

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO
DR/PR
ISR - 48-189/84

IMPRESSO

v.8, n.31 e 32 - julho / dezembro - 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 Ehke Braga Filho
Tesoureiro:	Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Carlos Ehke Braga Filho
Dr. João Zeni Junior
Dr. Elias Abrão
Dr. Antonio Carlos C. Küster Filho
Dr. Jaime Ricardo Paciornik
Dr. Nelson Emilio Marques
Dr.ª Solange Borba Gildemeister
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Marco Antonio A. Rocha Loures
Dr. Farid Sabbag
Dr. Luiz Antonio M. da Cunha
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Nelson Egidio de Carvalho
Dr. Octaviano Baptistini Junior
Dr. Duilton de Paola
Dr. Carlos Henrique Gonçalves (AMP)
Dr. José Leon Zindeluk
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 Ibrahim 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



v.8, n.31 e 32
julho / dezembro - 1991

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v.8	Nº 31 e 32	p. 89/148	Jul/Dez.	1991
-------------------------------	----------	-----	------------	-----------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

EDIÇÃO

Trimestral

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica
Rua Francisco Scremin, 1855-b
Ahú - Curitiba - Paraná
Fone: (041) 253-4933

TIRAGEM

11.000 exemplares
CAPA
Criação: José Oliva, Eduardo
Martins e Cesar Marchesini
Fotografia: Bia

Sumário

Honorários: Prescrição de cobrança em um ano	91
Conselho promove concurso de monografia de ética médica	94
Processo Ético-Profissional nº 017/88	96
Enfermeira pode ser Secretária Municipal de Saúde?	97
Alta a pedido em criança	98
Ao cadáver desconhecido	100
Os Secretários de Saúde estão sujeitos ao CEM?	101
"Dr. Morte" ataca e reativa a polêmica	102
Processo Ético Profissional nº 003/89	104
Revisão de prontuário por médico designado pela administração de plano de saúde	105
Tem os médicos direito de errar?	107
Curiosidades da história da Medicina	109
Interrupção de gravidez	111
Condenado a 5 anos o médico que fertilizava com seu sêmen	117
Laqueadura, aspectos médico-legais	118
Conselho quer teste de Aids obrigatório a quem vai casar	119
Processo Ético Profissional nº 005/89	120
A bioética médica: tudo, menos ética da vida	121
Juíza proíbe eutanásia de menina de 13 anos nos EUA	123
Transplante de genes é bem sucedido	124
Um agressor sexual pede ser castrado para quedar livre	124
Sugeridos testes de Aids em todos os pacientes de hospitais	125
Sistema de saúde falha nos EUA	126
Bioética, disciplina do futuro	127
Psiquiatria: Declaração de Caracas	128
Processo Ético Profissional nº 009/88	131
Regulamentação da profissão de Acupunturista	132
A insignificância da lesão	133
Ética e solidariedade	135
Argentina: el director de un hospital traficaba con órganos de enfermos mentales	136
Aspectos éticos legais dos transplantes de órgãos	137
EUA: Pílula abortiva encontra resistência	142
Justa causa	143
Processo Ético Profissional nº 001/88	145
Universidade/ Empresa: Éticas diferentes	146
Erros médicos: real dimensão	147

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, ainda 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.

HONORÁRIOS



Prescrição de Cobrança em um Ano

APELAÇÃO CÍVEL N. 191000348 - 3ª Câmara Cível - Arroio Grande

Honorários médicos. Prescrição. A prescrição de honorários médicos é de um ano, a contar do último serviço prestado, que pode ser considerado aquele que antecedeu a dispensa do médico, dispensa esta que se verifica com a procura, pelo paciente, de outro profissional. Sentença confirmada pelos próprios fundamentos.

Romulo Conceição Castagna, Delmo Ramos Amendola, João Flávio Bissacotti, Edson Ulrich Silveira e Henry Mor Pansard, apelantes - Flávio Damião de Camargo e Maria Cenária de Camargo, apelados.

ACORDÃO

Acordam os Juízes da 3ª Câmara Cível do Tribunal de Alçada do Estado, à unanimidade, em negar provimento ao recurso. Custas na forma da lei.

1. Cuida-se de ação de cobrança de honorários médicos, ajuizada pelo rito sumaríssimo por Romulo Conceição Castagna, Delmo Ramos Amendola, João Flávio Bissacotti, Edson Ulrich Silveira e Henry Mor Pansard, na Comarca de Arroio do Tigre, contra Flávio Damião de Camargo e Maria Cenário de Camargo.

Dizem os autores na inicial que por ocasião de um mal súbito sofrido pela requerida Maria e, como assistência Médica daquele Município (Arroio do Tigre) era muito precária, foi ela conduzida para a cidade de Santa Maria, pelo marido da mesma, ora requerido. Prestaram assistência Médica no período em que esteve internada no Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo e, posteriormente, encaminhada para a capital do Estado, onde os recursos eram de melhor padrão. Tentaram os autores, de toda maneira, receber os honorários que lhes eram devidos, tendo, inclusive, interpelado judicialmente os requeridos, sem êxito. Pedem a procedência da ação com a condenação dos réus nas verbas secumbenciais.

Designada a audiência, compareceram nela as partes, tentada a conciliação resultou infrutífera. Apresentaram os réus contestação, aduzindo, prefacialmente:

a) ilegitimidade passiva do réu varão, eis que quando da internação da requerida, não providenciou em sua internação hospitalar, porque acometido de uma doença que o impossibilitava de locomover-se. A internação foi feita por seu cunhado; b) carência de ação, em face de os autores não terem juntado aos autos, por ocasião da inicial, os documentos comprobatórios dos respectivos débitos; e c) prescrição da ação, em razão de que tanto a interpelação, quanto esta ação, foram ajuizadas depois de transcorrido o

prazo para que os autores o fizessem. No mérito, pedem a improcedência da ação com a condenação dos autores nos consectários de estilo.

Respondem os autores, dizendo que o tratamento feito na requerida, após seu retorno da capital, estendeu-se até novembro de 1987 e refutaram a preliminar de ilegitimidade passiva. Reiteram a procedência da ação.

Proferida desde logo a sentença, o MM.julgador acolheu somente a preliminar de ilegitimidade passiva, excluindo o réu Flávio da lide. Refutou à relativa a carência de ação e, finalmente, acatou a referente à prescrição, julgando extinto o processo com julgamento do mérito, eis que efetivamente decorreu o prazo prescricional em 24/06/88. Condenou os autores ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios fixado em 2 salários mínimos.

Inconformados, recorreram os autores, aduzindo que o tratamento da requerida findou em 14/12/87, e, por consequência, não ocorreu a prescrição, uma vez que ajuizaram a interpelação judicial antes do esgotamento desse prazo. Pedem a reforma do decisum de primeiro grau.

Em contra-razões de apelação, os réus reprisaram os argumentos expedidos na contestação. Pedem a reforma da decisão no tocante ao arbitramento da verba honorária e a manutenção da sentença no restante.

Contados e preparados regularmente, subiram os autos e, por distribuição, vieram à Câmara. Sem intervenção do MP.

2. Agiu corretamente o sentenciador. Com efeito, estatui o art. 178, § 6º, inc. IX, do CC, que 'prescreve em 1 ano a ação dos médicos, cirurgiões ou farmacêuticos, por suas visitas, operações ou medicamentos; contado o prazo da data do último serviço prestado.

No caso, conforme se verifica dos autos, o último serviço prestado foi em junho de 1987, e não no final do ano de 1987, como consta erradamente da inicial. Os documentos de fls. 39 e segs. retratam que o tratamento em Hospital de Santa Maria ocorreu no mês de junho. Neste mês, ainda, a paciente e ré Maria Cenária de Camargo foi removida para o Hospitais Moinhos de Vento, em Porto Alegre, em estado grave. Não há a menor notícia de que tenha continuado, por suas visitas, operações ou medicamentos; contado o prazo da data do último serviço prestado'.

No caso, conforme se verifica dos autos, o último serviço prestado foi em junho de 1987, e não no final do ano de 1987, como consta erradamente da inicial. Os documentos de fls. 39 e segs. retratam que o tratamento em Hospital de Santa Maria ocorreu no mês de junho. Neste mês, ainda, a paciente e ré Maria Cenária de Camargo foi removida para o Hospital de Moinhos de Vento, em Porto Alegre, em estado grave. Não há a menor notícia de que tenha continuado o tratamento com os médicos do hospital de Santa Maria após o retorno da capital do Estado.

Na réplica à contestação, após os autores lançarem mais alguns impropérios aos réus por terem argüido a exceção da prescrição, sustentam que o tratamento apenas foi dado por encerrado em dezembro de 1987, mas que em novembro deste ano o réu e um acompanhante se dirigiram até Santa Maria, onde trataram o acerto dos honorários médicos. Combinaram o pagamento para dezembro.

Desta afirmação não foi produzida a menor prova. Mesmo, no entanto, que fosse

verídica, não teriam melhor sorte os acionantes, eis que, quando da pretendida notificação interruptiva do prazo prescricional, já havia decorrido o prazo de 1 ano.

Realmente, nota-se que a notificação teve o primeiro despacho proferido em 21/12/88, consumando-se apenas em 08/03/89, fl. 18v., isto é, muito tempo depois do lapso temporal de 1 ano, contado a partir de novembro ou dezembro de 1987.

