Vargas, 2391

Fone: 292-1732

Campo Largo - PR.

Tiragem:

10.000 exemplares

Capa:

Criação: José Oliva, Eduardo
Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

Omissão de Socorro	03
Atestados Médicos	11
Processo Ético-Profissional nº 020/87	15
Teoria da Culpa É a Base do Erro Médico	16
Processo Ético-Profissional nº 005/87	17
Quem Pode Aplicar e Vender Lentes de Contacto?	18
Processo-Ético-Profissional nº 011/88	23
Processo Ético-Profissional nº 012/89	24
Salmos,	25
Processo Ético-Profissional nº 006/83	26
Cirurgia de Conversão Sexual	27
Processo Ético-Profissional nº 031/85	30
Embriaguez: Aspectos Ético-Legais	31
Mudança de Endereço	41
Atividades 91 do CRM-PR	42
Nos EUA, as Médicas Sofrem Discriminação	49
Diploma do Mérito Ético-Profissional	50
Critério de Morte Encefálica - CFM	52

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

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

NORMAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

OMISSÃO DE SOCORRO

Ricardo Andreucci

1 – Antecedentes Históricos

A dificuldade na análise do objeto desta conferência decorre das duas ordens possíveis de enquadramento, o que me pareceu sensível desde o instante em que comecei a cogitar a seu respeito. Em síntese, a omissão de socorro para mim é, antes de tudo, um problema de dogmática com reflexos de ordem objetiva na experiência jurídica. Para os senhores é uma questão de vida real, determinando a existência de um interesse pragmático ou empírico, por isso mesmo menos especializado e, por definição, não científico pondo perguntas que demandam respostas capazes de servir como critérios de orientação de conduta. 1.

Tentarei examinar o tema reduzindo-o a um momento da realidade para que fique em sintonia com aquilo que se espera desta conversa. Mas, em virtude de sua dimensão jurídica, torna-se imperativo, até mesmo em termos lógicos e de compreensão, que se proceda a um prévio engastamento na técnica, ainda que se faça isso de forma incompleta. Esta é a única maneira de não nos perdermos naquilo que é particular e meramente contingente e que, portanto, apenas pode adquirir sentido no relacionamento com o geral e com o fundamental.

Em uma visão panorâmica, verifica-se que a omissão de socorro, como fato punível, com configuração autônoma, surgiu recentemente. No passado as construções legais a seu respeito eram incipientes, e casuísticas, inclusive com qualificação jurídica diversa. Basta recordar que se punia aquele que, encontrando pessoa ferida em decorrência de agressão causada por outrem, não lhe prestasse auxílio. Seria responsabilizado, não por fato próprio, mas pelo de terceiro, como có-partícipe das lesões corporais.

A evolução possível da omissão de socorro, no seu primeiro esboço histórico, sofreu um estancamento ou, pelo menos, um obstáculo, como advento da Revolução Francesa. A luta, então desenvolvida no enalço de maior liberdade exterior, não poderia deixar de representar reflexos, também, naquilo que se refere à liberdade interior. Compreendida assim a reivindicação, torna-se patente que a Revolução Francesa implicou a negação da construção da figura da omissão de socorro, pela sugestão que esta carrega consigo de uma invasão da interioridade do homem, da penetração em uma esfera até então reservada à moralidade e não ao direito.

Com efetividade, a instauração deste delito coincidiu com a chegada da era moderna. No século XIX ocorreu um incremento dos crimes omissivos nas legislações, o que se cristalizou de modo definitivo com a última Guerra Mundial.

Primeiramente cogitada para reger casos específicos, como a imperatividade do socorro aos refugiados de guerra, as crianças abandonadas em determinadas circunstâncias, depois a omissão de socorro é reformulada como regra geral capaz de cobrir todas as hipóteses atualmente integrantes de seu conceito,

* Transcrição.

como fórmula ampla.

Trata-se do repúdio legal ao egoísmo. Em última análise, contempla em termos estritamente jurídicos um dever com origem e conteúdo nitidamente éticos. Transfere-se para a lei uma matéria até então adstrita à consciência individual. O sentido educativo da norma volta-se, vetorialmente, para a necessidade de cooperação humana, para as exigências insitas de fraternidade participação, enfim, para a comunhão humana, para além da medíocre e egoística moralidade das formigas, tão bem anatematizada por Saint-Exupéry.

A amplitude conceitual da omissão de socorro, porém, mal utilizada, terminou ensejando manipulações excessivas de um Estado autoritário, com reduções inadmissíveis da liberdade. Isso ocorreu na França, durante o período de ocupação alemã, mediante o enorme aumento dos crimes omissivos em geral e com a difusão da omissão de socorro, todos transmutados em instrumental regressivo nas mãos de um Estado que procurava vestir com roupagens de legalidade as sucessivas violações dos direitos individuais.

O desrespeito à consciência do ser humano que então se perpetrou, contudo, não teve o condão de barrar a natural evolução do crime de omissão de socorro. Depois de cessado o instante de crise da segurança e da certeza jurídicas, que o ampliaram para além de limites aceitáveis, procedeu-se à sua redução, ao seu redimensionamento dentro de quadrantes justos. Não poderia ser repudiado um princípio justo, com condições de subsistir por corresponder às exigências sociais, em virtude dos excessos e desmandos que deturparam a sua natureza, decorrentes de uma doutrina autoritária de Estado.

A consciência individual, a liberdade interior deve ser defendida em primeiro lugar, mas deve ser encontrado um posto seguro no qual fiquem devidamente atendidos os reclamos das novas impositões culturais de solidariedade, afastados os perigos revelados pelos excessos do nazismo.

Com este espírito é que passou para as legislações atuais, inclusive para os nossos Códigos de 1940 e 1969, integrando os de quase todos os países. Curiosamente, não se faz presente em alguns Códigos recentes, como o sulço, não sendo também aceita pelo direito anglo-americano.

2 – O Artigo 135 do Código Penal

Os estudos especializados a respeito do crime de omissão de socorro são poucos, devendo ser referidas as monografias de Bernardino Gonzaga, Ildelfonso Marques e Guarnieri.

Os exemplos demonstram, com efetividade, a premência deste tipo penal. Pense-se, por exemplo, na obrigação de depor que incumbe a quem saiba que terceiro inocente está sendo processado. Ou então no caso, próximo do referido por Bernardino Gonzaga: à beira de um rio, alguém arremessa às águas uma criança e um outro, um terceiro postado mais adiante, vê o menor ser arrastado pela correnteza. Com um simples estender a mão poderia salvá-lo de morte certa, sem assumir qualquer risco pessoal. Omite-se, contudo, limitando-se a assistir o desenrolar da cena. Não há que duvidar: tanto matou o menor que o arremessou às águas caudalosas, como aquele que, inerte, o viu passar próximo à margem, sem ao menos estender a mão. Ambos mataram.

Não padece, portanto, dúvida que o dever de auxílio pode e deve ser exigido, mesmo dentro de um mínimo ético como é o Direito Penal para Jellinek e

Manzini. Toma-se claro que, se por um lado não se pode concordar com a concessão de poderes exagerados ao Estado, que possibilitariam a invasão da consciência individual pondo em perigo a liberdade, por outro, este dever de socorro necessita ser imposto como exigência que dimana da própria consciência coletiva, com a obrigatoriedade reclamada pela vida social e pela solidariedade humana.

Observe-se, porém, que esta colocação não se faz, ainda hoje, de maneira pacífica, o que significa que a totalidade dos autores não se põe integralmente a seu favor. Anote-se que os rigores e a crueldade existentes durante a 2ª Grande Guerra não estão tão esquecidos como todos desejariam, ainda influenciando as opiniões e afetando a imparcialidade dos julgamentos, científicos ou não.

Acrescente-se, ainda, uma dificuldade. Os tipos penais tradicionais, como o do homicídio, o do furto, o do estupro e outros, são figuras historicamente consolidadas. Sofreram um processo de depuramento gradativo, lento, que lhes forneceu embasamento e rigor. De início, os tipos penais confundiam-se. O tempo e o labor científico foram construindo previsões genéticas de conduta, modelos jurídicos, como diria Miguel Reale, com características próprias suficientemente sedimentadas para servir como instrumentos de controle social, respeitando convenientemente os valores que amparam.

A omissão de socorro, porém, diversamente, é produto moderno e, por isso mesmo, ressente-se de dúvidas quanto à sua melhor construção, seja dentro de uma estimativa estritamente axiológica e jurídica, seja dentro de uma perspectiva de controle social, onde deverá operar funcionalmente. Apesar desta deficiência, e sem que se transforme a solidariedade tão somente em uma perspectiva de sonho, pode ser aceito que as falhas apenas serão sanáveis pelo processo de normal maturação, falhas, portanto, que devem ser suportadas por um anseio ideal de humanidade muito almejado.

A previsão do art. 135 do Código Penal de 1940, marcada por estes vícios intransponíveis no momento, é, apesar de tudo, de boa qualidade técnica, principalmente por ter superado a possibilidade de perigos maiores para a liberdade interior, para a intimidade da consciência de cada um:

“Art. 135 – Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo, ou não pedir, nesses casos, o auxílio da autoridade pública:

Pena – detenção de um a seis meses, ou multa de trinta centavos a dois cruzeiros

Parágrafo único – A pena é aumentada de metade, se a omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada se resulta morte”.

Os valores amparados neste artigo ficam reduzidos à vida e à saúde de outrem postos em perigo, idéias básicas que determinam a tutela e que mostram qual o escopo do legislador, circunscrevendo a interpretação da norma e indicando soluções nos casos de dubiedade de exegese.

O critério de nossa legislação, embora seja idêntico ao da maioria, não relete uma tendência uniforme, já que em alguns países, a obrigação de prestar socorro, tutela até mesmo bens patrimoniais. Evidentemente exagerada esta pretensão de objetividade jurídica, embora se possa indagar a oportunidade de uma

ampliação do dispositivo o art. 135 até a proteção da liberdade individual, da liberdade sexual ou de outros bens estimados como valiosos e situados em hierarquia elevada na escala e valores.

3 – Estrutura do Tipo

Na seqüência do pensamento deve-se indagar quais as espécies de conduta que podem pôr em perigo ou lesar tais bens jurídicos. A resposta deflui nitidamente do tipo penal, que demanda um comportamento omissivo diversamente da generalidade das hipóteses de previsão normativa. Nestas, a maioria, cogita-se de condutas comissivas, crimes realizados por ação ou, em outros termos, de uma conduta militante, positiva, efetiva, que se projeta externa e objetivamente contra um bem jurídico para pô-lo em perigo ou lesá-lo.

No art. 135, a situação é diversa. Chega-se ao resultado jurídico mediante a um não fazer, mediante uma conduta negativa. Dentro de uma concepção popular de crime, não científica ou técnica, nem sempre é fácil a compreensão da omissão dentro da estrutura do fato punível, já que normalmente vem ele pensado nas suas formas comissivas, com um comportamento e um resultado aferíveis concretamente em termos de causalidade física.

E isto se agrava quando se verifica que nem mesmo um evento final de dano é requisito legal para a configuração do ilícito, contentando-se o legislador com a criação do perigo que, para ele é, também, uma consequência jurídica e, portanto, neste sentido, evento. Assim, a lesão corporal de natureza grave ou morte, que possam resultar da omissão, atuam apenas como condição de maior punibilidade (art. 135, § único).

A sua intenção foi coibir situações nas quais seres humanos pudessem ficar sem socorro quando este fosse possível, evitando o perigo para a vida ou para a saúde, conceituando-se este perigo diante de cada caso concreto. Não há uma presunção de perigo, o chamado perigo abstrato, mas a necessidade do exame da situação específica para que dela se possa inferir, ou não, a existência do perigo.

Trata-se do crime de consumação instantânea, na imensa maioria das hipóteses, embora não existam barreiras científicas para os casos em que se transforma em crime permanente. Cite-se, como exemplo, o caso de um médico e de uma enfermeira, um e outro sabendo que determinado medicamento imprescindível não está sendo aplicado ao paciente, e ambos omitem-se, conscientes do perigo e de sua permanência.

A permanência também está presente em certas situações em que o "status" enseja a ocorrência de determinadas modalidades do crime. Por aglutinação, por contiguidade, a hipótese aproxima-se de outra, daquele que abandona pessoa que está sob seus cuidados ou sob sua vigilância ou sua autoridade ou guarda e que, por qualquer motivo, é incapaz de se defender dos riscos resultantes da omissão. Da omissão de socorro propriamente pode-se, aí, atingir outra modalidade deletiva, também capaz de abarcar o médico: abandonar pessoa que está sob seus cuidados, com maior intensidade de apenação, três meses a três anos de detenção.

4 – Sujeito Ativo

Quem, diante desta situação de perigo, tem o dever da prestação de socor-

ro? Todos ou alguém com determinados requisitos?

Rigorosamente, não existe, aprioristicamente, tal dever. Ele vai nascer da situação, no momento em que ela se configurar, fundamentando toda a figura do crime omissivo, já que o agente é alguém que deixa de realizar algo que, naquele instante, tinha o dever de fazer. Nesta ocasião está o nascimento do dever, simultaneamente com a configuração do perigo à vida ou à saúde de terceiro e a possibilidade da prestação de socorro sem risco pessoal, mostrando, assim, a não adesão, a rejeição do fato.

Trata-se, portanto, de um dever que se torna concreto diante uma situação concreta, abarcando todos aqueles que dentro dela possam prestar o auxílio ao ferido, ao doente, ao que clama no sofrimento, sendo sempre um dever legal e não meramente um dever moral.

Pode, em conseqüência, praticar o crime qualquer um que esteja em condições de prestar o socorro: um médico, um nadador, etc...

Em suma, qualquer pessoa que, dentro de suas possibilidades, de suas aptidões, tenha o ensejo efetivo de contribuir de alguma forma para atenuar o perigo.

Contrariamente, não pode ser tido como agente o que de nenhuma forma pode colaborar na prestação de socorro, que nada pode fazer de útil, já que a temática não se desliga do tema da causalidade, da relação possível de causalidade, na medida em que o agente deve ser capaz e tentar, pelo menos, um abrandamento das conseqüências.