Isto se considerarmos válida a pretensa medida judicial de interrupção do prazo. Na verdade, o pedido objetivou apenas a ressalva de direitos, sem ressaltar alguma manifestação quanto à interrupção do prazo prescricional.

Seja como for, a ação ingressou somente em novembro de 1989, efetuando-se a citação em 10/05/90, fl. 26v., isto é, depois do prazo de 1 ano a partir da propositura da ação cautelar de protesto judicial. O simples ingresso da ação não interrompe a prescrição. Conforme o art. 219 do CPC, apenas a citação a interrompe.

Vê-se, então, quer do ponto de vista da data em que cessou o tratamento médico (junho de 1987), quer do momento em que se deu a notificação para prevenir responsabilidades e direitos, e quer da consideração que tomou o mês de dezembro de 1987 como início da influência da prescrição, não revelam razão os demandantes.

Decidiu-se: 'A prescrição de honorários médicos é de um ano a contar da prestação do último serviço' (Rev. dos Tribs., 486/95). 'Honorários médicos. A prestação dos honorários dos médicos regula-se pelo disposto no art. 178, § 6º, inc. IX, do CC, revigorado pela lei n. 2923, de 1955. Sentença confirmada' (Apelação Cível n. 28836, da 1ª Câmara Cível do TJRGS, julgada em 6.09.77).

De outra parte, leciona o mestre sobre a matéria, Brenno Fischer: 'Pode, porém que o doente morra ou que o médico seja despedido antes que isto ocorra ou que a cura se verifique e, neste casos, é intuitivo que a data da morte ou dispensa dos serviços será o ponto de partida para o prazo prescricional. Portanto, convocado para atender um doente enquanto seus serviços se fazem necessários para debelar a enfermidade, não se pode falar em prescrição da ação destinada a cobrar os honorários devidos' (A Prescrição nos Tribunais, IV/309, Tomo 2º, José Konfino Ed., Rio de Janeiro, 1960).

Desde o momento em que cessam os serviços médicos, ou em que é dispensado o médico, já corre o prazo prescricional. E isto, na verdade, ocorreu em junho de 1987, quando a ré e paciente procurou recursos em nosocômio de Porto Alegre. Daí que decidiu corretamente o culto magistrado, negando-se provimento.

De ressaltar que não se pode conhecer do pedido de elevação dos honorários, formulado pelos apelados, nas contra-razões ao recurso, pois deveria vir expresso na forma de apelo.

Participaram do julgamento, além do signatário, os eminentes Juízes de Alçada Drs. Sidinei Ruaro, Presidente, e Araken de Assis.

Porto Alegre, 14 de fevereiro de 1991.
Arnaldo Rizzardo, Relator.

Jurisprudência Cível

JULGADOS do Tribunal de Alçada do R.G.S. n. 77

CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Conselho promove concurso de monografia de ética médica

(Resolução CRM-PR nº 21/87)

Tema 92 - "O meio ambiente e a Ética Médica"

Prêmio - 3 milhões de cruzeiros

A ECO 92, recentemente realizada na cidade do Rio de Janeiro, constituiu-se no maior evento do gênero até hoje observado no mundo. Quase duas centenas de países se fizeram representar pelo que de mais importante e ilustres personalidades possuíam, inclusive pelos seus mais altos mandatários.

Este evento, com certeza, em suas conclusões, não trouxe a solução para todos os problemas, ali exaustivamente discutidos, mas foi a grande chave na abertura das discussões que, obviamente, decorrerão a partir de então, por todos os homens da terra sobre este tema tão palpitante que é o meio ambiente — sua preservação e sua utilização racional.

A Medicina em geral e o Conselho Regional de Medicina do Paraná em particular, não poderiam jamais estar alheios de tão importante acontecimento e de trazer a público esta sua vontade de participação. Queremos ouvir, queremos discutir, queremos participar também na busca de soluções para os problemas dos ecossistemas, principalmente no que se refere à ética médica (o que terá sido, o que é e o que poderá vir a ser ético).

Assim, dando cumprimento ao instituído através da Resolução CRM-PR nº 21/87, que criou o "Prêmio — Monografia de Ética Médica" que é anualmente conferido a melhor monografia inédita sobre Tema de Ética Médica, neste ano da Conferência Eco-92, o Conselho Regional de Medicina do Paraná escolheu como tema: "O Meio Ambiente e a Ética Médica".

Ao 1º colocado será conferido um certificado "Prêmio Melhor Monografia de Ética Médica" e mais uma importância em dinheiro no valor de 3 milhões de cruzeiros.

A Comissão Julgadora poderá a seu critério, atribuir um certificado de Menção Honrosa a outros trabalhos que julgar merecedores.

Poderão concorrer ao prêmio, pessoas de qualquer profissão e nacionalidade brasileira, não sendo permitida a participação de membros e funcionários do CRM/PR.

O prazo para inscrição dos trabalhos se encerrará às 18h do dia 10 de setembro deste ano.

A entrega do prêmio será procedida em sessão solene, no "Dia do Médico", dia 18 de outubro.

Os trabalhos poderão conter material ilustrativo e deverão ser datilografados em espaço duplo, em um só lado de folha tamanho ofício, com um mínimo de 20 e um máximo de 30 laudas, contendo obrigatoriamente os dados seguinte:

a) título do trabalho e pseudônimo do autor;

b) o nome completo, endereço, telefone e qualificação profissional do autor, colocados em envelope não-transparente, anexo ao trabalho.

Os trabalhos deverão ser remetidos em 3 vias à sede administrativa do CRM, situada na Rua Marechal Deodoro, 497 - 3º andar - CEP - 80020-320 - Curitiba - PR. Fone: (041) 223-1414 fax: (041) 223-1829. Na frente do envelope deve constar: "Prêmio - Monografia de Ética Médica".

O trabalho premiado será publicado na Revista "Arquivos do CRM/PR". Aos demais cabe prioridade de publicação nos arquivos do CRM, se for do seu interesse.

O julgamento dos trabalhos caberá a uma "Comissão Julgadora" composta de 3 pessoas, escolhidas pelo Plenário do CRM/PR.

A Comissão Julgadora, a seu exclusivo critério, poderá não conferir o prêmio, caso os trabalhos apresentados não atendam os méritos desejados. Das decisões da Comissão Julgadora não caberão recursos.

O prêmio é intransferível, individual e pessoal. Se o trabalho for coletivo, poderá ser atribuído em conjunto aos seus autores, aos quais cabe decidir entre si a forma de divisão da parte em dinheiro e designação de um representante para o recebimento dos prêmios. O certificado, também neste caso, será único, com o nome de todos os autores.

O concurso e o seu resultado serão divulgados pela imprensa.





ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL Nº 017/88

DENUNCIANTE - DR. H.T.
RELATOR - CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
REVISOR - CONS. DAEBES GALATI VIEIRA
ACORDÃO - 010/91

EMENTA - PUBLICIDADE - TRATAMENTO DE EMAGRECIMENTO SEM REFERÊNCIA A ESPECIALIDADE DE ENDOCRINOLOGIA - INFRAÇÃO AO ARTIGO 135 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - NÃO CONFIGURAÇÃO - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.

Se o denunciado apenas referiu na publicidade veiculada, que realiza tratamento para emagrecimento, isto não induz que se intitule especialista em Endocrinologia, não se configurando por isto infração ao artigo 135 do Código de Ética Médica.

PUBLICIDADE - PARTICIPAÇÃO DE EMPRESA COMERCIAL - DESCONHECIMENTO - DENÚNCIA IMPROCEDENTE.

Se o denunciado desconhecia a participação de empresa comercial, na publicidade, não se lhe pode imputar infração ao artigo 136 do Código de Ética Médica.

PUBLICIDADE - OMISSÃO DO NÚMERO DE CRM - ARTIGO 2º DA RESOLUÇÃO 1036/80 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - DENUNCIA PROCEDENTE.

Se na publicidade veiculada, o denunciado não fez constar o número de seu registro no CRM, caracteriza-se infração ao artigo 2º da Resolução 1038/80 do Conselho Federal de Medicina.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional nº017/88, em que figura como denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ e denunciado o DR. H.T.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, contra os votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração aos artigos 135 e 136 do Código de Ética Médica, e por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor em acolher a imputação feita ao denunciado de infração no artigo 2º da Resolução CFM nº 1036, do Conselho Federal de Medicina, aplicando-lhe a pena prevista na letra "a", do artigo 22, da lei 3268, de 30 de setembro de 1957, ou seja, "ADVERTÊNCIA CONFIDENCIAL EM AVISO RESERVADO", conforme ata nº 570, de 29 de julho de 1991.

Curitiba, 30 de julho de 1991.

Cons. LUIZ CARLOS SOBANIA
Relator

Cons. WADIR RÚPOLLO
Presidente

Enfermeira Pode Ser Secretária Municipal de Saúde?

Parecer CRMPR 232/92

O Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná, instado pelo Advogado Plínio Antonio de Sotti Lopes, fórmula consulta a este Conselho Regional de Medicina, indagando quanto a legalidade de enfermeira ocupar cargo de Secretária Municipal de Saúde, fato ocorrido no Município do Guarapuava. Pergunta então o Consulente, se esta designação não contraria o prescrito pelo artigo 15, da Lei 3999/61, que dispõe:

“Os cargos ou funções de chefia de serviços médicos, somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei”.

Quer me parecer que a dúvida do Consulente não procede. O dispositivo mencionado é bem claro quando restringue ao médico, o exercício de cargos ou funções de chefia de serviços médicos. Ora, a Secretaria Municipal de Saúde, não mantém sob sua égide, apenas médicos, mas uma pleiade de funcionários de várias categorias profissionais. É, portanto, abrangente. O artigo 15, da Lei 3999/61, obriga sim, que o serviço médico que integra também a Secretaria Municipal de Saúde, tenha como chefe um médico, que seria então responsável pelo setor.

Não vejo, portanto, nenhum óbice que o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Guarapuava seja exercido por uma enfermeira.

É o meu parecer.

Curitiba, 20 de fevereiro de 1992.

DR. ANTONIO CELSO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Consultor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/02/92

ALTA A PEDIDO EM CRIANÇA

Parecer CREMERS 4/91

O Hospital da Criança Santo Antônio constitui uma Comissão Especial para a análise da situação chamada **“alta a pedido”**.

A **“alta a pedido”** é uma alta contra indicação médica, forçada pelos responsáveis pela criança e se constitui, obviamente, em ato **“que viola o melhor interesse da criança e portanto configura abuso do pátrio poder, uma vez que essa atitude expõe a criança a risco.”**

Considerando-se que, segundo o entendimento da autoridade judiciária, a simples assinatura de responsabilidade, por parte do pai ou responsável, não exime o médico e/ou a Instituição de responsabilidade decorrente, e, ainda, não é inerente à atividade hospitalar manter pacientes sob custódia, ou extrapolar as relações contratuais de prestação de serviços, a Comissão sugeriu, para tais casos, a observância da conduta traçada na comunicação anexa, e que é objeto de estudo, neste parecer, solicitado pelo eminente Conselheiro Dr. Mario Ferreira Coutinho.

O problema se reveste de certa complexidade e envolve interesses dignos do maior respeito e tutela.

O Constituinte, no artigo 227 da Carta Magna, expressou que - **“é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de todo tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão.”**

Por sua vez, o Estatuto de Criança e do Adolescente dispõe, em seu artigo 7º, - **“A criança e o adolescente tem direito à proteção, à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”**

Embora, infelizmente, a assistência efetiva à criança, não só no plano de saúde, como também o educacional, não tem ainda ido muito além da retórica dos textos legais, é forçoso convir que este ônus recai sobre toda a sociedade e, em especial, sobre aqueles que, por profissão ou dever de ofício, dela não podem ou não devem se eximir.

Nenhum direito suplanta o direito à vida e à saúde, de modo que não há se opor a tal direito, qualquer prerrogativa que decorra do pátrio poder. O pátrio poder antes de ser um direito é um complexo de obrigações e deveres e seu exercício só é legítimo enquanto

benéfico para o menor.

O médico é o único árbitro hospitalar.

Em princípio, esta consultoria entende, pelos próprios fundamentos expedidos, que a conduta sugerida pelo Dr. Jefferson Pedro Piva, Diretor Médico do Hospital da Criança Santo Antônio, se apresenta, nas circunstâncias, correta e digna de aprovação, principalmente no que se refere à imediata comunicação ao Juizado da Infância e da Juventude e/ou Delegacia de Polícia mais próxima.

Anexa-se este Parecer a comunicação que lhe deu causa e na qual estão especificadas as medidas sugeridas pelo Hospital da Criança Santo Antônio.

Porto alegre, 21 de agosto de 1991.

Dr. Oscar Gomes Nunes
Consultor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessão plenária de 03.10.91

Consulta do Hospital da Criança Santo Antônio sobre “Alta a Pedido”, cujo texto reproduzimos abaixo:

I - A **alta a pedido** é uma alta contra indicação médica;

II - A retirada da criança do hospital se constitui num ato que viola o melhor interesse da criança e portanto configura abuso do pátrio poder, uma vez que essa atitude expõe a criança a risco. Salienta-se que, segundo entendimento de autoridade judiciária, a simples assinatura no termo de responsabilidade, por parte do pai ou do responsável, não exime o médico e/ou a Instituição de responsabilidades decorrentes.

Por conseguinte, e não sendo inerente à atividade hospitalar manter pacientes sob custódia, ou ainda, extrapolar as relações contratuais de prestação de serviços, sugerimos a seguinte conduta quando da incidência dos casos em tela:

1) Abolir a rubrica **alta a pedido**, passando a chamar-se **alta contra a indicação do médico**.

2) Estabelecer duas modalidades de abordagem do problema:

a) Alta ou permanência mediante entendimento com a família, através da persuasão ou de assentimento por parte do médico responsável pelo leito;

b) Em casos de **iminente risco de vida**, e frustrada permanência conforme a modalidade anterior, a equipe da unidade deverá adotar as seguintes medidas:

- Identificação de reserva de leito em outro hospital para transferência, e após confirmação providenciar a remoção por veículo do Hospital, com toda a assistência necessária;

- Inexistindo reserva de leito, solicitar providências aos familiares;

- Se houver negativa por parte dos familiares e/ou desencadeamento de atitudes extremas, em que haja grave ameaça à entidade ou pessoas, comunicar imediatamente, através do Serviço Social, ao Juizado da Infância e da Juventude e/ou Delegacia de Polícia mais próxima, para que se tome as medidas cabíveis ao caso.

III - Em casos de fugas, dá-se alta por evasão, e se constatando risco de vida do paciente toma-se as medidas de comunicação aos órgãos competentes supra-citados, imediatamente ao conhecimento do fato."

AO CADÁVER DESCONHECIDO

*"Todos os homens vivem esses momentos difíceis.
São muitos os que unicamente esta vez passam
na vida por aquele morrer e renascer
que é o nosso destino, somente esta vez,
quando tudo o que chegarmos a amar
quer abandonar-nos e sentimos de repente
em nós a solidão e o frio mortal dos espaços infinitos.
E há muitos também que se embarçam para sempre
nesses escolhos e permanecem a vida toda
agarrados a um passado sem retorno,
ao sonho do paraíso perdido,
o pior e o mais assassino de todos os sonhos."*

H. Hesse

Os Secretários de Saúde estão sujeitos ao Código de Ética Médica?

Infração ao Cap. 8 Art. 97 do CEM.
"Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais."

Parecer CFM 1/55/90

O presente Processo Consulta originou-se a partir de ofício dirigido ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, conjuntamente pelo Sindicato dos médicos do Estado de Sergipe e Sociedade Médica de Sergipe, solicitando a instauração de PEP contra o Secretário de Saúde daquele Estado por possível infração ao cap. VIII art. 97 do CEM, em virtude de ter aquela autoridade informado à Secretaria de Administração, a pedido da mesma, a relação dos médicos em greve e, em decorrência disto, o Secretário de Administração reteve os salários dos mesmos.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe pergunta-nos:

1 - "Sendo Secretário de Estado da Saúde, é anti-ético ter informado e concordado com a retenção dos salários dos colegas?"

2 - Sendo Secretário de Estado, em virtude da função que ocupa, é apenas um Administrador Público?"

Vejamos a primeira indagação:

O artigo 97 do CEM veda, a qualquer pretexto reter remuneração de médicos e outros profissionais, ou seja, não se pode de forma alguma, reter remuneração por dias efetivamente trabalhados ou por serviços efetivamente prestados. Assim, a retenção de salários ou honorários devidos não pode ser usada como forma de coação contra os médicos ou outros profissionais de saúde.

Não nos parece ser esse o caso. Pelo relato, o que houve foi o desconto dos dias não trabalhados por motivo de greve. Assim, o desconto aqui mencionado não passa de ato administrativo legal, da competência do Secretário. Não se trata de ponto para discussão ética e sim para discussão política entre a categoria e o Sr. Secretário, já que, habitualmente, o pagamento dos dias paralisados é parte da pauta de reivindicações.

Quanto ao segundo ponto, entendemos que a função do Secretário de Saúde não é privativa de médico mas, sendo médico o Sr. Secretário, inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, está o mesmo subordinado aos ditames do CEM.

É o parecer, s.m.j.

Brasília, 09 de agosto de 1990

Nei Moreira da Silva
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/9/90

“DR. MORTE” ataca e reativa a polêmica

NOVA IORQUE - O patologista Jack Kevorkian tem o semblante simpático de um avô aposentado. Mas tem gente achando que atrás da cara de santo se esconde um médico diabólico. Outros acreditam que ele é mesmo um bom samaritano que parece. Todos acham o apelido adequado: “Doutor Morte”.

Kevorkian, que mora no estado de Michigan, adquiriu fama internacional por ter inventado o que batizou a “máquina do suicídio”. Um aparelho parecido com aquele que dispensa soro nos hospitais, só que com dois canos de plástico e duas agulhas. Ambas devem ser colocadas numa veia do braço do paciente.

O próprio suicida aciona o primeiro botão e começa a receber uma dose de sedativo. Quando o braço cai a segunda agulha começa a injetar cloreto de potássio. Em questão de segundos o paciente está morto.

A “máquina de suicídio” foi utilizada pela segunda vez em Michigan, com a assistência do Dr. Kevorkian. Quem requisitou os serviços dele foi Marjorie Wantz, de 58 anos de idade, que sofria de uma doença rara. Apesar de aplicar sacos de gelo e tomar sedativos poderosos, a doença acusava dores tão fortes em Wantz que ela decidiu se matar.

No mesmo dia e no mesmo lugar o “Doutor Morte” prestou assistência a outra mulher, Sherry Miller, de apenas 43 anos de idade. Ela sofria de esclerose múltipla e não queria mais viver. Usou uma máscara para respirar monóxido de carbono.