Tem ampla extensão este dever de prestação de assistência, por isso que não se refere apenas aos casos em que se pode salvar a vida, por exemplo, mediante o simples estancamento de um processo hemorrágico em termos efetivos e definitivos. A omissão de socorro configurar-se-á mesmo quando não se possa eliminar o perigo, desde que fosse possível tê-lo abrandado, atenuado, contido em termos menos agudos, aplacando, por exemplo, a intensidade de um sofrimento.

Pouco importa que o ferido, o doente, o menor tenham criado a situação de perigo ou, de alguma forma, ensejado a sua verificação. Não se afasta o dever de socorro por ter havido precedente culpa daquele que necessita do auxílio, da mesma forma pela qual não fica arredado quando inexistente a possibilidade de solver integralmente o perigo.

Para o médico, especialmente, embora não com exclusividade, o problema apresenta-se às vezes com contornos peculiares. Exemplificando, será suficiente para a configuração da omissão de socorro o não atendimento de telefonema de terceiro comunicando que alguém se encontra em grave e iminente perigo? A pergunta coloca a indagação, em última análise, se o dever de socorro surge apenas diante de uma situação com a participação direta do agente, com visualização do perigo e com a sua constatação real, ou se a mera possibilidade transmitida por notícias dadas por outrem pode dar surgimento a tal dever.

O dever de socorro existirá tantas vezes quantas o momento gere a verossimilhança do perigo, presente o agente no local ou não. Se, ausente, receber aviso, e for a pessoa indicada para o salvamento, emanará o dever da credibilidade possível a ser extraída da informação recebida. Assim, o médico que se recusa a atender a um chamado feito altas horas da noite, mas verossímil, crível, não pode deixar de incorrer nas penas da infração do artigo 135 do Código Penal.

Ilustrativo é o caso citado por Bernardino Gonzaga, de um hoteleiro que escuta ou é advertido de um choro de criança nas proximidades das latas de lixo de seu estabelecimento comercial. Inerte, nada providencia, encontrando-se lá, no dia seguinte, uma criança morta.

Ainda que não se veja, que não se tenha sob as vistas aquele que necessita de socorro, mas desde que era possível, até com facilidade, ter a certeza do perigo a partir de uma advertência inicial, seja ela qual for, o fato erigir-se-á em punível.

Cogita, ainda, o legislador, daquele que não tem condições necessárias para a prestação de socorro, como na situação em que se exige uma aptidão técnica ou um aparelhamento determinado. Possibilitou ele, então, um comportamento subsidiário, ou seja o recurso da solicitação do concurso da autoridade pública.

O dever de socorro, contudo, não é absoluto. Se ao legislador é possível pedir um pouco menos de egoísmo, um pouco mais de solidariedade, não pode exigir a virtude e a perfeição em termos integrais, cobrando de cada homem a conduta de herói.

A conduta heróica, refugindo aos padrões médios da vida social, não pode ser imposta pelo legislador que não edita normas para serem ideais, mas sim para serem normais. Daí porque ele mesmo ressalva que o dever de socorro desaparece quando existe risco pessoal para o Salvador.

Em última análise, ninguém está obrigado a arriscar a própria vida para salvar a de terceiros. O risco, portanto, a que se refere o legislador, é o risco pessoal, aquele que se volta contra a saúde ou a vida do próprio salvador. Ficam excluídos, em consequência, os chamados riscos morais ou patrimoniais que, legalmente, devem ser arrostados em benefício de terceiro.

A equição posta sugere que existe uma tábua de valores e que a vida e a saúde estão hierarquicamente acima de quaisquer outros, que por eles podem ser sacrificados. Observe-se, contudo, que esta regra geral, como muitas das regras gerais, apresenta imperfeições. Na já referida monografia de Guarnieri sobre omissão de socorro, existe a colocação de um dilema que se pode reproduzir na vida real, ou seja, o dever de minorar a dor de um terceiro, mas minoração extraordinariamente reduzida e que, em contrapartida, implica grave risco moral ou patrimonial.

Em termos legais, apesar de tudo, a preferência recai sobre a necessidade do socorro, embora, em termos humanos, talvez não se pudesse considerar assim. A única solução repousaria na busca de uma excludente supra-legal para a recuperação da crise, a não exigibilidade de conduta diversa. Observe-se, porém, que, em termos práticos, tal solução está longe de não ser controvertida, pressupondo inúmeros problemas jurisprudenciais ainda não convenientemente resolvidos, até porque nem sempre suscitados.

5 – Sujeito Passivo

Por outro lado, e correlatamente, se se pergunta quem pode ser sujeito ativo, deve-se indagar quem pode ser sujeito passivo, quem pode ser reputado vítima da omissão de socorro. Neste passo, não há mais se falar em qualquer, como se fez em relação ao sujeito ativo já que o legislador colocou a exigência de determinados caracteres ou qualidades pessoais.

Assim é que se referiu a criança abandonada, extraviada ou pessoa inválida ou ferida ou em iminente perigo.

O texto está longe de ser claro. Criança abandonada é aquela rejeitada pelos pais, repudiada pelos genitores e que, por isso mesmo, arrosta os riscos do mundo. Criança extraviada é aquela que se afastou do lar, que o abandonou contra a vontade e sem o conhecimento dos pais, sozinha, passando a correr inúmeros riscos. A dificuldade de exegese deriva da ausência, no Código, de fixação expressa de até que faixa etária estende-se a noção de criança, deixada a sua conceituação a cargo do intérprete e do aplicador da lei. O mais razoável, sempre dentro da linha do exame do caso concreto, permite que se estenda até aquele do adolescente.

A maior dificuldade do texto não deriva deste aspecto, mas do atinente às pessoas inválidas ou em grave e iminente perigo. De duas uma: ou af se contém mais duas hipóteses de possíveis sujeitos passivos ou apenas mais uma. Assim, pessoa inválida, ferida, ao desamparo, além das que se encontram em grave ou iminente perigo ou, então, apenas pessoa ferida, inválida, ao desamparo e em grave e iminente perigo.

A criação de mais uma categoria, a das pessoas em grave e iminente perigo, mesmo que não feridas, inválidas ou ao desamparo implica grande abertura do tipo penal. Mas é precisamente esta configuração que permite punir aquele que não estende a mão para salvar uma criança, nem abandonada, nem extraviada, que está sendo tragada pelas águas de um rio e que não se poderia considerar compreendida por nenhuma das outras categorias legais de sujeitos passivos. Haverá omissão de socorro, neste caso, apenas se se der autonomia para a categoria das que se encontram em grave e iminente perigo, o que nos conduz à convicção de que também ela deve ser aceita como abrangida pelo artigo 135.

Invalído é o que apresenta deficiência, seja biológica, psicológica ou física, por ter envelhecido ou por ser doente. Ferido é o que se ressentido de uma lesão pessoal. Ao desamparo é uma qualificação para estas duas situações, dizendo da ausência de assistência destas pessoas, pelo menos no momento.

6 – Elemento Subjetivo

Como elemento subjetivo do crime, basta a adesão espiritual ao resultado, que é de perigo. Não é necessário que se tenha criado o perigo, quando o delito será outro, nem que se deseje a sua aparição, sendo puramente suficiente a sua aceitação passiva.

Dolo de perigo, portanto. E apesar da dissensão entre as categorias do dolo eventual e de perigo em termos doutrinários, será autor também aquele que assumir o risco de, por exemplo, não atender a um ferido. Se duvida do perigo, se hesita diante da sua existência e não atua, não se pode negar a pactuação, a asunção do risco.

Mas como o dolo implica consciência e vontade, por isso mesmo ficará elidido sempre que ocorrer, escusavelmente, o erro quando o agente, representando falsamente a realidade, supõe inexistente o perigo e deixa, por esta razão, de agir. Quando o médico não atender imediatamente um doente por supor, em virtude de erro de diagnóstico, a ausência de gravidade, não há como se cogitar de dolo, porque a sua vontade se formou viciada pelo engano, tornando inexistente o crime. A construção mental do fato, de tal forma equivocada, obstruiu, motivou

anormalmente a sua conduta, que seria diversa se não tivesse ocorrido o erro.

7 – Conclusão

A pena para o crime de omissão de socorro é de retenção de um a seis meses, sendo a pena aumentada de metade se resulta lesão corporal grave e triplicada se resulta morte.

Obtém-se com estes dados uma colocação geral da omissão de socorro, tal como nos propusemos inicialmente, a partir de uma temática mais genérica para outra, a final, mais particular. Sempre, em qualquer das formas de visualização, sem se pretender efetuar uma construção dogmática, mas sim fornecer uma explicação objetiva, devidamente enquadrada dentro das estruturas gerais condicionantes do pensamento jurídico.

Uma visão simples da omissão de socorro, sem complexidades que derivam de uma análise centrada a partir do rigor do conceito analítico ou formal do crime, mas eficiente como esclarecimento, pelo menos é o que desejamos.



NOTA DA REDAÇÃO:

Apresentamos aqui a retificação na matéria impressa no volume anterior (v.7, nº 28 - Out./Dez., 1990) da página 205 tendo como título ACÓRDÃO - PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL DE Nº 31/85, leia-se portanto ACÓRDÃO - PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL Nº 33/85.

ATESTADOS MÉDICOS

O atestado médico é documento de fornecimento na prática diária da medicina e se reveste de grande responsabilidade, que nem sempre é recordado por aqueles que os fornecem. Para que se conscientizem queremos lembrar que através dos atestados são justificadas faltas nas escolas, empregados são admitidos ou licenciados, indenizações são conseguidas e cadáveres são enterrados.

São documentos cujo conteúdo deve ser o mais explícito possível dizendo respeito às condições de saúde ou de vida ou a atos médicos praticados.

Atos previstos como antiéticos e ilícito civil podem ser cometidos no fornecimento de atestado médico, desde que não sejam corretas as justificativas neles contidas, ou que causem prejuízos a terceiro ou faltem com a verdade ou que não tenham sido de observação direta.

O professor Hermes Rodrigues de Alcantara classifica os atestados em:

- 1) quanto a sua procedência ou destino, em oficiais, administrativos e judiciais
- 2) quanto ao seu conteúdo em gratuitos, imprudentes e falsos;
- 3) quanto aos tipos em de óbito, de vacina, de sanidade física e mental, de insanidade física e/ou mental, ou de incapacidade laborativa.

Atestado oficial é aquele fornecido por um médico na atividade privada, com destino a uma pessoa física ou jurídica privada. Exemplo: atestado para matrícula em estabelecimento escolar particular.

Atestado administrativo é aquele fornecido por um médico servidor público ou por um médico particular, mas que vai representar seu papel junto a uma repartição pública. Exemplo do primeiro grupo: atestado de vacina fornecido pela unidade sanitária; do segundo grupo: atestado de óbito.

Atestado judicial é aquele expedido por solicitação do juiz ou que integra os atos judiciários. Qualquer um dos anteriores pode se transformar em judicial.

Atestado gratuito é sempre antiético, porque fornecido sem a prática do ato profissional que o justifique, não importando se gratuitamente ou pago. Ele pode se transformar em imprudente ou falso.

Atestado imprudente é aquele fornecido por um médico particular para fins administrativos, sabendo-se que a empresa ou repartição tem serviço próprio, correndo o risco, portanto, de ser rejeitado ou contrariado.

Atestado falso é o que na sua expressão falta com a verdade, dolosamente. É crime previsto no Código Penal (Artigo 302) como de falsidade ideológica.

O Código de Ética Médica prevê infração ética ao médico que fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda à verdade ou que, quando solicitado pelo paciente ou pelo responsável legal, negar e atestar os atos médicos executados. O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento ético, sendo o fornecimento direto inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Necessário se torna o cuidado sempre presente quanto ao segredo profissional.

Existem condições em que ele pode ser revelado, isto é, quando para obedecer dever legal ou justa causa.

Constituem **dever legal** as seguintes circunstâncias:

1) casos de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou outras de declaração obrigatória, como doenças profissionais, toxicomanias, etc.

2) perícias judiciais;

3) quando o médico está revestido de funções em serviço biométricos, junta de saúde, serviços de companhias de seguro, procurando não desvendar o diagnóstico, se possível;

4) os atestados de óbitos;

5) nos casos de sevícias de menores ou castigos corporais, atentados ao pudor, supressão intencional de alimentos;

6) os casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses da cliente.

Constitui **justa causa**:

1) quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família;

2) para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave transmissível, capaz de pôr em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, em que o médico esgotará primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra do sigilo.

Quais os elementos que devem constar de um atestado médico?

Nome do solicitante

Autorização infra assinada quando o solicitante desejar o código (CID) ou explicação da doença.

Data do afastamento (período de doença ou de incapacidade)

Data do atestado

Assinaturas do médico com o número de registro do CRM e do paciente ou responsável legal, quando menor (neste caso verificar a autenticidade da legalidade)

Citar não ter valor de perícia médica

Citar, quando necessário, o grau de limitação (repouso ou isolamento)

Observar o dever legal e na justa causa

Citar a que fim se destina

Exigir prova de identidade.

Por outro lado existe sempre dúvida e polêmica de quando se pode ou se deve fornecer o diagnóstico, codificado ou não.

O CID, classificação internacional de doenças, nos atestados médicos pa-

ra justificar faltas ao trabalho é indispensável, porque não cabe às empresas manterem controle estatístico sobre incidência de doenças e a revelação do diagnóstico não colabora de forma alguma para a dispensa do funcionário.

Contudo, o próprio doente, pressionado pelos empregadores, frequentemente tem a anuência do médico para o fornecimento do CID e/ou diagnóstico, procurando protegê-lo, mas em tal atestado deve se fazer constar a autorização do interessado, comprovada pela sua assinatura juntamente com a do médico.

Para fins trabalhistas a Lei nº 605 de 05 de janeiro de 1949, determina em seu artigo 6º, parágrafo 2 – a doença será comprovada mediante atestado médico da instituição da Previdência Social a que estiver filiado o empregado e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico da Empresa ou por ela designado; de médico a serviço de repartição federal, estadual ou municipal, incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha.