O Dr. Kevorkian deveria ser processado por homicídio ou receber agradecimentos por ter livrado duas pessoas da dor de doenças incuráveis? Esta é a pergunta que está dividindo a opinião pública daqui.

Da primeira vez que atacou, há um ano e meio, o médico emprestou sua “máquina de suicídio” para Janet Adkins, que tinha a doença de Alzheimer. Na época a polícia de Michigan chegou a acusá-lo formalmente de um crime, mas uma juíza arquivou o caso. É que não existe no estado lei que proíba alguém de ajudar outra pessoa a terminar com a vida.

Mais uma vez é pouco provável que o Dr. Kevorkian vá para a cadeia. As duas mulheres deixaram testemunhos dizendo que procuraram o médico de livre e espontânea vontade. Marjorie Wantz escreveu uma carta dizendo há três anos não saía de casa, a não ser para ir ao médico. “Não é mais possível viver com essa dor e agonia”, afirmou.

O advogado do médico argumenta que ele sofre muito com a perda de seus pacientes. Mas os críticos acham que o Dr. Kevorkian passou dos limites e está se tornando um “assassino de misericórdia”.

O médico não está sozinho no meio da polêmica. A Hemlock Society é uma sociedade que tem adeptos em todo o país e prega o direito do cidadão de acabar com a própria vida. Um guia para o suicídio, chamado “Saída Final”, entrou na lista dos mais vendidos recentemente. No estado de Washington os leitores vão decidir num plebiscito se

aprovam uma lei autorizando os médicos a prestarem assistência a pacientes terminais que quiserem se matar.

O debate de agora em diante só tende a esquentar. É que a população americana está envelhecendo. Por conta dos avanços da medicina, a expectativa de vida no país é de 75 anos de idade. É cada vez mais comum ver gente que sobrevive exclusivamente na dependência de aparelhos e remédios. (Braznet).

“Doutor Morte” acusado de outro suicídio

CLAWSON, MICH (UPI) - O Dr. Jack Kevorkian, o defensor da eutanásia que foi apelidado de “Doutor Morte”, deu orientação para suicídio de uma mulher cega e totalmente incapacitada que se matou ontem, e ameaçou jejuar até acabar com sua vida se for novamente processado, disse seu advogado.

Kevorkian, de 63 anos, que está em liberdade após pagar uma fiança de cinco mil dólares e que deverá ser julgado dentro de alguns meses por dois outros suicídios com os quais colaborou, não foi preso de imediato por este último episódio.

Susan Williams, de 52 anos, vítima de esclerose múltipla, foi encontrada deitada de costas na cama com uma máscara ligada a uma máscara de monóxido de carbono da qual o gás continuava saindo, em sua casinha em Clawson, disse à polícia. Clawson fica ao Norte da terra natal de Kevorkian, Royal Oak.

Geoffrey Fieger, o advogado de Kevorkian, insistiu na afirmação de que seu cliente não ajudou a mulher a se matar, mas apenas lhe disse o que deveria fazer. Se for preso e processado de novo, Kevorkian pretende jejuar até a morte na prisão, disser Fieger.

O advogado garantirá ao Tribunal, para obter a fiança, que seu cliente não ajudaria em outro suicídio. Ele frisou que a mulher foi apenas “aconselhada” e que morreu pelas próprias mãos.

Williams deixou uma nota para sua família dizendo que escrevera a Kevorkian para pedir auxílio ao médico para seu suicídio. Na nota, ditada a um irmão, ela assinala que Kevorkian tentou dissuadi-la, e depois lhe recomendou que só agisse quando estivesse certa do que queria - diz também esperar que ele não seja responsabilizado.

Com esse, são quatro os suicídios em que Kevorkian está envolvido. O primeiro foi em junho de 1990, quando ele ajudou Janet Adkins, de 54 anos, uma paciente do mal de Alzheimer, a se suicidar com uma máquina que inventara para tal finalidade.

As acusações contra Kevorkian acabaram sendo retiradas por falta de legislação prevendo penas para ajudas a suicidas, no estado de Michigan. Ele foi depois proibido depois de usar sua máquina da morte, mas a 23 de outubro de 1991 ajudou duas outras mulheres que sofriam de doenças crônicas - Marjorie Wantz, de 58 anos, e Sheri Miller, de 43, a se matarem. Miller também morreu por aspirar monóxido de carbono.

Um grande júri popular concordou com as acusações de homicídio, e Kevorkian será julgado por estas duas mortes. Em novembro passado, o Conselho Estadual de Medicina, revogou a licença médico de Kevorkian, mas ele está apelando esta decisão.

Transcrito da Gazeta do Povo de 17/05/92



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL Nº 003/89

DENUNCIANTE - "EX-OFICIO"
DENUNCIADO - DR. SILVIO DE BASTOS
RELATOR - CONS. HENRIQUE DE LACERDA SUPLICY
REVISOR - CONS. CARLOS EHLKE BRAGA FILHO
ACORDÃO - 009/91

EMENTA - EXERCÍCIO SIMULTÂNEO DA MEDICINA E FARMÁCIA - ARTIGO 99 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - INDISPENSÁVEL A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA EM AMBOS OS CURSOS - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLUÇÃO.

Para se configurar infração no artigo 99 do Código de Ética Médica, o denunciado teria que ser formado em Medicina e Farmácia. Entretanto, o que é apenas em Medicina. Logo não pode prosperar a acusação de que exercia simultaneamente as duas profissões, embora fosse também sócio em estabelecimento farmacêutico, sendo certo por outro lado, que se desligara da sociedade antes da denúncia.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional nº 003/89, em que é denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ e denunciado o DR. SILVIO DE BASTOS.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, contra os votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 99 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 589, de 29 de julho de 1991.

Curitiba, 30 de julho de 1991.

Cons. ANTONIO CARLOS CORRÊA KÜSTER FILHO
Voto vencedor

Cons. WADIR RÚPOLLO
Presidente



1. A presente consulta (Protocolo CREMERS nº2521, de 17.08.89) diz com "um plano de saúde (...) que tem por objetivo ampliar a receita e funcionamento" do Hospital consulente.

2. O consulente acrescenta que se trata de um "plano complementar de assistência médico-hospitalar" que oferece aos inscritos "a hospitalização em instalações superiores" (...) através de convênio entre o Hospital e o Corpo Clínico mediante adoção da tabela da AMB regionalizada.

3. Colocados, assim, em linhas gerais, o objetivo do plano e o modo como se estabelece a relação médico-paciente, bem como o critério de remuneração do trabalho médico, o consulente destaca que "o grande número de profissionais conveniados (todo o Corpo Clínico, com exceção de um médico) e o aumento dos usuários dos serviços" levaram o Hospital a considerar "necessário a contratação de profissionais para prestar assessoria à Administração (...), em caráter eventual", podendo mesmo valer-se de integrantes da Direção do Corpo Clínico, em condições de remuneração a serem ajustadas.

4. E essa assessoria prevê: a) "revisão de prontuário de paciente para correlacionar procedimentos indicados pelo médico assistente com atos efetuados"; b) orientação à Administração (...) no que diz "com dúvidas de caráter técnico porventura constatadas"; c) Inquirição dos usuários "sobre o atendimento recebido".

5. Finalizando a sua exposição, o consulente diz: "Antes de tomar a iniciativa desejada, vimos solicitar o parecer deste CREMERS sobre contratação de auditor ou revisor pelo Hospital, entre os integrantes do Corpo Clínico, com a concordância da direção.

6. Exposta a consulta, passamos à resposta.

7. Essa matéria do auditor, ou revisor, ou examinador, ou que outra denominação tenha, de tempos em tempos retorna ao Conselho, o qual, ao posicionar-se, como o Parecer CJ nº 15/81, destaca o aspecto administrativo, alheio à sua competência, e outro em ordem ética e, portanto, submetido estritamente às diretrizes do Código de Ética Médica.

8. À luz dessa distinção, tem-se que a disciplina de internações é de cunho administrativo, com supervisão do diretor técnico com vistas a evitar danos ao paciente, destacado que examinar paciente, diagnosticar e prescrever são atos profissionais privativos do médico assistente, sujeitos apenas à fiscalização dos Conselhos de Medicina.

9. Como se vê, a relação médico-paciente impede que critérios administrativos interfiram no campo privativo do médico, com vistas ao benefício do paciente. E o citado Parecer CJ nº 15/81 (Aprovado em Plenário, em data de 01.10.81) concluía que a ética médica deve ser estritamente observada por quem, na qualidade de médico, assume mais responsabilidades de ordem administrativa e que ninguém melhor que dito "revisor", ou "examinador", ou "auxiliar", ou que denominação receba, para bem situar-se nessa zona de conflitos, tendo como diretriz a autonomia da relação médico-paciente. O médico investido dessas atribuições não pode sobrepor o administrativo - o interesse econômico do Hospital - ao ético, nem silenciar sobre o que delectar em ambos os campos.

10. Pelo exposto, as duas primeiras questões do consulente - correlacionar procedimentos e oferecer orientação técnica à administração - parecem-nos matéria estritamente administrativa, desde que em momento algum interfira na relação médico-paciente.

Já a terceira questão - inquirir os usuários - soa-nos como uma total extrapolação dos limites administrativos, como violação do segredo médico.

É o que nos parece, s.m.j.

Porto Alegre, 09 de novembro de 1989.

Dr. Helvécio Andrade de Córdova
Consultor Jurídico Adjunto CREMERS

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/11/89.