Portanto, o atestado médico emitido por outros médicos em desconformidade com o que é relacionado com a Lei, revestido de lisura e perfécia, é um documento válido, salvo nos casos de urgência comprovada.

Assim sendo, a recusa de atestado médico nestes moldes, não deve desencadear qualquer atitude por parte do médico, porque a empresa estará agindo apenas de conformidade com a Lei.

Ressalvadas estas condições, não é ético que um médico recuse atestado fornecido por outro profissional, salvo se o faça em decorrência da constatação de um erro de avaliação, devidamente comprovado. O subscritor de tal documento deverá ser contactado e ser comunicado de tal irregularidade, mantendo-se assim o apreço e a solidariedade que devem nortear as relações entre os profissionais da medicina.

Os atestados médicos de Saúde Ocupacional devem ser fornecidos por Médico do Trabalho especializados em Segurança e Medicina do Trabalho, nas empresas obrigadas a manter tal serviço e quando a empresa não tiver esta obrigação, o atestado deverá ser fornecido preferencialmente por médico do trabalho.

Também não é de bom procedimento o médico elaborar atestado em causa própria.

Deixamos propositadamente para considerações especiais o atestado de óbito, que oficialmente é designado DECLARAÇÃO DE ÓBITO e é, sem dúvida, o mais importante documento assinado pelo médico, porque com ele é feito o registro do óbito, cessando juridicamente a vida de uma pessoa.

A DECLARAÇÃO DE ÓBITO só deve ser assinada após verificação de que todos os itens que a compõe estão devidamente preenchidos.

Para melhor orientação transcrevemos a Resolução CFM nº 1290/89, que resolve:

1º – O médico só atestará o óbito após tê-lo verificado pessoalmente;

2º - É dever do médico atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, ainda que o mesmo ocorra fora do ambiente hospitalar, exceto em caso de morte violenta ou suspeita;

3º – Quando o óbito ocorrer em Hospital, caberá ao médico que houver dado a assistência ao paciente a obrigatoriedade do fornecimento do atestado de óbito ou, em seu impedimento, ao médico de plantão;

4º – No caso de morte violenta ou suspeita, é vedado ao médico assistente atestar o óbito, o que caberá ao médico legalmente autorizado;

Parágrafo 1º – Entende-se por morte violenta aquela que é resultado de uma ação exógena e lesiva, mesmo tardiamente;

Parágrafo 2º – Entende-se por morte suspeita aquela que decorre de morte inesperada e sem causa evidente;

5º – É vedado ao médico cobrar qualquer remuneração pelo fornecimento de atestado de óbito.

O atestado de óbito do paciente que foi transferido para UTI deve ser firmado em primeiro plano pelo seu médico assistente e na falta deste pelo médico intensivista.

Convém ressaltar que ao Serviço de Verificação de óbito cabe determinar a “causa mortis” de pessoas falecidas sem assistência médica. Nos locais onde tais serviços não existem, os óbitos de morte natural, sem a assistência médica serão atestados por qualquer médico da localidade, e de preferência por médico da Unidade Sanitária.

Nos casos de morte violenta, causada por ação exógena ou lesiva (acidental, suicídio, homicídio, etc.) mesmo advinda dias após, somente o Instituto Médico Legal poderá emitir a Declaração de óbito e na sua existência, o profissional legalmente autorizado o fará.

Para terminar parece-nos conveniente estabelecer a diferença entre DECLARAÇÃO E ATESTADO.

Declarar significa dar a conhecer, esclarecer, explicar.

Atestar significa afirmar ou provar em caráter oficial.

Curitiba, 09 de setembro de 1991.

CONS. WADIR RÚPOLLO
Presidente



ACÓRDÃO

Processo Ético-Profissional nº 020/87

DENUNCIANTE – CRM/PR
DENUNCIADO – DR. NÉLIO RIBAS CENTA
RELATOR – CONS. GILBERTO SACILOTO
REVISOR – CONS. SÉRGIO AUGUSTO MUNHOZ PITAKI
ACÓRDÃO – 003/91

PACIENTE PREVIDENCIÁRIA – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL
– PARTO REALIZADO POR OUTRO PROFISSIONAL – HONORÁRIOS RECEBIDOS – NÃO CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 87 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – ABSOLVIÇÃO.

Se o denunciado acompanhou o pré-natal da paciente e sob sua responsabilidade foi a mesma internada, embora não tenha realizado o parto, desde que não se encontrava de plantão na ocasião, não pode ser responsabilizado por ter a Previdência lhe pago os honorários respectivos, não apenas porque não poderia diferenciá-los de outros créditos, como também por não ter agido com culpa ou dolo no recebimento.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional nº 020/87, em que é denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, e denunciado o Dr. Nélio Ribas Centa.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **não acolher a imputação** feita ao denunciado, Dr. Nélio Ribas Centa, de infração ao artigo 87 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 538, de 07 de março de 1991.

Curitiba, 08 de março de 1991.

Cons. FARID SABBAG
Presidente

Cons. GILBERTO SACILOTO
Relator

TEORIA DA CULPA É A BASE DO ERRO MÉDICO

Antônio Celso C. de Albuquerque *

No direito brasileiro a responsabilidade civil do médico está expressamente consagrada no artigo 1.545 do Código Civil, nos seguintes termos: "Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que por imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento".

Vemos, portanto, que o direito civil pátrio abraçou totalmente a teoria da culpa no que diz respeito à responsabilidade médica. Sendo assim, terá a vítima do dano de provar a imprudência, a negligência e a imperícia do profissional para ser plenamente ressarcida.

Age com **imprudência** o profissional que toma atitudes não justificadas, precipitadas, sem usar de nenhuma cautela. Na imprudência há uma culpa comissiva. Como exemplo poderíamos lembrar o caso do médico que receita a injeção de penicilina sem fazer teste de alergia no cliente e este vem a morrer em decorrência de choque anafilático ou do cirurgião que dá anestesia sem esperar pelo anestesista, provocando parada respiratória.

Na **negligência**, há uma atitude passiva, omissiva do médico que omite precauções ou medidas necessárias como, por exemplo, o esquecimento de pinça ou tampão de gaze no abdome do paciente ou que no pós-operatório abandona o cliente, provocando com essa atitude danos graves, ou também daquele profissional que faz um exame superficial, dessa forma errando o diagnóstico, ou ainda é negligente o "médico que determina a aplicação de soro antitetânico na vítima sem, antes, submetê-la aos testes de sensibilidade, acarretando, com isto, sua morte por deficiência cardíaca" (TAcrlmSP, RT, 549/345).

A **imperícia** a falta de conhecimento técnico da profissão. É imperito o cirurgião que em operação de varizes corta nervos da perna, deixando o paciente aleijado, ou aquele médico que faz transfusão de sangue heterólogo, provocando a morte do paciente ou o obstetra que em operação cesariana corta a bexiga da parturiente.

Recentemente a 6ª Câmara do Tribunal de Justiça de São Paulo confirmou sentença em que foi condenado o Hospital Geral da Lapa a indenizar o menino S.W.P.F. de dois anos de idade cujos pés haviam sido amputados por negligência e imperícia dos médicos deste estabelecimento que não perceberam que ele sofria também de problemas circulatórios nos pés ao dar entrada no referido hospital em consequência de grave desidratação e broncopneumonia.

Em suma, deverá a vítima do dano provar que houve negligência, imprudência ou imperícia (culpa) por parte do médico e o nexo de causalidade entre essa atitude e o dano, sem o que não conseguirá a reparação almejada. Nesse sentido temos acórdão (RT, 545/73) de gritante injustiça, aliás que negou indenização à paciente operada de varizes, que adquiriu defeito físico após a operação, por não ter conseguido provar a culpa do médico apesar de ter demonstrado que o dano adviu da operação. O voto vencido deixa claro que o defeito de "pé caído" apareceu em virtude de imperícia do cirurgião e que antes de dar entrada no hospital, a vítima não apresentava tal defeito.

* Assessor Jurídico do CRM/PR



ACÓRDÃO

Processo Ético-Profissional nº 005/87

DENUNCIANTE – CRM/PR
DENUNCIADO – DR. MARIO EDUARDO REBOLHO
RELATOR – CONS. JOSÉ LEON ZINDELUK
REVISOR – CONS. MIGUEL I. ABOUD HANNA SOBRINHO
ACÓRDÃO – 007/91

MÉDICO DE PLANTÃO – AGRESSÕES VERBAIS – FAMILIARES DA GESTANTE PREVIDENCIÁRIOS – CLIMA DE TENSÃO E ANIMOSIDADE – RECUSA DE ATENDIMENTO – AUSÊNCIA DE DANOS À GESTANTE E SEU FILHO – ATITUDE JUSTIFICADA DO PLANTONISTA – ACUSAÇÃO IMPROVISA – ABSOLVIÇÃO.

Restando comprovado que as circunstâncias criadas pelos familiares da paciente previdenciária, geraram um clima de tensão e animosidade com o denunciado, o que resultou na recusa de atendimento por parte deste, e desde que tal atitude não trouxe qualquer dano à gestante ou a seu filho, improcede a denúncia formulada, pois justificável a reação do médico frente as agressões verbais sofridas.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 005/87, em que figura como denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ e denunciado o Dr. Mario Eduardo Rebolho

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **não acolher a imputação** feita ao denunciado de infração ao artigo 22 do revogado Código Brasileiro de Deontologia Médica, correspondente ao artigo 58 do vigente Código de Ética Médica, conforme Ata nº 563, de 1º de julho de 1991.

Curitiba, 02 de julho de 1991.

Cons. JOSÉ LEON ZINDELUK
Relator

Cons. WADIR RUPOLLO
Presidente

Quem pode aplicar e vender lentes de contacto?

PARECER CFM

O presente Processo Consulta originou-se de denúncia por parte da Sociedade Brasileira de Oftalmologia ao CFM-DF contra firma de comercialização de produtos óticos por exercício ilegal da medicina. Feita a vistoria in loco pelo Cons. Celso Antonio R. Silva e constatada a veracidade dos fatos, o mesmo em seu parecer sugeriu que fosse encaminhada a denúncia à Secretária de Saúde do Distrito Federal (Fl. 29), o que foi aprovado pelo plenário. Esta através da sua Divisão da Fiscalização da Saúde pronunciou-se inicialmente que "os médicos oftalmologistas estão descumprindo a legislação, uma vez ser prática habitual destes profissionais a venda de lentes de contacto, atividade exclusiva de estabelecimento ótico" (Fl. 34).

A seguir afirma a D F S: "Em vistoria realizada no estabelecimento constatamos que o mesmo exerce a atividade de comercialização e adaptação de lentes de contato sob a responsabilidade do ótico Ricardo T. Bretas legalmente habilitado para tal, estando cadastrado no CDR/Dp Fs possuindo diploma expedido pela Secretaria de Educação do Estado de São Paulo".

E prossegue: "Com relação a adaptação de lentes de contato o ótico que tenha cursado regularmente o curso de habilitação em ótica, está habilitado a realizá-la uma vez que consta no currículo a disciplina Contactologia, ..." (fl.35).

E ainda: "Diante do exposto, esta divisão de fiscalização de Saúde tem a informar que não procede a denúncia..." (fl. 35).

Face a este posicionamento da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o CRM-DR solicitou a alguns CRM's que lhe enviassem posicionamentos e jurisprudência sobre a questão, obtendo respostas dos CRM-SP, RS, RJ e do CFM. Assim reunem-se no final os seguintes documentos sobre a matéria:

1. DEC. 20 931 de 11/01/32

Art. 38 – "É terminantemente proibido aos enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedistas a instalação de consultórios para atender clientes, devendo o material aí encontrado ser apreendido e remetido para o depósito público, onde será vendido judicialmente a requerimento da Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública a quem, a autoridade competente oficiará nesse sentido. O produto do leilão judicial será recolhido ao tesouro, pelo mesmo processo que as multas sanitárias".

Art. 39 – "É vedado às casas de ótica confeccionar e vender lentes de grau sem prescrição médica, bem como instalar consultórios médicos nas dependências dos seus estabelecimentos".

2 – DEC. 24.292 de 28/06/34

Art. 9 – "ao ótico prático do estabelecimento compete:

- a) a manipulação ou fabrico das lentes de grau;
- b) o aviamento perfeito das fórmulas óticas fornecidas por médico oculista;
- c) substituir por lentes de grau idêntico aquelas que lhe forem apresentadas dani-

ficadas;

d) datar e assinar diariamente o livro de registro do receituário de ótica”.

Art. 12 – “Nenhum médico oculista, na localidade em que exercer a clínica, nem a respectiva esposa, poderá possuir ou ter sociedade para explorar o comércio de lentes de grau”.

Art. 13 – “É expressamente proibido ao proprietário, sócio, gerente, ótico prático e demais empregados do estabelecimento, escolher ou permitir escolher, indicar ou aconselhar o uso de lentes de grau, sob pena de processo por exercício ilegal da medicina, além das outras penalidades previstas em lei”.

Art. 14 – “O estabelecimento de venda de lentes de grau só poderá fornecer lentes de grau mediante apresentação da fórmula ótica de médico, cujo diploma se ache devidamente registrado na repartição competente”.

Art. 15 – “Ao estabelecimento de venda de lentes de grau só é permitido, independente da receita médica, substituir por lentes de grau idêntico aquelas que forem apresentadas danificadas, vender vidros protetores sem grau, executar consertos nas armações das lentes e substituir as armações quando necessário”.

Art. 16 – “O estabelecimento comercial de venda de lentes de grau não pode ter consultório médico, em qualquer de seus compartimentos ou dependências, não sendo permitido ao médico sua instalação em lugar de acesso obrigatório pelo estabelecimento.

Parágrafo Primeiro – É vedado ao estabelecimento comercial manter consultório médico mesmo fora das suas dependências; indicar médico oculista que dê aos seus recomendados vantagens não concedidas aos demais clientes e a distribuir cartões ou vales que dêem direito a consultas gratuitas, remuneração ou com redução de preço.