TEM OS MÉDICOS DIREITO DE ERRAR ?

Nelson Guimarães Proença*

"De repente, descobriu-se que os médicos erram. E não há de ter sido por causa da morte da inesquecível cantora Clara Nunes, pois aqui não houve erro, mas sim a fatalidade dos imprevisíveis acidentes anestésicos. Não creio que alguém possa, com segurança, identificar a origem de tantos editoriais, reportagens em "suíte", programas de televisão de audiência nacional, todos voltados para a "descoberta": o erro médico existe. No passado, o tema foi esporadicamente debatido, mas nunca com a intensidade de agora.

O que poucos estão percebendo é que a Nação brasileira, depois de ver abalada a sua saúde econômica, seu corpo portanto, cuida agora de corroer a própria alma. Diante da população, fica gravada a idéia de que os médicos não merecem confiança, como antes demonstrou-se, à larga, que também carecem de confiança industriais agricultores, políticos, dentistas e por aí afora. Amanhã, outros setores irão sendo incluídos neste rol negativista, para completar o processo de demolição da confiança da Nação em si mesma.

Não podendo encontrar explicação satisfatória para tais fatos, prefiro virar a moeda ao contrário e olhar o seu reverso. Ou seja, ao invés de descobrir intenções, é preferível avaliar as conseqüências.

Começamos pelo padrão de medicina brasileira, posto em dúvida quanto à sua qualidade por todos aqueles que preferam Houston, Rochester ou Cleveland. Na verdade, em todos os campos de atividades especializadas estamos na primeira linha de qualificação, seja qual for o país tomado para termo de comparação. Temos menos sofisticação de equipamentos, verdade. Mas em matéria de assistência direta ao paciente, com os recursos habituais da medicina atual, estamos em condições de igualdade com as mais adiantadas Nações deste mundo.

Apesar de verdadeiro o que acabo de afirmar, os médicos erram. Por quê? Porque o erro é inerente à profissão médica, uma vez que não estão sentados diante de computadores, trabalhando com os recursos matemáticos das ciências exatas. Estão, isto sim, diante de fenômenos biológicos que mudam de uma pessoa a outra e, no mesmo ser, mudam de um momento a outro. São fenômenos que resultam da interação de incontáveis variáveis, apreciáveis, somente na sua resultante final, de estado de saúde ou de doença, porém inescrutáveis em suas componentes.

É preciso que todos compreendam que o médico tem, como ferramentas de formação e trabalho, sua aplicação aos estudos e, sobretudo, a experiência que adquire.

* Professor Universitário e Presidente da Associação Paulista de Medicina.

A partir deste lastro, ele tem de escolher, a cada momento, a melhor alternativa para interpretar um caso e a melhor conduta a ser proposta. A todo instante, ele está optando por apenas um caminho, entre muitos que se abrem a sua frente. A responsabilidade pela escolha do que pensa ser o melhor, acaba por torná-lo vulnerável, pois a decisão, em geral, não é compartilhada com ninguém, seja outro médico, seja o próprio paciente.

Não estou me referindo a um recém formado inseguro ainda em suas decisões. Ao traçar o perfil do médico, do modo como o fiz, tenho o pensamento voltado para ilustres figuras da nossa medicina, professores de nomeada. Os quais, exatamente por terem atingido o ponto mais alto de suas carreiras, sabem distinguir, com nitidez, os estreitos limites daquilo que se conhece e a vastidão infinita do que está por ser conhecido.

O médico amadurecido tem noção precisa de suas limitações e, por isso mesmo, sente-se mais apto para informar ao paciente de que só está em condições de fazer o possível, nada além do possível. E na busca do possível irá utilizar seus conhecimentos sua experiência e os recursos que dispõe, naquele momento.

Hoje, porém, programas fantasiosos induzem telespectadores a acreditarem em uma medicina que tudo pode e em médicos travestidos de super-homens.

Quando nas tevês se fala na cura do câncer, ninguém mais aceita que um familiar morra de câncer, há de ter sido morte por negligência, omissão ou imperícia, do médico ou do hospital. Quando não descobertos novos e milagrosos antibióticos, não há como aceitar que alguém morra de meningite ou septicemia.

Neste mundo maravilhoso, que já proporciona passeios à Lua, como aceitar que ainda não tenha descoberto a cura para a hipertensão, a psoríase ou o diabetes?

A idéia de que a medicina tudo pode precisa ser urgentemente retificada. É preciso aumentar e compreender que, ao tomarem suas decisões, os médicos erraram no passado, erram hoje e errarão ainda no futuro. Por isso, necessitam ver reconhecido o fato de que errar é inerente de sua profissão. Mas ainda, que não se trata de fazer desaparecer o erro médico, o que é impossível, mas sim de reduzi-lo ao mínimo, o que é perfeitamente realizável.

Há que se procurar os fatores conjunturais que comprometem a qualidade da medicina oferecida a nosso povo, corrigindo distorções que contribuíam para desorganizar a assistência médica e para elevar o risco de erro médico.

Se a algum legislador apressado ocorresse fazer aprovar uma lei que proibisse o médico de errar, não seria difícil imaginar o que aconteceria. Competente, responsável, bem formado, não se sentiria mais seguro para exercer sua profissão, pois sabe que de si estaria sendo exigido o impossível.

Transcrito de Zero Hora - 19/04/83

“O que serve à galinha também serve ao galo”

O uso das luvas cirúrgicas de borracha, em substituição às luvas de panos introduzidas por Mikulicz em 1881, teve início no Hospital Johns Hopkins, em 1890.

O Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, nos Estados Unidos, estava a revolucionar o ensino e a prática da medicina. No ano 1889, quando abriu suas portas, o ensino médico achava-se desacreditado naquele país por seu baixo nível e pela dificuldade de obter diploma de médico.

O Hospital foi especialmente construído para servir de base a um curso médico de alto padrão, no qual os professores seriam ao mesmo tempo os Chefes dos Departamentos correspondentes do Hospital. Foram inicialmente escolhidos para esta dupla função William Welch, patologista, com 34 anos; William Osler, clínico, com 39; William Halsted, cirurgião, com 37; e Howard Kelly, ginecologista, com 31 anos de idade, Coincidentemente três deles tinham o mesmo prenome - William.

O curso de graduação só teve início em 1895 e a seleção dos alunos foi tão rigorosa que levou Osler a comentar com Welch: “Tivemos sorte de entrar como professores, porque seguramente não seríamos aceitos como alunos”.

Os quatro jovens médicos modificaram radicalmente o ensino médico nos Estados Unidos. Como disse o próprio Welch: “Acabamos de vez com a idéia de que se pode formar um médico com a leitura de livros e preleções teóricas”. Baltimore passou a ser a Meca da medicina no início deste século.

Halsted era um cirurgião meticuloso e entusiasta dos métodos de antisepsia preconizados por Lister. Todos os integrantes de sua equipe cirúrgica, além de lavar, deveriam mergulhar as mãos em uma solução de ácido fênico antes das operações.

Sua enfermeira-chefe, Miss Caroline Hampton, que o auxiliava na sala de operações, passou a apresentar reação alérgica nas mãos pela solução antisséptica. Em lugar de substituir sua auxiliar, Halsted decidiu encomendar à Goodyear um par de luvas de borracha delgada, de modo que ela pudesse mergulhar as mãos na solução sem maiores consequências. Um dos assistentes de Halsted percebeu que a luva apresentava na realidade a melhor maneira de se obter a assepsia, portanto poderia ser previamente esterilizada e propôs que todos da equipe passassem a usar luvas idênticas às de Miss Hampton. Um outro assistente, Dr. Bloodgood, ao calçar pela primeira vez as luvas, disse um tanto contrariado: “O que serve à galinha também serve ao galo”.

As luvas cirúrgicas de borracha foram rapidamente adotadas em outros hospitais

dos Estados Unidos e da Europa e tornaram-se parte do ritual cirurgico desde então.

A motivação e o interesse de Halsted por sua eficiente colaboradora, como ficou demonstrado, não eram apenas de ordem técnica. No dia 4 de junho de 1890, um ano e meio após a inauguração do Hospital, eles se casaram.

Não era a primeira vez que o amor entre um homem e uma mulher contribuía para o progresso da medicina.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

GRAHAM, H. - Surgeons all. New York, Philosophical Library, 1957

MAJOR, R. - A history of medicine. Springfield, Charles C. Thomas, 1954.

THORWALD, J. - O século dos cirurgiões. São Paulo, Hemus, 1976.

The New York Times

de Nova York

MULHER VENDE ÓVULOS À ESTÉRIL

Centros médicos nos EUA oferecem a casais não-férteis uma nova opção - ainda que muito cara - diz "The New York Times" do dia 10. Eles fornecem listas de jovens saudáveis que, em troca de pagamento, cedem óvulos para serem fertilizados em laboratório e implantados no útero da mulher estéril.

A venda de óvulos começou em 1987, mas agora esta se tornando mais comum. Cada tentativa custa cerca de US\$ 10 mil e tem uma chance de 25% a 30% de resultar no nascimento de uma criança.

DOA ESPERMA A LÉSBICAS E GANHA BEBÊ

WOODLAND, CALIFÓRNIA - Um juiz da comarca de Yolo concedeu a custódia de um menino de um ano e quatro meses para um doador de esperma que ajudou a um casal de lésbicas a ter a criança através de um processo de inseminação artificial.