Parágrafo segundo – É proibido aos médicos oftalmologistas, seja por que processo for, indicar determinado estabelecimento de venda de lentes de grau para o aviamento de suas prescrições”.

Art. 17 – “É proibida a existência de câmara escura no estabelecimento de venda de lentes do grau, bem assim por em pleno funcionamento aparelhos próprios para o exame dos olhos cartazes e anúncios com oferecimentos de exame de vista”.

3 – Port. nº 86 do Departamento Nacional de Saúde de 28/06/58

ARt. 12 – Entende-se por ótico-prático e ótico prático em lentes de contato, quem for habilitado nos exames procedidos na forma da presente portaria para assumir a responsabilidade pelo funcionamento dos estabelecimentos de ótica.

4 – Parecer CFM em 27/08/83 (Processo Consulta 1345-57, origem CREMESP).

O Parecer do Processo em referência ressalta: “quando o oftalmologista prescreve óculos para um paciente submetido a exame de refração, o ato médico se esgota no fornecimento da receita; de posse desta, o paciente compra os óculos numa ótica. Diferente é a situação quando se tratar de lentes de contato: neste caso não basta diagnosticar o tipo e o grau do defeito de refração; torna-se necessário todo um trabalho de adaptação das lentes que envolve atos médicos. Assim sendo, o oftalmologista não vende lentes de contato, mas executa um trabalho médico, presta um serviço pelo qual cobra honorários que englobam o cus-

to das lentes, material essencial a prestação de serviço. Este é o entendimento também do Tribunal de Impostos e Taxas do Estado de São Paulo, que tem isentado os oftalmologistas que adaptam lentes de contato em seus consultórios do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (Proc. DRT-6-1.874/73). Adaptação de lentes de contato pelo oftalmologista no próprio consultório não constitui uma atividade mercantil de venda das referidas lentes e, portanto, perfeitamente ética e legal. O desenvolvimento tecnológico das últimas décadas pôs à disposição dos médicos grande quantidade de métodos e diagnóstico e tratamento de complexidade variável. A maior complexidade de muitos desses métodos fez com que profissionais se especializassem em sua aplicação. Não existe, entretanto, qualquer impedimento ético ou legal para que outros médicos, que exerçam especialidades onde tais exames subsidiários ou processos terapêuticos sejam rotineiramente utilizados, passem a aplicá-los, desde que para tanto estejam devidamente capacitados – e como se tal atividade fosse uma extensão material de seu trabalho clínico, semelhante ao que ocorre com o cardiologista que faz eletrocardiograma ou o neurologista que faz eletrencefalogramas dos respectivos pacientes”.

5 – Parecer CFM 19/85 (Processo Consulta 1591/84), aprovado em 12/07/85. (Fls. 78 a 82).

1. “Nunca é demais repetir que a Medicina não é um simples negócio destinado a render lucros. Por isso, não deve o médico ficar alheio à finalidade social de sua profissão e aos interesses vitais do seu paciente.

Lamentavelmente, uma certa mentalidade mercantilista parece dominar nossos dias, de tal modo que os mais otimistas não escondem seu temor pelos dias futuros. Mercantilização da Medicina é pois, a sua transformação em objeto de lucro, superpondo-se ao efetivo exercício profissional.

2. Do mesmo modo, o médico que, no seu consultório, concomitantemente, comercializa artefatos diretamente a seus clientes, contraria princípios éticos, pois isto implica na mercantilização da medicina, em face de tal comércio não corresponder a serviços efetivamente prestados no exercício profissional médico. O mesmo se diga quanto à sua antijuricidade, porquanto o Decreto nº 20.931/32 torna impeditivo a exploração do comércio farmacêutico e, por extensão, também proibe, com muito mais razão, a venda de artefatos e aparatos médicos em consultórios. Isso não deixa de subordinar os princípios éticos e jurídicos da profissão aos interesses puramente mercantis.

Assim, não há por que negar a ilicitude e a aeticidade do médico que, extrapolando o efetivo desempenho de sua profissão no consultório, venha comercializar artefatos ou aparatos médicos no exercício real da sua atividade com o cliente. Basta ver os dispositivos éticos e legais que regem essa forma de comportamento.

Parte Conclusiva:

O Decreto nº 20.931/32, em vigor, no seu artigo 16, letra “g”, proíbe ao médico participar de empresas que explorem o comércio farmacêutico, enquanto exerça a medicina. A letra “h” do mesmo dispositivo proíbe a atividade simultânea de médico e farmacêutico. Sendo pois, ambas as situações ilegais e antiéticas.

A comercialização pelo médico, em seu consultório, de lentes de contato é a prática antiética por infringência ao Princípio XII e artigos 10º e 61º do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Por outro lado, reconhece-se a necessidade de que as lentes de contato sejam aplicadas pelo médico, o qual detém de maneira exclusiva a competência profissional e a responsabilidade pela adaptação e as suas possíveis consequências sobre a saúde do paciente.

Por conseguinte, não se considera como comercialização o médico cobrar os seus honorários de maneira distinta dos custos das lentes, os quais são cobrados contra a apresentação da nota fiscal da empresa fornecedora, em nome do "paciente".

6 – CEM art. 98 "(É vedado ao médico:) exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho".

CEM art. 99. "(É vedado ao médico:) exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional".

CONCLUSÃO

Da apreciação destes dispositivos observamos que, aos técnicos ópticos, profissionais de nível médio, compete a manipulação ou fabricação de lentes de contato entendemos por suas características técnicas, ser ato de competência dos médicos, pelas necessidades de acompanhamento dos pacientes, face a possibilidade de inúmeras e graves complicações. A alegação de que no currículo dos técnicos óticos consta a disciplina "Contactologia" não nos parece credenciá-los a prática da adaptação de lentes de contato. Faltam aos mesmos os conhecimentos da Fisiopatologia e Semióticas necessários a um acompanhamento seguro do processo, que os capacite a identificar complicações capazes de trazer graves sequelas aos pacientes.

Sobre isso, opina a Sociedade Brasileira de Oftamologia, no Processo Consulta CFM 1006/89, fl. 49 (sobre a adaptação de lentes de contacto) "... só poderá ser feita pelo médico, pela observação, estudo do corpo estranho controlado (lente de contacto) e o olho exige conhecimentos profundos".

Igualmente assim, se posiciona a AMB/RS no mesmo Processo Consulta, fls. 71v e 72:

"O conceito sobre Adaptação de Lentes de Contacto deve levar em conta que a lente colocada sobre a córnea, é feita de material originário de vários tipos de plásticos, havendo sofrimento dos tecidos oculares, quando, em contato com a mesma, a esse sofrimento deve ser controlado, para que o paciente possa usá-la, mas nem sempre isso é possível, por várias razões".

"Após elaborado exame Oftalmológico, cabe exclusivamente ao médico indicar ou contra-indicar o uso de Lentes de Contacto. Abandonando as contra-indicações absolutas, devemos dizer, a qualquer momento o usuário está sujeito a ter que suspender o uso, devido a problemas inerentes à adaptação e os fato

res que normalmente determinam essa interrupção, são: sofrimento da Córnea, sofrimento da Conjuntiva; alterações na lente de contacto; Uso de Produtos com Efeitos Colaterais. A grande tarefa do Médico Especialista é a de manter seu paciente usando a Lente de Contacto, tarefa nem sempre fácil, pois nos defrontamos com inúmeras dificuldades, tais como: incapacidade Lacrimal de Umidificação do Plástico; perda da Memória Molecular do Material; Pobre Controle de Qualidade na Confeção das Lentes, Desequilíbrio Hormonal com Repercussão Ocular; Mudanças de Hábito do usuário, Descontinuidade na Fabricação de determinadas Lentes; Aparecimento de Situações Novas com Relação à Refração (Por exemplo: a Presbiopia), etc... Existe uma série de Parâmetros a serem observados pelo fabricante e que são delineados pelo Médico Especialista..."

Quanto ao fornecimento de lentes de contacto por médicos oftalmologistas, este Conselho Federal tem parecer firmado (PC 1591/84), que julgo válido. Destacando-se:

"A comercialização pelo Médico no seu consultório, de lentes de contato é prática antiética por infringência ao princípio XII e artigos 10, 60 e 61 do CBDM". (Agora diríamos, aos artigos 98 e 99 do CEM).

"Por outro lado, reconhece-se a necessidade de que as lentes de contato sejam aplicadas pelo médico, o qual detém de maneira exclusiva a competência profissional e responsabilidade pela adaptação e possíveis consequências sobre a saúde do paciente.

Por conseguinte não se considera como comercialização quando o médico cobra os seus honorários de maneira distinta dos custos das lentes, os quais são cobrados contra a apresentação da nota fiscal da empresa fornecedora, em nome do paciente".

Esse é o nosso parecer, sugerindo que este CFM promulgue RESOLUÇÃO disciplinando a matéria, face aos desdobramentos que essa questão vem tendo em vários Estados da União.

Brasília, 10 de agosto de 1990.

CONS. NEI MOREIRA DA SILVA
Relator

PARECER APROVADO
Sessão Plenária de 15/9/90



ACÓRDÃO

Processo Ético-Profissional nº 011/88

DENUNCIANTE – CRM/PR
DENUNCIADO – DR^ª DENISE RAQUEL NEMES SCHWAB
RELATOR – CONS. JAIME RICARDO PACIORNIK
REVISOR – CONS. CARLOS AUGUSTO RIBEIRO
ACÓRDÃO – 008/91

PLANTÃO – AUSÊNCIA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DAS PACIENTES NO HOSPITAL – NOME DAS MESMAS TAMBÉM NÃO ANOTADO NO RELATÓRIO DA ENFERMAGEM – MÉDICA ACUSADA DIRETORA DA INSTITUIÇÃO – NÃO RELACIONADA COMO PLANTONISTA – FALTA DE PROVAS – ABSOLUÇÃO.

Se o denunciante não logrou comprovar que sua filha fora atendida no Hospital onde, inclusive, não consta o registro de entrada das mesmas, sendo certo, outrossim, que no relatório da enfermagem do período o nome das pacientes não foi anotado, não pode prosperar a acusação contra a denunciada, que ademais ocupa o cargo de Diretora da Instituição hospitalar, não exercendo as funções de plantonista conforme foi afirmado na denúncia.

Vistos, discutidos relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 011/88, em que figura como denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ e denunciada a DR^ª Denise Raquel Nemes Schwab

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não escolher a imputação feita a denunciada de infração ao artigo 62 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 564, de 1^ª de Julho de 1991.

Curitiba, 08 de março de 1991.

Cons. JAIME RICARDO PACIORNIK
Relator

Cons. WADIR RÚPOLLO
Presidente



ACÓRDÃO

Processo Ético-Profissional nº 012/89

DENUNCIANTE – CRM/PR
DENUNCIADO – DR. DEISI KOLISKI VONS GUERIOS
RELATOR – CONS. AGOSTINHO BERTOLDI
REVISOR – CONS. GILBERTO SACILOTO
ACÓRDÃO – 004/91

CIRURGIA – COMPLICAÇÕES EXCEPCIONAIS E TARDIAS PROCEDIMENTO CORRETO DA DENUNCIADA – ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELAS SEQÜELAS ADVINDAS – ABSOLVIÇÃO.

Restando comprovado durante a instrução do processo, que as complicações que advieram à paciente após a cirurgia, manifestaram-se tardiamente e de modo excepcional, não se caracteriza a responsabilidade da denunciada, que em nenhum momento agiu com negligência, imprudência ou imperícia no exercício de seu mister, impondo-se assim a sua absolvição da infração ao artigo 29 de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 012/89, em que figura como denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ e denunciada a Dr^a Deisi Koliski Vons Guerios

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 29 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 547, de 15 de abril de 1991.

Curitiba, 16 de abril de 1991.

Cons. WADIR RÚPOLLO
Presidente

Cons. AGOSTINHO BERTOLDI
Relator

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
V. 8, nº 29 – Jan/Mar., 1991

SALMO PARA UM CADÁVER DESCONHECIDO

Tu és meu pai e meu irmão. Tu és meu amigo.
Sorvo da tua morte a lição ansiosa para socorrer e aliviar.
No mármore frio, onde repousou teu corpo, debrucei minha alma
e meditei em meu coração.
Não tivestes o descanso da sepultura. Não ouvistes uma prece.
Não escutastes o nome de Deus na última hora.
Morrestes triste, só e esquecido. Sem a luz mortíçã de uma vela
nem uma lágrima a escorrer pela face de alguém.
Mas o crepe do esquecimento não vai te envolver. Tua lembrança
gravará em meu espírito que não morre e ficará.
E no ocaso do derradeiro dia, onde todos estarão, e quando te
transformares em luz, consente que eu seja o teu anjo.

Genival Veloso de França

SALMO PARA UM INDIGENTE

Somos, pelo desespero e pela fé, amigos e irmãos.
Tua crença gravará minha alma o selo da esperança.
Vigiarei teu sofrer, enxugarei teu pranto e meditarei
em teu coração, assim a luz do teu sorriso
como uma tocha, transpassará a escuridão iluminando
meu caminho.
Fica mais perto de mim para que a Morte não te toque.
Tua ânsia é a minha ânsia, teu sofrer o meu sofrer, tua hora
a minha hora.
Se não puderes esperar um pouco mais para respirar a emoção
de outros instantes, e quando te transformares em luz,
deixa que eu seja o anjo da tua derradeira ilusão.