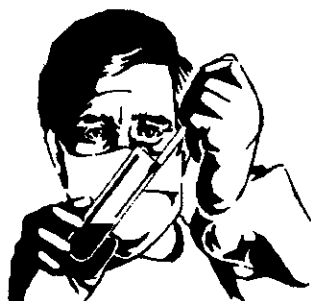
O juiz James Stevens Jr. decidiu que Steven Wirmann, de 41 anos, é o pai da criança, rejeitando os argumentos do advogado das mulheres que o doador teria demorado muito tempo para requisitar seus direitos paternos.

Na ação em que requisitava a guarda e a paternidade da criança, Wittmann argumentou que as mulheres, Andra e Mary Northup, sabiam que ele havia condicionado a doação de esperma a desempenhar um papel ativo na vida do menino.

Transcrito da Gazeta do Povo/1992.

A respeito do assunto veja "Arquivos" nº 27

O QUE VOCÊ FARIA DOUTOR ?



Interrupção de Gravidez

Paciente portadora de Hanseníase, fazendo uso de anti-concepcional, diante de gravidez acidental e indesejada solicitou ao Conselho parecer sobre as possibilidade de interromper a gestação. Diante do fato o Conselho Regional de Medicina após consulta à Assessoria Jurídica e Mesa Redonda sobre o tema, reunindo respresentante do Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Dermatologia, Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília entre outros, proferiu o parecer a seguir:

Ao final da aludida Sessão e conhecendo com maior profundidade aspectos particulares ao caso, relatados pelos médicos assistentes e por autoridades de elevado conhecimento técnico e científico sobre a questão em pauta, decidiram os Srs. Conselheiros, por unanimidade, desde que a interessada manifestasse oficialmente junto a este Conselho a sua vontade quanto a interrupção de sua gravidez, encaminhar à apreciação de V. Exª as considerações seguintes:

- que reconhece em princípio as legítimas restrições contidas no Código de Ética em seu artigo 54 relativo à permissão para a prática de abortamento apenas em casos de gravidez decorrente de estupro, em atendimento a alvará de autoridade judicial ou ameaça flagrante à vida da gestante, quando o abortamento se torna alternativa exclusiva para conjugar o risco;

- que estas limitações éticas remontam à época em que era imprevisível o efeito teratogênico de drogas terapêuticas, ou pura e simplesmente desconhecidos pela ciência médica, quando a prática do abortamento era por si igualmente um procedimento de risco não isento de efeitos nocivos, acrescentando outros infortúnios à condição de gestante sob constrangimento;

- que o presente caso reveste-se de circunstância muito excepcionais que devem ser vistas com o alcance da ciência em sua visão moderna e não apenas sob a ótica dos costumes escritos conforme tradições questionáveis de uma sociedade em crise;

- que o CRM em seu alto discernimento considera excepcional o fato de uma jovem solteira contrair gestação não desejada por falha do contraceptivo utilizado e como tal torna-se presa fácil de circunstâncias constrangedoras e vítima potencial de representação moral da sociedade e seus costumes escritos ou hábitos comentados, quando se trata da miséria alheia;

- que a jovem é portadora, por infeliz circunstância de hanseníase, fato por si muito constrangedor, capaz de promover segregação por conta da saga que atingia a comunidade leprosa desde os tempos remotos;

- que a simples doença já poderia em princípio servir como atenuante para a irrecusável rejeição da gravidez, mas cresce no caso a perspectiva inquietante de parir um filho aleijado, fato mais perturbador;

- que esta dolorosa circunstância de ser portadora de uma enfermidade incurável de estigma social perverso e a perspectiva de conceber um feto com aberrações fenotípicas e de compleição monstruosa torna-se um insuportável consórcio de martírios;

- que a simples observação da lei e da ética no presente caso equivale a condenar essa jovem à solidão do seu drama e aplicar com frieza excepcional os dispositivos éticos-legais que permitem ao CRM e a Justiça a simples omissão diante do desespero da reclamante;

- que a jovem teme, com fundados pressentimentos, outras represálias que possam advir da condição de mãe solteira ou mais consequências sociais adversas quanto à permanência no emprego, tendo em vista não dispor de familiares nesta cidade e seu parceiro consta que reluta em aceitar a responsabilidade pelo provável nascituro;

- que as sinistras circunstâncias que rodeiam a presente gestação, decorrente da falha do contraceptivo, do uso não-opcional da Talidomida como droga titular inibidora da fase reacional da lepra, são alheios à vontade da requerente e condená-la a cursar a gestação a termo representa um terrível castigo de expectativa ou uma revelação final do conceito aberrante, na manjedouro do acaso;

- que essa punição se estende ao fruto concebido na medida em que por trágica ironia a droga quase sempre lesa os membros e quase sempre poupa o cérebro;

- que a sociedade acenar o consolo da recompensa financeira diante do descalabro congênito equivale a completar aberrações genéticas e premiar os mutilados com uma cruel e perversa ironia da Previdência Social;

- que a simples e cômoda contenção deste CRM nos estreitos e confortáveis limites da lei podem contribuir para levar ao desespero a jovem que bate as suas portas e, empurrá-las para o tenebroso abismo do aborto clandestino com todos os riscos inerentes à prática espúria;

- que em nossa sociedade são praticados em média por ano 3 a 4 milhões de abortos clandestinos, tendo como divisor entre procedimentos de baixo e alto risco o simples poder aquisitivo do paciente. Daí porque soa funesto negar à requerente as garantias finais da medicina que lhe faltou o desacerto da contracepção ou no início de sua enfermidade;

- que não pairam dúvidas sobre os efeitos teratogênicos da Talidomida convertendo-se em percentual de risco de alta significância contra a infortunística quase desprezável de drogas ou moléstias de curso eventual na gestação (rubéola, radioatividade, etc);

- que essa jovem privada de muitas prerrogativas sociais em decorrência do mal de Hansen não deve ser "punida" mediante um filho aleijado pelo simples fato de exercer livremente a prática sexual;

- que semelhante doença em pessoa de melhor nível sócio-econômico tem levado

sem titubeios e com raras exceções, aos caminhos íngremes do aborto por vias clandestinas;

- que o aborto eugênico, ou praticado por relevantes motivos sociais já constitui prática aceitável em países mais desenvolvidos (Inglaterra, Estados Unidos, França, Itália, Portugal, Japão, Suécia, etc), posto que já excluído do rol dos crimes ou delitos éticos apontados pela moral em desuso. Isto representa uma conquista irreversível do direito da mulher dispor do próprio corpo;

- que à luz dos fatos expostos e pela grande chance de efeitos teratogênicos inevitáveis no presente caso, que face à impossibilidade de um diagnóstico prematuro do dano embrionário ou ovular e plenamente convencido da absoluta excepcionalidade do caso em tela, como frente à trágica contradição dos efeitos adversos da própria tecnologia de cura, o CRM-DF, ciente do ineditismo e arrojo da sua decisão, considera a possibilidade de interromper a gravidez um delito ético inapreciável e não punível na medida em que a Justiça em seu mais elevado entendimento considerar por razões estas e outras esconças, próprias da sua singular natureza, o delito penal, irrelevante e não punível ou possa ainda, em seu luminoso saber isentar de responsabilidade criminal aquele que se dispuser a interromper por meios nobres e seguros a presente gestação.

Em seguida, o Senhor Curador acresce inúmeras considerações preliminares sobre a questão, e encaminha ao Senhor Procurador-Geral do GDF.

Senhor Procurador-Geral:

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, em Sessão Plenária do dia 09 deste mês, examinou a seguinte consulta:

Paciente primigesta, solteira, a despeito do uso de anticoncepcionais engravidou-se.

Fazia uso de "TALIDOMIDA", droga causadora de terríveis consequências teratogênicas, em elevada porcentagem.

É indicada como inibidora das dores advindas do "Mal de Hansen" - lepra - doença sofrida pela paciente, razão do medicamento.

Diante do quadro, o médico consultou o Conselho sobre a possibilidade do abortamento.

O preclaro Colegiado, diante dos aspectos levantados por especialistas deliberou, desde que a paciente manifestasse seu desejo em interromper a gravidez, encaminhar o impasse à apreciação desta Procuradoria Geral de Justiça.

Presente a condição, tal fora feito, com razões de ordem sociais e médicas tão racionais que nos levam à possibilidade de ser admitido ao aborto das antigas fontes materiais responsáveis pela antijuricidade do aborto eugênico.

O Conselho, inclusive, teve o cuidado de colher o parecer jurídico da sua ilustrada consultora.

Esta, na trilha da norma legal permissiva e a respeito existente, arrolou, como excludentes de antijuricidade somente nos dois casos legalmente previstos - o aborto terapêutico e o sentimental.

O Código de Ética Médica seguiu, como não poderia deixar de ser, o mesmo caminho.

Diante dos motivos legais e éticos, ou imperantes, a conclusão foi pela ilegalidade do aborto eugênico.

Porém, razões mais fortes levaram a estender a consulta, no objetivo de submetê-la ao crivo da Justiça.

A preocupação é procedente porque faz parte de recomendação, já emanada de Congressos de Ginecologia e Obstetrícia, no sentido de o novo Código Penal excluir da incriminação o aborto praticado por médico "se a gravidez envolve elevado risco de o concepto nascer física ou mentalmente lesado".

Porém, em não havendo norma permissiva neste sentido, nem mesmo análoga, a lacuna somente pode ser suprida pelos processos de auto integração da lei penal.

A doutrina já aceita as denominadas causas supralegais de exclusão de antijuricidade.