Genival Veloso de França



ACÓRDÃO

Processo Ético-Profissional nº 006/83

DENUNCIANTE – CRM/PR
DENUNCIADO – DRs. JOAQUIM CIRILO VIEIRA NETO E LICIO LÉLIO FRANCISCONI
RELATOR – CONS. GILBERTO SACILOTO
REVISOR – CONS. NELSON EGYDIO DE CARVALHO
ACÓRDÃO – 005/85

OMISSÃO DE SOCORRO – MORTE DO PACIENTE INTERNADO – ART. 22 DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA – MÉDICOS AUSENTES DO HOSPITAL – NÃO COMUNICAÇÃO A UM DELES – ABSOLVIÇÃO – OUTRO CONTATADO TELEFONICAMENTE – DESCONHECIMENTO DA PREMÊNIA NO ATENDIMENTO – ORIENTAÇÃO AO PLANTONISTA – PRIMEIRAS PROVIDÊNCIAS – NÃO CARACTERIZAÇÃO DE CULPA.

Encontrando-se os médicos denunciados, ausentes do hospital e não restando comprovado que um deles, foi comunicado do internamento do paciente, não se lhe pode imputar responsabilidade pela morte do menor. Por outro lado, se ao outro não foi transmitido a premente urgência do atendimento, tendo inclusive o profissional, instruído o plantonista das primeiras providências, também não lhe cabe responsabilidade pela morte do paciente, não se caracterizando assim, a omissão de socorro e a conseqüente infração ao Artigo 22 do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 006/83, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, e denunciados os médicos Joaquim Cirilo Vieira Neto e Licio Lélio Francisconi.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, por unanimidade, com relação ao Dr. Licio Lélio Francisconi, na forma dos votos do Relator e Revisor, e por maioria, com relação ao Dr. Joaquim Cirilo Vieira Neto, na forma do voto do Sr. Revisor, em não acolher a imputação dos denunciados, de infração ao artigo 22 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, conforme ata sob nº 262 de 06.05.85.

Curitiba, 27 de maio de 1985

Cons. GILBERTO SACILOTO
Revisor

CONS. NELSON EGYDIO DE CARVALHO
Relator

Cirurgia de conversão sexual

PARECER CMF

Em correspondência datada de 19.03.90, o Sr. H.L.S.O., em apêlo comovente, solicita ao "Sr. Francisco" do Conselho Federal de Medicina, (com certeza referindo-se ao nobre e eminente Ex-Presidente desta Casa – Dr. Francisco Álvaro Barbosa Costa) autorização para se submeter a uma cirurgia de conversão sexual, com o intuito de possibilitar a transmutação do sexo masculino para o feminino.

Não há registro de qualquer exame a que tenha se submetido o interessado. O que temos é o relato do interessado que afirma tratar-se de indivíduo com características masculinas devendo haver contudo profundos conflitos na esfera psico-sexual e afetiva.

Apesar de fazer referência a alguns médicos recomendando-o a se deixar submeter à referida cirurgia, não consta dos autos qualquer laudo médico nesse sentido, não tendo sequer, o interessado, se submetido a exame psiquiátrico.

Constam apenas dos autos, três outras cartas de igual teor, sendo duas de autoria do mesmo e uma terceira carta assinada pela Sra. Maria José dos Santos – Leopoldina – MG, que se dizendo amiga do Sr. H.L.S.O. intercede em seu favor por se sentir bastante preocupada com o estado de ansiedade do mesmo e com o que pode advir com a não realização da propalada cirurgia.

Além desses fatos nenhum dado novo é relatado nessas citadas correspondências afora o drama pessoal em que vive o Sr. Hideraldo frente ao conflito existencial de rejeição psicológica aos atributos fisiológicos que o identificam como sendo indivíduo do sexo masculino.

PARTE CONCLUSIVA

Aparte os aspectos psico-sociais das circunstâncias que cercam o caso do Sr. H.L.S.O., nos deparamos com uma tragédia pessoal com desdobramentos imprevisíveis na esfera existencial, em face a um dilema psico-social resultante de uma realidade não aceita.

Acreditamos entretanto ser real o sofrimento a que está submetido o postulante por não possuir uma identidade bio-psyco-social que o referencie frente a seus semelhantes e à sociedade em que o mesmo se acha inserido.

Entretanto, se nos comove o doloroso conflito que está colocado nesta história de vida mal vivida, não nos parece terreno seguro digressionar sobre os aspectos filosóficos e psico-sociais de uma existência sexual rejeitada, quando o estatuto da lei e da ética abordam e definem, com clareza, as questões relativas ao procedimento a ser adotado frente ao transexualismo ou TRANSGENITALISMO, no dizer do Prof. JEAN CLAUDE NAHOUN, e o ato cirúrgico que tornaria possível a transmutação sexual.

Assim, se nos causa constrangimento o relato dramático do Sr. H.L.S.O.

sobre a sua condição existencial, não podemos deixar de citar o valioso trabalho sobre o assunto discorrido pelo Prof. HOLDEMAR OLIVEIRA DE MENEZES citado no relatório do IV CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA LEGAL ocorrido em São Paulo em dezembro de 1974, bem como o Parecer CFM nº 28/75, da lavra do Ex-Conselheiro CLARIMESSO MACHADO ARCURI.

Segundo o Prof. Holdemar Oliveira, "... o transexual de alta intensidade constitui-se por indivíduos de total inversão psicosssexual, que vivem como mulher, desejam intensa e urgentemente a mudança do sexo e, mais ainda, prometem automutilação ou suicídio se não forem atendidos em seus anseios que julgam justos". E conclue: "Na cirurgia desejada pelo transexual, o ato é mutilador e não corretivo".

Sobre este tema, assim se pronunciou o Dr. Claremessô Machado: "O problema da transexualidade reside na não aceitação da identidade sexual; na busca desesperada pela transformação sexual pela ação cirúrgica ou obtida por hormônios; na procura incansada pela harmonia entre o sexo psico-social e a atividade sexual desejada como se pertencesse ao sexo oposto".

E conclue o nobre parecerista contrariamente à litude da pretendida cirurgia de conversão do sexo, por infringência ao Código Penal e ao Código de Ética Médica, por seu caráter mutilador.

Para ambos, muitos "transformados" prosseguem em suas carreiras reivindicatórias, alguns insatisfeitos por não poderem conceber e parir.

No presente caso estamos diante, com um razoável grau de certeza, de uma situação caracterizada como transexualismo ou transgenitalismo onde o consulente procura obter, deste Egrégio Conselho, autorização para se submeter à pretendida cirurgia que consistiria na erradicação dos órgãos genitais masculinos e na confecção de neo-vagina, com vistas à sua satisfação carnal mas sem possibilidade de reprodução da espécie.

É certo que em alguns países é possível a realização da cirurgia de conversão sexual, por se entender que tal procedimento possui finalidade terapêutica justificável face ao profundo desequilíbrio psico-social em que se encontram esses indivíduos.

O direito pátrio adota, entretanto, como princípio, o respeito à integridade física, só admitindo violação do mesmo nos casos de intersexualidade quando as cirurgias justificam-se por suas finalidades corretivas.

Assim que pronunciou o Prof. Holdemar Oliveira de Menezes acerca da cirurgia realizada nos casos de intersexualidade:

"... mesmo que algumas vezes de difícil e corajosa decisão, por ter que remover um falo ou um clitóris, até mesmo gônadas, obedece a um diagnóstico rigorosamente pesquisado, visando a um aconselhamento de sexo, através da correção da genitália externa, eliminando estruturas contraditórias, buscando a harmonia entre a fisiologia e o sexo de criação a ser adotado ou já adotado. Trata-se nestes casos, não de uma mutilação, de uma mudança de sexo, de um transgenitalismo para justificar hábitos homossexuais, porém de uma determinação necessária de sexo, de uma opção que se faz obrigatória, em face da dubiedade com que a natureza se manifestou".

O mesmo não ocorre entretanto nos casos de transexualismo, onde não há contradição fisiológica reconhecível ou evidenciável. Ainda para o Prof. Hol-

demar Menezes, "... castrar, emascular sabendo-se que isso só vai servir para a oficialização de uma homossexualidade, isso, para nós não é intervenção cirúrgica, senão mutilação cirúrgica sob o ponto de vista anatômico e lesão sob o ponto de vista penal..."

Assim, realizando uma cirurgia de conversão sexual em pacientes transsexuais, o médico estará, juridicamente provocando lesão corporal grave, prevista no artigo 129, § 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.

§ 2º se resultar:

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

IV – Deformidade permanente

Pena: reclusão de dois a oito anos.

Além de ferir a ética médica em seu artigo 42, verbis:

Artigo 42 – É vedado ao médico: Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.

Proporcionar, portanto, a outrem, mediante cirurgia mutiladora, atributos fisiológicos novos e diametralmente opostos ao original, sem contudo garantir-lhes a funcionalidade inerente, é semear em terreno fértil, a ansiedade e o desespero em que espera de tal cirurgia a solução mágica para seus defeitos estruturais de conduta e personalidade.

Finalmente temos a considerar que, ao pretender se submeter à citada cirurgia, espera o consulente assumir nova identidade civil como se do sexo oposto fosse, o que caracterizasse crime por falsa identidade imputado nos agentes ativo e passivo desta fantasiosa empreitada, previsto no artigo 307 do Código Penal, verbis:

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 constitua elemento de crime mais grave.

CONCLUSÃO

Sendo um dos objetivos dos Conselhos de Medicina, zelar pelo cumprimento das Leis do País e da Ética que rege a prática da Medicina, somos de parecer contrário ao pleito da pretendida cirurgia de conversão sexual pelos motivos expostos no presente Relatório.

É o parecer s.m.j.

Brasília, 28 de fevereiro de 1991.

Cons. Hilário Lourenço de Freitas Júnior
Relator

Parecer aprovado
Sessão Plenária de 13/4/91



ACÓRDÃO

Processo Ético-Profissional nº 31/85

Recurso em Processo Ético-Profissional

ORIGEM: CRMPR

RECORRENTE: Dr. J.W.S.A.

RECORRIDO: CRMPR

- 1 - Comete falta ética médica quem indica procedimento cirúrgico sem esgotar investigação diagnóstica disponível.
- 2 - Recurso conhecido e desprovido parcialmente.
- 3 - Manutenção da sentença condenatória com abrandamento da pena para "Censura Confidencial em Aviso Reservado".

ACORDAM

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, os membros do Pleno do Tribunal Superior da Ética Médica do **Conselho Federal de Medicina**, reunidos em sessão realizada em 07 de março de 1991, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 31/85, em que figura como Recorrente o Dr. J.W.S.A., conforme disposto nas Resoluções CFM nºs. 1210/85 e 1333/89, **ACORDARAM**, por maioria de votos, dar provimento parcial ao recurso interposto pelo Recorrente, reformando a decisão da 2ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina que **manteve a decisão** do Conselho Regional de origem de aplicação da pena de "Censura Pública em Publicação Oficial", prevista na letra "c" do artigo 22 da Lei 3.268/57, abrandando para a pena de "**Censura Confidencial em Aviso Reservado**", prevista na letra "b" do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração aos artigos 1º e 23 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, correspondentes aos artigos 6º e 60 do novel Código de Ética Médica.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto vencedor do Conselheiro Sergio Ibiapina Ferreira Costa que passa a integrar o presente.

Brasília, 07 de março de 1991.

Cons. ANTUNES DA SILVEIRA NETO
Presidente

Cons. SERGIO IBIAPINA F. COSTA
Voto Vencedor

EMBRIAGUEZ: ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Daniel Romero Munós *

1. CONCEITO DE EMBRIAGUEZ

O que se entende por embriaguez?

– ARBENZ (1) define embriaguez como a intoxicação alcoólica aguda ou, em outras palavras, "o distúrbio temporário causado por excesso de bebida alcoólica".

AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA, em seu Dicionário (2), conceitua embriaguez como o estado do indivíduo que se alcoolizou ou, em termos simples, a **BEBÉDEIRA**.

ALMEIDA JR e COSTA JR. (3) dizem que "há embriaguez quando o grau de intoxicação alcoólica sobe a ponto de prejudicar sensivelmente a conduta do indivíduo".

A "BRITISH MEDICAL ASSOCIATION" define embriaguez nos seguintes termos: "A palavra embriaguez será usada para significar que o indivíduo está de tal forma influenciado pelo álcool, que perdeu o governo de suas faculdades a ponto de tornar-se incapaz de executar com prudência o trabalho a que se consagra no momento" (3).

Note-se, portanto, que, em termos médicos, "a embriaguez é o quadro clínico decorrente de altos níveis de álcool etílico no organismo e se caracteriza, basicamente, por distúrbios neuro-psíquicos".

Desse modo, para analisarmos as implicações éticas e legais da embriaguez é imprescindível que saibamos:

– Quais os distúrbios neuropsíquicos que o embriagado apresenta? ou em outras palavras, qual o quadro clínico da embriaguez?

2. QUADRO CLÍNICO DA EMBRIAGUEZ

ALMEIDA Jr. e COSTA Jr. (3), referem que "na embriaguez soltam-se, progressivamente, os impulsos recalçados, livres graças ao entorpecimento das inibições morais. O tóxico atua de cima para baixo, no eixo nervoso central: primeiro enfraquece ou suprime as funções corticais mais elevadas – a instância suprema do psiquismo – para em seguida atingir as próprias atividades instintivas de conservação individual. Em linguagem psicanalítica, dir-se-á: primeiro silencia o superego; depois, até mesmo o id."

Ao moderar ou suprimir as inibições, o álcool desata as impulsões sexuais recalçadas. Por isso, uma das primeiras consequências da intoxicação etí-

* Médico legista do Instituto Médico Legal de São Paulo. Prof. adjunto de Medicina Legal e de Deontologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC e Santo Amaro. Trabalho apresentado no I Curso de Extensão Universitária - Temas de Medicina Legal, em abril de 1991.

lica é o estímulo à libido. O bêbado se faz audacioso e inconveniente. "O caráter pesado, grosseiro, desajeitado, fastidioso, que assume o flerte sob a ação do álcool (escreve FOREL), é demasiado conhecido". Por outro lado, entretanto, o tóxico diminui a capacidade fisiológica. "Quanto a libidinagem (nota SHAKESPEARE em MACBETH), o vinho provoca e a inibe: acende o desejo mas impede a execução". Eis porque o comércio sexual em estado de embriaguez há uma estatística muito alta de contaminações venéreas: à precariedade nos cuidados alia-se a demora no contato.

As barreiras morais relativas à sexualidade são as primeiras que desmoronam, minadas pelo álcool. Caem até mesmo as mais sólidas, como a do incesto (v. caso de Ló, Gênese, XIX, 31-35). A regressão ao erotismo infantil foi comentada por ABRAHAM. Em estado normal (lembra este autor), os homens, quando reunidos, guardam entre si uma certa distância física, e teriam repugnância pelos contatos corporais de carinho. Mas o álcool reaviva os impulsos homossexuais; tanto que não é excepcional, nas reuniões em que se bebe, vermos os homens se abraçarem e se beijarem uns aos outros. O exibicionismo é outra modalidade de libido pré-genital, a que o álcool faz regredir, ora sob a forma mitigada, verbal, de anedota fescenina, ora sob a de desnudamento sexual concreto. O sadismo, enfim, uma das componentes mais primitivas e mais constantes do erotismo, se reativa durante a embriaguez. Portanto, como prevenia **PLATÃO**, "não apenas o velho, mas também o bêbado se torna criança uma segunda vez".

Soltam-se igualmente os impulsos agressivos. Sua manifestação inicial é a intensificação da voz, como se pode observar em qualquer reunião onde se beba: no princípio, quem esteja afastado nada ouve; dentro em pouco, o tom das vozes aumenta, para chegar no fim, à grosseria, ofensiva, sublinhada por gestos de crescente violência. Alguns, então, dão um passo à frente e atingem à agressão propriamente dita. Nesse momento, pode o ébrio encaminhar-se para o crime, ou para o suicídio.

3. FASES OU PERÍODOS DE EMBRIAGUEZ

O quadro clínico da embriaguez pode ser dividido em fases ou períodos evolutivos, isto é, as manifestações clínicas, apresentam uma seqüência evolutiva de acordo com a intensidade da intoxicação alcoólica aguda.

Admite-se, classicamente, três fases ou períodos, denominados respectivamente de excitação, de confusão e de sono.

3.1. FASE DE EXCITAÇÃO (OU PERÍODO EUFÓRICO)

Na fase de excitação a pessoa exhibe olhar animado; loquacidade; vivacidade motora; associação de idéias superficial. As inibições ficam adormecidas, cada qual começa a mostrar o que realmente é: este, aquele, zombeteiro; aquele sentimental, cheio de confidências; aquele outro, fica valentão; alguns deprimidos, melancólicos. As pupilas ficam dilatadas; a respiração e o pulso se aceleram; a pele úmida. Essas manifestações correspondem ao quadro da **EUFORIA**.

3.2 – FASE DE CONFUSÃO OU AGITAÇÃO

Na fase de confusão predominam a incoordenação e a confusão psíquica. Aparecem perturbações sensoriais como diplopia (isto é, visão dupla), dis-

túrbios auditivos (zumbidos) e diminuição da sensibilidade táctil e dolorosa. Podem ocorrer ilusões (isto é, percepções erradas).

Há incapacidade de atenção voluntária, fuga de idéias e impulsividade (ações irrefletidas obedecendo ao impulso do momento).

A palavra é difícil, pastosa, isto é, há disartria (dificuldade de articular as palavras).

Há inconveniência de atitudes (na gíria atual se diria que o indivíduo começa a "aprontar").

Os movimentos são incoordenados: não é capaz de caminhar em linha reta, de permanecer em equilíbrio, em pé, de olhos fechados (sinal de Romberg positivo).

Ocorre, geralmente, impotência sexual.

3.3. FASE DE SONO

É o estado paralisiforme.

O bêbado não consegue manter-se em pé e, às vezes, nem sentado.

As pupilas ficam contraídas, a pele pálida, a respiração e o pulso lentos.

Há queda da pressão arterial. O indivíduo vai perdendo a consciência até atingir o estado de completa inconsciência, só reagindo a estímulos muito violentos.

Esta última fase pode levar ao estado comatoso que, às vezes, se torna irreversível, sobrevivendo então a morte por intoxicação alcoólica

Certos autores admitem cinco fases (Magnan) incluindo como primeira fase a **SUB-CLÍNICA** e como a última a **MORTE**. A fase **SUB-CLÍNICA** corresponderia a uma baixa dosagem alcoólica na qual o indivíduo não apresenta ainda distúrbios detectáveis clinicamente ou seja, na fase sub-clínica há alcoolemia detectável mas não há embriaguez.

Outros autores (PESSINA) falam em 4 fases, incluindo as três clássicas e a sub-clínica.

A divisão em 3 fases apoia-se na lenda:

– Quando Noé estava plantando a vinha, apareceu-lhe o diabo e aconselhou-o a que regasse a nova planta com sangue de macaco, de leão e de porco: por isso, quem se embriaga se mostra, no começo, inquieto e excitado como um macaco; a seguir, colérico como um leão; por fim, inerte e desasseado como um porco.

SHAKESPEARE, na parte I de sua obra "Véspera de Reis", também divide a embriaguez em 3 fases:

- Na primeira fase o bêbado é um tolo;
- Na segunda, é um louco e
- Na terceira, parece-se com um afogado.

4. FATORES QUE INTERFEREM NO QUADRO CLÍNICO DA INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA

É necessário salientar, entretanto, que essas fases carecem de limites precisos; há indivíduos que não lhes seguem a progressão comum; fenômenos atribuídos a uma fase às vezes se manifestam em outra.

Além disso, a duração e a intensidade da embriaguez depende de vários fatores, como por exemplo:

- 4.1. a sensibilidade individual (varia de indivíduo para indivíduo)
- 4.2. a quantidade de bebida ingerida
- 4.3. o tipo de bebida ingerida (teor alcoólico)
- 4.4. estado de plenitude gástrica (a absorção é mais lenta durante ou logo após a refeição; além disso, as gorduras retardam a absorção)
- 4.5. ritmo de ingestão (quanto mais lenta a ingestão, maior tempo terá o organismo para metabolizar e eliminar o etanol sem deixar que atinja altas concentrações no organismo)
- 4.6. hábito ou tolerância.

5. RELAÇÃO ENTRE EMBRIAGUEZ E ALCOOLEMIA

Um dos problemas médico-legais mais frequente é a relação entre a embriaguez e a taxa de álcool no sangue (alcoolemia).

- 5.1 Alguns autores (1) estabelecem a seguinte escala de embriaguez:
0,75 a 1,5g de álcool/litro de sangue = fase 1 da embriaguez
1,5 a 3,0g/l = segunda fase da embriaguez
3,0 a 3,75g/l = coma alcoólico

5.2. TABELA DE ROGER E DOURIS

ROGER E DOURIS elaboraram a seguinte tabela:

menos de 1 por mil	não justifica embriaguez,
de 1,1 a 1,5	embriaguez com ressalva,
de 1,6 a 3,0	embriaguez,
d3 3,1 a 4,0	embriaguez completa,
de 4,1 a 6,0	embriaguez profunda,
mais de 6,0 	intoxicação aguda alcoólica.

5.3. EMBRIAGUEZ PATOLÓGICA

É preciso não esquecer também, no que se refere a esta relação embriaguez x alcoolemia a chamada **Embriaguez Patológica**.

Na embriaguez patológica os fenômenos e as perturbações não obedecem à sequência descrita acima. Caracteriza-se fundamentalmente pela desproporção entre quantidade de bebida introduzida no organismo e a intensidade ou duração das manifestações auto e hetero-agressivas, convulsões, delírios, impulsividade sexual, quadro psicótico. Coma e morte podem surgir precocemente.

A embriaguez patológica parece estar relacionada, entre outras coisas, com traumatismos cranianos anteriores. Há quem afirme, também, que o quadro

pode surgir em indivíduos em estado de profunda fadiga que ingerem bebidas alcoólicas, mesmo em pequenas doses.

6. ASPECTOS LEGAIS

No que tange a relação entre crime e embriaguez, os tratadistas do século passado tinham a tendência de atribuir à embriaguez uma porcentagem elevadíssima de crime: 60% ou mais.

Em 1893, porém, a "COMISSÃO DOS CINQUENTA" (EUA), analisando 13.402 crimes, concluiu que:

1ª a embriaguez foi um dos fatores em 50% dos casos;

2ª foi o fator principal em 31%.

Investigação feita em 3.135 sentenciados de Sing-Sing acusa a embriaguez como fator primordial em 25% dos crimes.

No que diz respeito a nossa legislação os seguintes aspectos devem ser considerados, segundo ARBENZ:

6.1. Em princípio, a "embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou por substâncias de efeitos análogos" não exclui a responsabilidade penal (art. 24, II, C.P.).

6.2. No entanto, nos termos do § 1º do mesmo artigo, "é isento de pena o que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de atender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento".

6.3. Por outro lado, "a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento".

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA

B.O. nº _____

Registrado em _____ de _____ de _____ sob nº _____

EXAME DE VERIFICAÇÃO DE EMBRIAGUEZ

– Clínico e Químico (Bafômetro) –

Aos _____ de _____ de mil novecentos e _____, nesta Cidade de _____ às _____ horas, a fim de atender a requisição do Doutor _____ do _____ Distrito Policial Equipe _____, foi procedido o exame de Verificação de Embriaguez em:

Nome: _____ R.G. _____

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

COR: _____ PROFISSÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

FILIAÇÃO: _____

RESIDÊNCIA: _____

HISTÓRICO: _____

Realizada a perícia, passamos a oferecer o seguinte laudo:

EXAME CLÍNICO: –

I – HÁLITO:

- a) Incaracterística
- b) Discretamente etílico
- c) Acentuadamente etílico

II – MOTRICIDADE:

1. Marcha

- a) Normal
- b) Oscilante
- c) Ebriosa

2. Escrita

- a) Normal
- b) Inconclusiva
- c) Atáxica

3. Index-nariz; index-index;
calcanhar Joelho;

- a) Normal
- b) Inconclusivo
- c) Atáxica

4. Elocução:

- a) Normal
- b) Inconclusiva
- c) Disártica

III – ROMBERG (Inclusive com sensibilização):

- a) Ausente
- b) Inconclusivo
- c) Presente

IV – PSIQUISMO:

1. Consciência

- a) Orientado
- b) Discretamente desorientado
- c) Desorientado alo e autopsiquicamente

2. Atenção: (voluntária e involuntária)

- a) Euprossexia
- b) Paraprossexia
- c) Aprossexia

3. Memória

- a) Eumnésica
- b) Paramnésica (hiper ou hipo)
- c) Amnésia

4. Afetividade

- a) Eutimia
- b) Inconclusiva
- c) Paratimia (hiper ou hipo)

5. Vontade

- a) Eubulia
- b) Parabulia (hiper ou hipo)
- c) Abulia

V – FUNÇÕES VITAIS:

1. Pulso

- a) Normal
- b) Rápido
- c) Irregular

2. Pupila

- a) Reagindo bem à luz
- b) Midríase
- c) Reagindo mal à luz

3. Sensibilidade

- a) Normal
- b) Inconclusiva
- c) Diminuída

4. Aparência

- a) Incaracterística
- b) Facies Congesta
- c) Sonolento

5. Atitude

- a) Incaracterística
- b) Excitado
- c) Deprimido

EXAME DE LABORATÓRIO: (Bafômetro) Procedida a dosagem alcoólica, obtivemos o seguinte resultado _____ gramas por _____ de sangue.

QUESITOS:

- PRIMEIRO – Há sintomas indicativos de que o paciente ingeriu bebida alcoólica ou fez uso de substância de efeitos análogos?
SEGUNDO – Em consequência, ele está embriagado?
TERCEIRO – Qual a substância que produziu a embriaguez?
QUARTO – No estado em que se encontra o paciente, coloca ele em perigo a segurança própria ou alheia?

RESPOSTA AOS QUESITOS

- PRIMEIRO – _____
SEGUNDO – _____
TERCEIRO – _____
QUARTO – _____

CONCLUSÃO: – Assim sendo conclui-se pelos resultados dos exames clínico e químico, de acordo com os estudos existentes a respeito, um estado de _____ (Não embriagado, Embriagado, Completamente Embriagado).

Este laudo, após conferência com o segundo signatário, foi redigido pelo relator, a quem coube, como perito, a realização dos exames.

_____, _____ de _____ de 19 _____

MÉDICO-LEGISTA EXECUTOR

MÉDICO LEGISTA SUBSCRITOR

6.4. Por fim, a embriaguez "pré-ordenada", prevista no art. 44, que cuida das circunstâncias agravantes. Entre elas, se o agente cometeu o crime "depois de embriagar-se propositadamente para cometê-lo" (art. 44, II, CP).

Outro aspecto de interesse médico-legal é o que se refere aos problemas de trânsito. De fato, já na primeira fase o indivíduo tem a sua atenção diminuída. Na segunda exhibe perturbações psico-sensoriais profundas, agressividade, abolição da crítica, diplopia, diminuição dos reflexos.

A Lei das Contravenções penais cuida da matéria no art. 34: "Dirigir veículo na via pública, ou embarcações em águas públicas, pondo em perigo a segurança alheia;" (direção perigosa).

O regulamento do Código Nacional de Trânsito (Decreto nº 62.127, de 16 de janeiro de 1968) proíbe a todo condutor de veículo "dirigir em estado de embriaguez alcoólica ou sob o efeito de substância tóxica de qualquer natureza" (art. 181, III).

O Conselho Nacional de Trânsito (COTRAN) estabeleceu que a concentração do álcool no sangue de 0,8 g/lit "constitui prova de que o condutor do veículo se acha sob influência do estado de embriaguez alcoólica (Resolução nº 411/69).

Alguns autores demonstraram que muito abaixo desta taxa já havia prejuízo não desprezível de capacidade de dirigir. Existe também casos inversos, isto é, taxas maiores sem embriaguez.

7. PERÍCIA MÉDICO-LEGAL DE EMBRIAGUEZ

No IML de São Paulo realizamos o exame de verificação de embriaguez utilizando-se o protocolo elaborado com esta finalidade (anexo), com algumas modificações.