É a adaptação da lei às contingências sociais advindas da evolução proporcionada de novas situações criadoras de normas culturais que, nos diversos campos de atuação do homem, deixam deficientes os Códigos e velhas as leis.

Doutra forma, modernamente, as ações delituosas têm sido mensuradas de acordo com o fim proposto pelo agente.

A antijuricidade, sob tal prisma, segue o alcance do valor anti-social do resultado pretendido.

Aqui visa ele a produzir consequências menos aviltantes e mais condizentes com a realidade e dimensão dos bens a serem protegidos.

A revitalização e adaptação do direito é mais obra da jurisprudência emergente dos juízos e tribunais.

Nestes termos, por falta de expressa disposição excluindo a antijuricidade do fato enfocado, não se pode excluir da apreciação judicial assunto de tamanha relevância.

O único óbice, a certeza do direito pretendido é a impossibilidade médica de constatar a evidência de dano embrionário, dado a recenticidade da gravidez - aproximadamente 2 (dois) meses.

Com tais considerações, sugiro a Vossa Exelência enviar estas peças à Defensoria Pública para proposição do pedido objetivado.

Se a paciente fosse menor a competência seria do Juizado de Menores.

Entretanto, pela manifestação de fls. 09, presume-se ser a mesma capaz pois, do contrário, teria o Eg. Conselho Regional de Medicina acolhido do seu representante legal ex. vi do disposto no art. 54 do Código de Ética Médica.

S.M.J. é o nosso parecer

Assim pronunciou-se o referido Procurador:

Qualificada nos autos, requer autorização judicial para praticar aborto, alegando que em tratamento médico e submetida ao medicamento Talidomida veio engravidar, apesar do uso de anticoncepcional, e assim, diante da possibilidade de deformação do feto em consequência do referido medicamento se vê na contingência de pleitear a medida extrema para a interrupção da gravidez. A requerente cita estatística de que 50% de mães de crianças defeituosas haviam consumido Talidomida durante a gestação.

A lei penal afasta a criminalidade do aborto em duas hipóteses, uma em atenção à

vida da gestante (terapêutica) e outra quando a gravidez resulta de estupro (moral). A hipótese trazida à apreciação Judicial não está contida na permissão legal. Fora aqueles dois casos prevalece a regra geral de respeito e preservação da vida e da integridade do indivíduo. O nosso sistema jurídico ainda não adotou a pena de morte, ainda que sobre o clamor de crimes hediondos tenham surgido defensores da pena capital. Não parece que a morte do feto, pela interrupção da gravidez, possa ser vista como fato indiferente a esse mesmo sistema. Tanto é verdade que o feto encontra proteção no sistema jurídico desde a concepção, e disso são exemplos os artigos 4º, 357, parágrafo único e 1718, do Código Civil. Esses dados legais de reconhecimento de direitos do feto não permitem o argumento de que o produto da concepção é parte do corpo da gestante que assim dele poderia dispor, inclusive mediante sua eliminação. O produto da concepção é na verdade um ser autônomo e ainda que se pudesse reconhecer à mulher o direito de auto-lesionar-se, sem chegar ao exame das implicações sociais deste fato, o certo é que no caso do feto nenhuma consideração no mesmo sentido poderia levar à legitimação de sua morte pela interrupção da gravidez, diante de dispositivos claros no sentido de que já desde a concepção a lei defende os interesses do nascituro. Ademais, se matar é crime não se pode admitir como fato indiferente ao Direito da provocação da morte do produto da concepção. É verdade que existe fundado receio de que a criança em gestação venha a nascer defeituosa. A estatística mencionada é de 50% de probabilidade. Acontece que probabilidade de igual valor é nos sentidos de que a criança nasça perfeita e só a consideração desse elevado percentual a favor do feto justificaria que lhe desse a oportunidade de nascer. Ainda ontem, no lançamento da Campanha da Fraternidade sob o tema "Para que todos tenham vida", Dom Ivo Lorscheiter enfatizou o direito de nascer como conteúdo do tema. E na verdade nem o argumento eugênico parece capaz de justificar qualquer restrição a este direito que é a própria vida. A requerente está temerosa, e com justas razões, impressionada pelo percentual de 50% de probabilidade, de que seu filho nasça aleijado. Mesmo diante deste temor deveria também encher-se de esperança de que nascerá um rebento forte e saudável. A maternidade é às vezes cheia de incertezas, e elas normalmente começam na dúvida quanto ao sexo da criança. O caso da requerente é mais grave, mas ainda assim não pode conduzir a tão drástica solução. A morte é inevitável. Para ela não há remédio. Mas, não seria por demais doloroso eliminar o feto e depois saber-se, se a ciência médica pudesse informar naquele momento, que a criança nasceria perfeita se a gravidez não fosse interrompida? Essa possibilidade deixa ver que pior do que a omissão, omissão na prática no ato de manter, pode ser a ação de matar, porque para esta não há remédio. De qualquer forma não se pode desconhecer o tema sempre atual da legalização do aborto. As mulheres, pretensamente mais interessadas no assunto, relacionam o aborto com a própria liberdade individual, com a livre disposição de seu corpo de que o feto seria parte. Biologicamente, o argumento é verdadeiro? Ou o caso é de dependência metabólica? É uma questão para resposta científica. Mas com ou sem a resposta o que se deve procurar saber é a opinião da sociedade como um todo, pois, embora isto infelizmente nem sempre aconteça, a lei deve curvar-se à prévia aprovação da coletividade. No momento atual as manifestações de grupos favoráveis à legalização do aborto não têm encontrado apoio nos representantes do povo, os legisladores.

Por tais fundamentos, indefiro o pedido. Custas na forma da lei. Intimem-se. Datilografada mediante ditado".

Brasília, em 8 de março de 1984.

Em vista do que se manifestou o Senhor Defensor Público:

Seguem abaixo razões de apelação de que, consultada pela Defensoria, manifestou-se informada com a Sentença.

Requer a imediata subida ao Colendo Tribunal de Justiça.

Brasília, 13 de março de 1984.

— • —

COLENDIA TRIBUNAL CRIMINAL:

Cuida-se de pedido de autorização para abortamento de feto possivelmente monstruoso, devido ao uso de talidomida à época da concepção pela Genitora, portadora do terrível mal morféctico, por indicação médica, tendo a gestação vinda por caso fortuíto, pois devido à proibição de concepção à época por ordem médica, foi-lhe receitado também anticoncepcional, que culminou por não impedir a concepção.

O pedido de autorização partiu do Conselho Federal de Medicina, com parecer unânime favorável, afinal adotado pela própria Procuradoria Geral da Justiça do Distrito Federal que através do ofício de fls. 25 autorizou fosse formulado judicialmente o pedido, já com parecer favorável de sua mui douda Assessoria (fls. 22/24), com brilhantes fundamentos em apoio à pretensão, afinal não analisados sequer de longe pela R. sentença denegetória do pedido.

Em suma, por estarem a unanimidade do Conselho de Medicina do Distrito Federal, bem como a Procuradoria-Geral de Justiça, o Órgão da cúpula do Ministério Público, favorável ao pedido, **data venia**, não se configura a reprovabilidade social de satisfação à pretensão, carecendo, pois, ainda **permissa venia**, de fundamentação fática e jurídica suficiente a repelir o pedido, ainda mais quando não analisados os seus fundamentos.

É que a nossa Lei Penal se torna vetusta em relação aos casos surgidos durante os seus mais de quarenta anos de vigência, máxima no campo científico.

Na época já se amparava o aborto moral, por simples alegativa de estupro, nem sempre suscetível de prova cabal, ficando às mais das vezes no campo das pressunções; daí impor-se a observação de que os motivos deste caso são superiores aos da simples moral, pois o constrangimento que pode advir é muito superior.

Nem seria fundamento bastante a simples fobia ao precedente, pois precedentes existem muitos no mundo fático, pois poucas mães futuras têm tido a coragem de enfrentar à Justiça, preferindo os métodos do aborto clandestino, simplesmente porque a justiça não resolve o problema, à guisa de uma suposta ilegalidade, hoje sem apoio social, pois a Itália, a Inglaterra, os Estados Unidos, a França, Portugal, Japão, Suécia, e outros, já permitem tal abortamento, para não causar maior mal social.

Não é possível fechar os olhos às demonstrações estatísticas da prática, no Brasil, de três a quatro milhões de abortos clandestinos por ano, tudo por falta de apoio judicial, que não se digna de enfrentar a questão social, tal que já o fez a melhor doutrina.

Para não alongar, expondo novamente tudo que já foi objeto da inicial, a ela se reporta a Requerente, esperando haja por bem esse. Colendo Tribunal em dar provimento ao presente apelo, reformando a R. Sentença de fls. 27/28, que, malgrado o brilho do ilustre Prolator, não se coaduna com a realidade social do momento.

Brasília, 13 de março de 1984.

Transcrito do jornal CRMDF

#

CONDENADO A 5 ANOS O MÉDICO QUE FERTILIZAVA COM SEU SÊMEM

De Washington

O médico Cecil Jacobson, 57, que durante 25 anos dirigiu uma das mais caras clínicas de fertilidade da área metropolitana de Washington, foi condenado a 5 anos de prisão por ter inseminado com seu próprio esperma dezenas de clientes que achavam estar recebendo amostras de um banco de sêmem.

A promotoria havia pedido dez anos para Jacobson. A pena máxima poderia ser de 280 anos de prisão. O julgamento foi em Alexandria (Virgínia).