Desse protocolo constam:

7.1. Elementos de identificação.

7.2. Dados do exame clínico incluindo:

- hálito
- motricidade (exame da marcha, da escrita, da coordenação motora e de elocução)
- Pesquisa do sinal de Romberg
- Psiquismo (estado de consciência, atenção, memória, afetividade e vontade)

- Reflexos
- Estado das pupilas
- Sensibilidade
- Aparência
- Atitude
- Funções vitais.

7.3. Dosagem alcoólica

Quanto a esta parte é importante destacar que o protocolo cita o bafômetro, mas o que está sendo efetivamente realizada é a dosagem por cromatologia gasosa.

7.4. Quesitos

- 1º) Há sintomas indicativos de que o paciente ingeriu bebida alcoólica ou fez uso de substância de efeitos análogos?
- 2º) Em consequência, está ele embriagado?
- 3º) Qual a substância que produziu a embriaguez?
- 4º) No estado em que se encontra o paciente, coloca ele em perigo a segurança própria ou alheia?

8. CONCLUSÃO

Concluindo gostaríamos de sumarizar o que foi dito, frisando os seguintes pontos:

- 8.1. – Embriaguez é o quadro clínico da intoxicação alcoólica aguda
- 8.2. – Nesse quadro destacam-se os distúrbios neuro-psíquicos
- 8.3. – Os atos anti-sociais e os acidentes estão relacionados com esse quadro clínico, o qual pode ser dividido em fases evolutivas.
- 8.4. – As fases evolutivas estão, geralmente, relacionadas com a alcoolemia, porém isto pode ser muito variável de caso para caso e essa relação pode estar completamente alterada.

* Vide artigos sobre o tema em "Arquivos" nº 16-1987 e nº 8-1985

MUDOU DE ENDEREÇO?



Decreto Federal no. 44.045 de 19.07.1958
– D.O. de 25.07.1958

Artigo 6º – Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, a instalação de seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

NOME: _____

Consultório:

Residência:

Rua: _____

Nº: _____ Andar/Sala/Apto. _____

Bairro: _____ Fone: _____

CIDADE: _____

CEP: _____ ESTADO: _____

Formado na Universidade de _____ Ano _____

Especialidade que pratica _____

Tem Título de Especialista? _____

Qual Sociedade? _____

O Título já foi registrado no Conselho? _____

NOVO!

Data: _____

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RELATÓRIO TRIMESTRAL DAS ATIVIDADES DO CRMPR ABRIL, MAIO, JUNHO/91

REUNIÕES

Reuniões de Diretoria	11
Reuniões Plenárias	18
Assembléias Gerais	00
Sessões Solenes p/ entrega de carteiras	04

DESCRIÇÃO DAS REUNIÕES DE DIRETORIA

- 04 DE ABRIL DE 1991 - 11 DE ABRIL DE 1991 - 18 DE ABRIL DE 1991
- 25 DE ABRIL DE 1991 - 02 DE MAIO DE 1991 - 16 DE MAIO DE 1991
- 23 DE MAIO DE 1991 - 06 DE JUNHO DE 1991 - 13 DE JUNHO DE 1991
- 20 DE JUNHO DE 1991 - 27 DE JUNHO DE 1991

DESCRIÇÃO DAS REUNIÕES PLENÁRIAS

- 1º DE ABRIL DE 1991 - PLENÁRIA Nº 545 - POSSE DA NOVA DIRETORIA
- 08 DE ABRIL DE 1991 - PLENÁRIA Nº 546
- 15 DE ABRIL DE 1991 - PLENÁRIA Nº 547 - JULGAMENTO
- 15 DE ABRIL DE 1991 - PLENÁRIA Nº 548
- 18 DE ABRIL DE 1991 - PLENÁRIA Nº 549 - DISCUSSÃO DO EXAME DE PROFICIÊNCIA
PROFICIÊNCIA
- 22 DE ABRIL DE 1991 - PLENÁRIA Nº 550
- 29 DE ABRIL DE 1991 - PLENÁRIA Nº 551
- 06 DE MAIO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 552
- 13 DE MAIO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 553 - JULGAMENTO
- 13 DE MAIO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 554
- 20 DE MAIO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 555
- 27 DE MAIO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 556 - JULGAMENTO
- 27 DE MAIO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 557
- 03 DE JUNHO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 558 - JULGAMENTO
- 03 DE JUNHO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 559
- 10 DE JUNHO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 560
- 17 DE JUNHO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 561
- 24 DE JUNHO DE 1991 - PLENÁRIA Nº 562

RESOLUÇÕES APROVADAS

RESOLUÇÃO CRMPR Nº 039/91 - "ACORDO COLETIVO DE TRABALHO"

PARECERES APROVADOS

- Nº 0173/91 - "HEMOTERAPIA - APLICAÇÃO DO ARTIGO 25 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA"
- Nº 0174/91 - "DOCUMENTAÇÃO ENVIADA PELA POLICLÍNICA CASCAVEL"
- Nº 0175/91 - "PERITO DE PACIENTE - LEGALIDADE"
- Nº 0176/91 - "REFERÊNCIA AO CID EM ATESTADOS"
- Nº 0177/91 - "INDEFERIDA SOLICITAÇÃO PARA INGRESSO NO CORPO CLÍNICO E INTERNAMENTOS DE PACIENTES NO HOSPITAL E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS"

- Nº 0178/91 – “COBRANÇA DE HONORÁRIOS MÉDICOS DE PACIENTE INTERNADOS NA U.T.I.”
- Nº 0179/91 – “CHEFIA DA DIMS EXERCIDA POR PROFISSIONAL NÃO MÉDICO”
- Nº 0180/91 – “DELEGAR INCUMBÊNCIA À PESSOAS NÃO TÉCNICAS”
- Nº 0181/91 – “ATENDIMENTO MÉDICO PRESTADO AO SR. HÉLIO MOREIRA DE CESAR”
- Nº 0182/91 – “UTILIZAÇÃO DO CÓDIGO 50.01.021-2 DA TABELA DA A.M.B.”
- Nº 0183/91 – “SOLICITAÇÃO DE VEREADOR DE MATINHOS DE ACOMPANHAR CASO DE ÓBITO DE UM MENOR DESSA LOCALIDADE, POR MENINGITE”
- Nº 0184/91 – “ATIVIDADES LEONÍSTICAS A SEREM DESENVOLVIDAS PELO DISTRITO L-6 – “CONSERVAÇÃO DA VISÃO E TRABALHO COM OS CEGOS”
- Nº 0185/91 – “DENÚNCIA DO DR. WILSON QUINTA REIS JUNIOR”
- Nº 0186/91 – “PACIENTE TRANSFERIDO PARA UTI – A QUEM CABE ASSINAR ATESTADO DE ÓBITO”
- Nº 0187/91 – “COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS DE PACIENTES CONVENIADOS”
- Nº 0188/91 – “PARECER Nº 0174-CRM/PR”
- Nº 0189/91 – “AUTENTICIDADE DE ATESTADOS”
- Nº 0190/91 – “MÉDICO CLÍNICO – RESPONSÁVEL POR CLÍNICAS ESTÉTICAS”
- Nº 0191/91 – “PROCEDIMENTO DO MÉDICO ANTÔNIO AUGUSTO DOURADO”
- Nº 0192/91 – “ÓBITO – PACIENTE INTERNADA”
- Nº 0193/91 – “DENÚNCIA CONTRA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DE SALTO DO LONTRA”

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- 01) Reunião dia 02/04/91, na sede do CRM/PR, com a participação do Presidente do CFM, Diretoria do CRM/PR, Presidente e Secretário do CREMERS.
- 02) Reunião no Hospital Nossa Senhora das Graças, dia 02/04/91, com a participação do Presidente do CRM/PR, Cons. Wadir Rúpollo, onde foi discutido o Código do Consumidor e também houve um diálogo sobre ética Médica”.
- 03) Reunião na Assembléia Legislativa do Paraná, dia 03/04/91, com a participação do Cons. Antonio Carlos Küster Filho, sobre “Transplante de órgãos”
- 04) Reunião em Brasília, dia 08/04/91, com a participação do Cons. Farid Sabbag, para discussão de alteração da Lei nº 3.268/57.
- 05) Posse da Diretoria da Academia Paranaense de Medicina, realizada dia 16/04/91. Compareceu o Cons. Wadir Rúpollo, Presidente deste CRM.
- 06) Seminário no Hospital Santa Cruz, dia 19/04/91, com a participação do Assessor Jurídico Antonio Celso C. Albuquerque como palestrante e Cons. Wadir Rúpollo, Presidente deste CRM.
- 07) Entrevista na Radio Porto Alegre, dia 02/05/91, com a participação do Presidente Wadir Rúpollo, Dr. Renato Meroli e Dr. Júlio Militão, sobre Erro Médico.
- 08) Inauguração da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTEC) do Hospital Evangélico de Curitiba, dia 07/05/91, com a participação do Cons. Farid Sabbag.
- 09) Lançamento do livro “Erasto Gaertner – Um Lutador Incansável por Nobres Causas”, dia 07/05/91, no Palácio Avenida, com a participação do Presiden-

- te, Cons. Wadir Rúpollo.
- 10) Reunião no hospital Evangélico de Curitiba, dia 07/05/91, com a participação dos Conselheiros Wadir Rúpollo e Farid Sabbag, sobre Ética Médica.
 - 11) Reunião em Brasília, no Conselho Federal de Medicina, dia 09 e 10/05/91, com a participação dos Conselheiros Wadir Rúpollo, Farid Sabbag e Antonio Carlos C. Küster Filho, sobre as alterações da Lei nº 3.268/57.
 - 12) Reunião na Sociedade Paranaense de Oftalmologia, dia 15/05/91, com a participação dos Conselheiros Wadir Rúpollo, Farid Sabbag e do Assessor Jurídico Antonio Celso C. Albuquerque, sobre Ética Médica.
 - 13) Reunião em Maringá, dia 17/05/91, com a participação dos Conselheiros Wadir Rúpollo, Farid Sabbag e o Assessor Jurídico Antonio Celso C. Albuquerque, sobre Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.
 - 14) Reunião em Londrina, dia 18/05/91, com a participação dos Conselheiros Wadir Rúpollo, Farid Sabbag e o Assessor Jurídico Antonio Celso C. Albuquerque, sobre Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.
 - 15) II Conferência Estadual de Ética Médica, realizado no Conselho Regional de Medicina da Bahia, dias 23, 24 e 25/05/91, com a participação do Conselheiro Carlos Ehke Braga Filho na Mesa Redonda sobre o Tema "Aspectos Legais na Reprodução Humana".
 - 16) Reunião com o Dr. Francisco, Diretor-Presidente da Gazeta do Povo, dia 28/05/91, com a participação dos Conselheiros Wadir Rúpollo, Hélio Germiani e Farid Sabbag, sobre: Apresentação do CRM/PR à imprensa e sugestões para criação de "espaço" para publicação de assuntos éticos e médicos de interesse da profissão e população.
 - 17) Reunião no Conselho Federal de Medicina, dia 02 e 03/05/91, para discussão da Comissão para Estudos de Reprodução Humana, com a participação da Conselheira Solange Borba Gildemeister.
 - 18) II Congresso Paranaense de Ginecologia e Obstetrícia, dia 22, 23, 24 e 25/05/91, na cidade de Cascavel, com a participação da Conselheira Solange Borba Gildemeister.
 - 19) Reunião no Conselho Federal de Medicina, dias 13 e 14/06/91, para participar da discussão da Comissão para Estudos de Reprodução Humana, com a participação da Conselheira Solange Borba Gildemeister.
 - 20) Reunião com a Associação Médica do Paraná, dia 19/06/91, para discussão de "Apoio à Unimed, do Sistema de Atendimento Particular por ser a Unimed uma Cooperativa", com a participação do Conselheiro Wadir Rúpollo.
 - 21) Reunião no Conselho Regional de Medicina de São Paulo, dia 22/06/91, para discutir a "Unificação dos Métodos de Trabalho dos CRMs", com a participação dos Conselheiros Wadir Rúpollo e Farid Sabbag.
 - 22) Reunião na Academia de Medicina, dia 22/06/91, para posse de dois novos Acadêmicos, com a participação do Conselheiro Wadir Rúpollo.
 - 23) Reunião no Conselho Regional de Psicologia do Paraná, dia 26/06/91, com a participação do Conselheiro Osmar Ratzke.
 - 24) Sessão de abertura do XVI Simpósio Paranaense de Oftalmologia, dia 28/06/91, com a participação na Mesa de Autoridades do Conselheiro Wadir Rúpollo.

ATENDIMENTO EXTERNO

- Solicitações de Cédula de Identidade	046
- Solicitações de Carteira Profissional	004
- Solicitações de Inscrição Primária	■063

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

- Solicitações de Transferência para o CRMPR	078
- Solicitações de Inscrição Secundária no CRMPR	028
- Solicitações de Autorização 90 (noventa) dias	006
- Solicitações de Transferência para outros Estados	031
- Solicitações de Inscrição Secundária para outros Estados	029
- Solicitações de Registro de Especialidade	044
- Solicitações de Revalidação de Título de Especialista	022
- Solicitações de Anotação de Especialidade em Carteira Profissional	034
- Solicitações de cancelamento de Inscrição por Aposentadoria	009
- Solicitações de cancelamento de Inscrição por Ausência do País	002
- Solicitações de cancelamento de Inscrição por falecimento	002
- Solicitações de cancelamento de Inscrição Secundária	002
- Solicitações de alteração de endereço	021
- Comunicados de retorno ao País	002
- Recibos emitidos	600
- Solicitações de alteração de nome	004

ATENDIMENTO ÀS SECCIONAIS

- Ofícios atendidos	032
- Envio mensal de tabelas para cobrança	
- Envio mensal de suprimento para despesas	
- Atendimento através de contacto telefónico	

SERVIÇOS DE DATILOGRAFIA

- Ofícios diversos expedidos	156
- Portarias	009
- Declarações de pagamento de anuidade	017
- Certidões para fins de aposentadoria	018

FECHAMENTO DIÁRIO DO CAIXA PARA DEPÓSITO BANCÁRIO

CÁLCULO MENSAL DE TAXAS E ANUIDADES ENVIADAS PELO CFM, PARA ELABORAÇÃO DE TABELA

CONFIRMAÇÃO DE DIPLOMAS	063
--------------------------------	-----

CPD SECRETARIA

Emissão de listagem de médicos	09
Emissão de etiqueta de médicos	03
Atualização Cadastro pessoa jurídica	06
Cadastro de etiquetas dos deputados federais	500
Cadastro de etiquetas de associações e sociedades médicas	119
Cadastro de protocolos	1005
Cadastro de andamento de protocolo	4360
Emissão de histórico de protocolo	02
Ofícios expedidos pela secretaria	10
Ofícios circulares secretaria (500 cópias)	01

MARCELO CESAR TADEU PEREIRA
CPD Secretaria

COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

REGISTROS DE ESPECIALIDADES

APROVADOS	039
INDEFERIDOS	004
PENDENTES	005
REVALIDAÇÕES DE TÍTULOS	022
ANOTAÇÕES DE ESPECIALIDADES EM CARTEIRA	035
OFÍCIOS EXPEDIDOS	063

SECRETARIA

Ofícios Expedidos	082
Circulares	002
Certidões	001
Declarações	001

DOCUMENTOS EXPEDIDOS

2ª Via Cédulas de Identidade	053
2ª Via Carteiras Profissionais	004
Inscrições efetuadas de 01/04/1991 à 27/06/1991	117
Inscrições Primárias	065
Transferências efetuadas neste CRMPR	038
Inscrições Secundárias efetuadas neste CRMPR	011
Inscrições de Médicos Estrangeiros	003
Transferências para outros Estados	041
Inscrições Secundárias para outros Estados	036
Cancelamento Inscrição Secundária	002
Cancelamento por Aposentadoria	002
Autorizações por 90 dias	006
Retificação de Nome	005
Falecimentos	002
Ausentes do País	002
Retorno ao País	003

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

OFÍCIOS EXPEDIDOS	79
OFÍCIOS CIRCULARES	02
PORTARIAS	01
RELATÓRIOS	06
PARECERES	07
DECLARAÇÃO REGULARIDADE FUNCIONAMENTO PESSOA JURÍDICA	231
2ª VIA CERTIFICADO INSCRIÇÃO PESSOA JURÍDICA	03
INSCRIÇÃO PESSOA JURÍDICA APROVADA	14
PESSOA JURÍDICA INSCRITA	20
REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO APROVADO	02

DENÚNCIAS	06
APURADAS	02
EM ANDAMENTO:	04
CONSULTAS	11
RESPONDIDAS	05
EM ANDAMENTO:	06
VISITAS DE FISCALIZAÇÃO	02
1. – MANICÓMIO JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ, pelos Conselheiros Osmar Ratzke, Luiz Sallim Emed, Carlos Elhke Braga Filho e Daebes Galati Vieira.	
1. – CLÍNICA ESPIRITUAL NEW LIFE, pelos Conselheiros Tânia Mara Cunha Schaefer e Gabriel Paulo Shroch.	

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CPD

ABRIL/91

Emissão de relatório contendo nomes e endereçamento completo dos profissionais residentes nas 29 cidades do Paraná, solicitadas pelo Dr. Renato Niero, em 02/4/91.

Emissão de etiquetas dos profissionais residentes na cidade de Curitiba, solicitadas pela Liga Paranaense de Combate ao Câncer, em 02/4/91.

Emissão de relatório contendo nomes e endereçamento completo dos profissionais residentes nas 18 cidades do Paraná, solicitadas pela Associação Médica do Sudoeste Novo, em 16/4/91.

Emissão de relatório contendo nomes e endereçamento completo dos Pediatras registrados, para Dra. Jussara Varassin, em 16/4/91.

Emissão de relatório contendo nomes e endereçamento completo dos profissionais residentes nas cidades de Curitiba e Ponta Grossa, para Fundação Santos Lima, em 19/4/91.

Emissão de relatório contendo nomes e endereçamento completo dos Psiquiatras registrados, para Dr. Victório Ciupka, em 22/4/91.

Emissão de relatório contendo nomes e endereçamento completo dos especialistas em Medicina do Trabalho e Otorrinolaringologia, para Fundação Telepar, em 26/4/91.

Emissão de relatórios de todos os especialistas registrados, contendo nomes e CRMs, para UNIMED, em 23/4/91.

MAIO/91

Emissão de relatório contendo nomes e endereçamento completo dos profissionais residentes nas 37 cidades do Paraná, solicitadas pelo Dr. Bartolomeu Silva, em 06/5/91.

Emissão de relatório contendo nomes e endereçamento completo de todos os especialistas registrados, para Victória Régia Comércio de Materiais Médicos Ltda., em 06/5/91.

Emissão de relatórios contendo nomes e endereçamento completo de todos os especialistas registrados, para Empresa de Correios e Telégrafos, em 09/5/91.

Acompanhamento constante das atividades exercidas pelo Programador Goethe R. Oliveira, do Conselho Federal, onde foram realizados acertos e modificações nos programas já existentes, bem como a implantação de novos "softwares", no período de 14 a 18/5/91, em horário integral.

Emissão de etiquetas dos Pediatras, Neurologistas e Clínicos Gerais, para Fundação Caetano Munhoz da Rocha, em 28/5/91.

Emissão de etiquetas dos profissionais residentes na cidade de Curitiba, para Empresa de Correios e Telégrafos, em 28/5/91.

Emissão de relatório contendo nome e endereçamento completo dos Pediatras residentes no interior do Paraná, para Dra. Solange Cotlinski, em 29/5/91.

JUNHO/91

Correção dos dados constantes no Cadastro de Pessoas Físicas, através de pesquisa realizada diariamente, junto às fichas da Secretaria, dos profissionais cujos sobrenomes iniciam-se com as letras S, T, U, V, W, X, Y e Z.

Alteração e inclusão de dados constantes no Cadastro do Índice da Revista Arquivos, bem como emissão de relatórios realizados no período de 26 a 28/6/91.

ATIVIDADES DIÁRIAS

Cópias de Segurança de todos os arquivos;

Cadastramento de novas inscrições;

NOS EUA, AS MÉDICAS SOFREM DISCRIMINAÇÃO

WASHINGTON - As mulheres continuam sendo mantidas a distância de posições importantes no campo da medicina, uma situação que acaba se refletindo no cuidado com as pacientes, afirma a Fundação da Maioria Feminista.

Em relatório que acaba de divulgar, essa organização apresenta um quadro comparativo mostrando que não existem mulheres dirigindo faculdades de Medicina. Revela ainda que apenas 16 por cento de todos os médicos são mulheres, apenas 21 por cento do corpo docente das escolas de Medicina são de mulheres enquanto elas representam 36 por cento dos estudantes de Medicina. O relatório ressalta ainda que praticamente só mulheres estudam Enfermagem.

Eleanor Smeal, a presidente da fundação, disse que no ritmo atual as mulheres só alcançarão paridade com os homens no corpo docente das faculdades de Medicina no ano 2077.

"Em 1985, a renda média das médicas correspondia a 61 por cento da de seus colegas homens. Em 1988, as mulheres ganhavam 62,8 centavos para cada dólar recebido pelos médicos", afirma o relatório. "O pior é que esses números representam uma queda em relação aos 63,2 centavos por dólar em 1982". O relatório foi divulgado por ocasião do Mês da Mulher na Medicina, comemorado em setembro.

A Dr^a Roselyn Payne Epps, presidente da Associação Americana de Médicas, declarou que o relatório mostra que as mulheres "estão excluídas de maneira chocante de posições decisórias na medicina e que esse telhado de vidro médico está custando às mulheres suas vidas". Smeal disse em entrevista que a maioria das pessoas não sabe da situação e pensa que as mulheres estão passando melhor do que na realidade.

"As médicas terão que se organizar para corrigir isso e as pacientes terão que pedir isso. A questão não afeta somente a ascensão profissional das mulheres como também os cuidados com a sua saúde", disse ela. O desequilíbrio também existe nas organizações médicas, afirma o relatório, dizendo que em seus 144 anos de existência a Associação Médica Americana nunca teve uma mulher em cargo executivo e só passou a incluí-las no conselho em 1989.

Ironicamente, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas nunca teve mais do que duas mulheres ao mesmo tempo em seus 17 principais cargos em seus 41 anos de existência.

O relatório da fundação também diz que a maioria das pesquisas médicas é feita com homens e os seus resultados são aplicados tanto a homens como a mulheres.

"Os pesquisadores e médicos insistem em aplicar respostas masculinas a questões femininas, apesar das provas de que as doenças não são iguais em homens e mulheres", diz o relatório. E devido à falta de médicas, problemas médicos exclusivos das mulheres têm sido negligenciados ou tratados de maneira inadequada.

"A partir do momento em que as mulheres entram no sistema médico, suas observações e sintomas são considerados insignificantes ou decorrentes de razões emocionais com mais frequência que os sintomas dos homens", observou o relatório. "Mesmo quando os indícios são idênticos aos dos homens, os médicos os ignoram".

Além disso, são receitados sedativos, tranqüilizantes e remédios contra ansiedade com mais frequência para as mulheres do que para os homens, observa o relatório.

"A necessidade de mulheres em posições decisórias na medicina é enorme. Por muito tempo a saúde das mulheres têm sido ignorada, seus sintomas minimizados e suas diferenças biológicas - usadas para excluir as mulheres em outros campos - consideradas sem maior importância", disse ainda o relatório. (Janet Bass, da UPI).

(Transcrito da Gazeta do Povo de 22/9/91)

DIPLOMA DO MÉRITO-ÉTICO PROFISSIONAL

A Associação Médica do Paraná e o Conselho Regional de Medicina do Paraná promoveram no último dia 18 de Outubro de 1991 as solenidades de homenagem aos Médicos do Paraná.

Com o auditório lotado, pela sua quarta vez, o CRM homenageou os colegas que completaram 50 anos de exercício da medicina, sem sanção ético-profissional, com a outorga do "Diploma do Mérito Ético-Profissional".

Foram os seguintes os colegas que receberam a justa distinção:

- Dr. Walfredo Locher - CRM 107
- Dr. Amaury Luciano de Munhoz Rocha - CRM 208
- Dr. Amílcar Rocha Coutinho - CRM 284
- Dr. Levi Miró Carneiro - CRM 325
- Dr. Ruy Laai - CRM 361
- Dr. Eloi Vicente Bettega - CRM 410
- Dr. Newton Côrtes Vieira Lima - CRM 485
- Dr. Manoel Stenghel Cavalcanti - CRM 498
- Dr. Afonso Nacia Halkal - CRM 540
- Dr.ª Romana Chorosnicka Domingues - CRM 1518
- Dr. Manf Zacharias - CRM 2080
- Dr. Orlando Vicentini - CRM 480
- Dr. Octavio Genta - CRM 528
- Dr. Luiz de Castro Serra - CRM 545
- Dr. Emilio Gomes Filho - CRM 826
- Dr. Devanir Ribeiro Teixeira - CRM 1682
- Dr. Plínio Romanó - CRM 344
- Dr.ª Raquel Amorim Rebello - CRM 379
- Dr. Vicente de Barros Lemos - CRM 205 - "IN MEMORIAN"
- Dr. Domicio Pereira da Costa - CRM 009 - "IN MEMORIAN"



Entre os muitos presentes que compareceram às solenidades, a presença do Dr. Wadir Ruppello, presidente do CRMPR; Dr. Antonio Celso Nassif, presidente da AMB; Dr. Renato Meroili, ex-presidente da AMP; Dr. Nizan Pereira de Almeida, Secretário de Estado da Saúde; Dr. Mário A. Ferrari, presidente do Sindicato Médico do Paraná; Dr. José Fernando Macedo, presidente da AMP.



Uma visão do grande auditório da AMP, lotado por médicos e familiares, prestigiando a grande solenidade.



Prof. Dr. Manoel Stenghel Cavalcanti, um dos colegas que recebeu o merecido "Diploma do Mérito-Ético Profissional".

MORTE ENCEFÁLICA

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO Nº 1.346, DE 08 DE AGOSTO DE 1991

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268/57, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme já estabelecido pela comunidade científica mundial;

CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

CONSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação e interrupção do emprego desses recursos;

CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 2 anos;

RESOLVE adotar os seguintes princípios:

1) Os critérios, no presente momento, para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de 2 anos são, em seu conjunto:

a) clínicos - coma aperceptivo com arreatividade inespecífica, dolorosa e vegetativa, de causa definida. Ausência de reflexos corneano, oculoencefálico, oculovestibular e do vômito. Positividade do teste de apnéia. Excluem-se dos critérios acima, os casos de intoxicações metabólicas, intoxicações por droga ou hipotermia.

b) complementares - ausência das atividades bioelétrica ou metabólica cerebrais ou da perfusão encefálica;

2) O período de observação desse estado clínico deverá ser de, no mínimo, 6 (seis) horas.

3) A parada total e irreversível das funções encefálicas será constatada através da observação desses critérios registrados em protocolo devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar.

4) Constatada a parada total e irreversível das funções encefálicas do paciente, o médico, imediatamente, deverá comunicar tal fato aos seus responsáveis legais, antes de adotar qualquer medida adicional.

5) Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL
Secretário-Geral

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

1. COMISSÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Cons. Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki (Presidente)
Cons. Gabriel Paulo Skroch
Cons. Daebe Galati Vieira
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Miguel Ibraim 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 Ehlike 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

DELEGACIAS REGIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Colaborador)
Dr. Minao 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 Cáffaro 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 Kais (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antônio de Melo Costa (Presidente)
Dr. Paulo Afonso de Barcelos (Secretário)
Dr. Ivan José Cardoso Frey (Colaborador)
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)
Dr. Francisco 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 Cantus (Colaborador)
Dr. Ivo Petry Maciel Junior (Suplente)
Dr. Mario Percegoni (Suplente)
Dr. Lauber Macedo de Mattos (Suplente)