O médico ainda foi condenado a pagar US\$ 75 mil de multa e US\$ 39 mil de indenizações. Em março deste ano, o havia considerado culpado de 52 acusações, de falsidade ideológica até responsabilidade por "graves danos psicológicos".

O advogado de Jacobson disse que o médico vai recorrer da condenação. Ele tenta justificar a decisão de usar o próprio sêmem nas inseminações com o argumento de que Jacobson é um homem saudável, sem doenças e que só havia feito sexo nos últimos 35 anos com a sua própria mulher.

Jacobson teve sete filhos de seu casamento. Ele fechou a clínica em 1988 e hoje faz pesquisas genéticas.

(Carlos Eduardo Lins da Silva)

Transcrito da Gazeta do Povo 9/05/92

Laqueadura

aspectos médicos-legais

Carlos Ehlke Braga Filho

Benjamim de Moraes, revisor do anteprojeto do Código Penal de 1969, Professor Titular de Direito Penal, considera "que o médico não pode ser imputado de responsabilidade alguma praticando esterilização se houver solicitação e/ou consentimento de seu cliente", e apenas entende que a laqueadura seria ilícito penal se realizada contra a vontade da mulher.

Jimenez de Azua já previa três hipóteses para a esterilização em mulher: quando padecia de doença mental incurável, quando em comum acordo com o marido desejar limitar a prole e amparada no preceito de ser dona de seu próprio corpo.

A constituição em seu artigo 266 parágrafo 7º preceitua: fundada nos princípios da dignidade humana e na paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O artigo 231 do Código Civil determina como dever de ambos os conjúgês, entre outros: sustento, guarda e educação dos filhos, esse dispositivo disciplina o direito do casal em ter filhos que efetivamente possa oferecer condições razoáveis de vida tendo sido uma das primeiras normas que forma o conceito de paternidade responsável.

No Código de Ética Médica encontramos o artigo 67 dizendo ser vedado ao médico desrespeitar o direito da paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Infelizmente alguns médicos e poucos juristas estacionados no tempo e com pensamento ideológico de eticidade demagógicos, insistem em permitir que a laqueadura, e por analogia a vasectomia, seriam infrações do Código Penal em razão da existência das lesões corporais gravíssimas. Vamos arrolar alguns argumentos para reflexão e que demonstrem de forma transparente que nessas cirurgias não se configura o crime de lesões corporais:

1 - o tipo penal lesão corporal exige como elemento subjetivo o dolo (vontade livre e consciente de ofender a integridade corporal ou à saúde), ou seja no caso específico o "ánimus laedendi"; vontade de lesar. O médico não possui vontade de lesar, agredir, o

* Prof. Adjunto de Medicina Legal e Deotologia Médica da UFPR. Médico do Instituto Médico Legal. Advogado. Conselheiro do CRMPPR.

médico atua com a intenção de concretizar, através de ato profissional baseado no exercício regular do direito, o que planejou o casal em relação ao número de filhos;

2 - esse ato médico cirúrgico está amparado no artigo 226 parágrafo 7º da Constituição que assegura como livre decisão do casal o planejamento familiar;

3 - baseado no princípio do "consentimento do ofendido" que é causa de justificação suprallegal, traduzindo-se pela renúncia do ofendido à proteção jurídica desde que observados os requisitos de capacidade do agente, consciência do agente, consciência no consentimento que deve ser esclarecido e no bem jurídico disponível, caracterizado por corrente prevalente na doutrina que argumentada na não punição da autolesão, considera o corpo humano, em tese, bem jurídico disponível. Em razão do exposto o consentimento tornaria o ato irrelevante ao direito penal;

4 - o princípio da adequação social (Welsel) que não considera penalmente relevante um fato normal ajustados aos padrões da vida comunitária. A laqueadura já de há muito é cirurgia comum e já se apresenta como necessidade social que deve ser estendida a comunidade que dela mais necessita e que está alijada dessa conquista por puro preconceito e desinformação;

5 - inexistência de legislação específica sobre a laqueadura, o que reforça o argumento de ser ato de natureza ética e médica.

Em conclusão, a laqueadura é assunto de preocupação ética que objetiva o controle voluntário da natalidade, o planejamento do número de filhos, o sustento e educação dos já existentes. Deve ser assegurado ao casal que de forma voluntária, deseja utilizar um método irreversível e definitivo desde que informado e esclarecido pelo médico de suas consequências, cabendo ao Estado a obrigação de atender esse direito.

Le Figaro - de Paris

Conselho quer teste de Aids obrigatório a quem vai casar

O jornal parisiense noticia na primeira página a decisão do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos Franceses favorável à realização obrigatória de exames contra a Aids antes do casamento e no início da gravidez.

Mas o Conselho também se manifestou contra a realização de exames sem o consentimento de pacientes hospitalizados por outros motivos. Essa proposta havia sido apresentada por alguns médicos franceses. Segundo o conselho, "a banalização de atitudes como esta representaria o fracasso de uma luta contra a extensão da epidemia".

Recentemente, o Conselho Nacional da Aids, órgão oficial, se opôs à realização sistemática de testes contra a moléstia.

Transcrito da Folha de São Paulo



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL Nº 005/89

DENUNCIANTE - "EX-OFFICIO" CRM
DENUNCIADO - DRS. RICARDO VALÉRIO SOBRINHO E JUAREZ DE OLIVEIRA
RELATOR - CONS. DAEBES GALATI VIEIRA
REVISOR - CONS. GILBERTO SACILOTO
ACORDÃO - 014/91

EMENTA - PACIENTE COM FERIMENTO - INEXISTÊNCIA DE RISCO DE VIDA - RECUSA AO ATENDIMENTO - OMISSÃO DE SOCORRO NÃO CARACTERIZADA - ABSOLVIÇÃO.

Se a Paciente foi examinada pelos denunciados, que não constataram risco de vida em razão de ferimento que apresentava, a recusa dos mesmos ao atendimento não caracteriza a omissão de socorro, não se verificando assim infração ao artigo 58 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados este autos de Processo Ético Profissional nº 005/89, em que figura como denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ e denunciados os médicos RICARDO VALÉRIO SOBRINHO e JUAREZ DE OLIVEIRA.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, contra os votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 58 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 582, de 39 de setembro de 1991.

Curitiba, 1º de outubro de 1991.

Cons. WADIR RÚPULLO
Presidente

Cons. DAEBES GALATI VIEIRA
Relator

A bioética médica: tudo, menos ética da vida

Philippe Mailhebiau

Numa época em que a manipulação genética é aplaudida por aqueles que se intitularam a si mesmos de sumidades, em que a pesquisa científica está tão desenvolvida que pensamos poder fazer qualquer coisa em qualquer pessoa, a partir de quase nada; um debate vem à tona: o da bioética.

Querer definir uma bioética parece ser uma idéia nobre mas, na realidade, é fundamentalmente hipócrita, pois serve para tornarem éticos e administrativos os experimentos e as conclusões que surgem da pesquisa médica manipuladora.

Como é que os responsáveis por um desenvolvimento médico - em que 95% da pesquisa se baseia em criminalidade autorizada e até na abolição das leis naturais da existência - podem estabelecer um código de ética, se para eles tudo que é possível é automaticamente permitido?

Onde situar a fronteira entre "Eu posso" e "Será que eu devo"?

Temos, em primeiro lugar, que ser lógicos. Quem fala em ética fala em consciência. Ora, a idéia de consciência é inconcebível do ponto de vista racional, uma vez que não é quantificável e é completamente exterior ao enfoque materialista, o único no qual se baseia a objetividade científica.

Na verdade, falar hoje de bioética é apenas um meio capcioso de tranquilizar os carneiros submissos que somos para tornar a degola mais pacífica.

Aqueles que pensam que a medicina está realmente preocupada com a ética precisam observar a incoerência total diante da vida:

De um lado, fazemos aborto a torto e a direito e, de outro, mantemos a vida, a um custo altíssimo, de pessoas idosas já mortas cerebralmente, sem nenhuma chance de sobrevivência, talvez durante dez anos, unicamente por razões lucrativas.

Aniquilamos quimicamente a fecundidade da mulher e, por outro lado, fabricamos bebês de proveta, que mulheres pagas (brevemente vamos falar de aluguel do ventre) levam a termo, para depois entregá-los a outras. É provável que dentro de pouco tempo pareça bárbaro e anti-higiênico deixar que a criança se desenvolva no útero, quando a tecnologia oferece tantos outros recursos. Como exemplo disso, em numerosas clínicas americanas já parece primário ter um parto normal e sentir as contrações em vez de dar à luz com anestesia peridural.

No campo da manipulação genética, as pessoas se divertem muito e vários pesquisadores cultivam o humor negro. Fazem gatos sem orelhas, sem rabo e sem dentes; conseguem até criar uma nova raça em que os gatos são geneticamente programados para usar cueiros, fazer suas necessidades em fraldas e dormir depois de bem envolvidos

com estes panos, quando deitados de costas. Além disso, têm de ser alimentados de mamadeira. Genial, não é?

A produção destes espécimes não atende á demanda, embora cada um destes custe, vários milhares de dólares.

Hoje, o grotesco tomou conta da noção de infância e de maternidade. Essa noção está tão comprometida que muitos, em vez de gerarem seus filhos, preferem comprar bonecas especializadas, que possuem suas próprias instalações sociais; salão de beleza, salão de chá, clínicas e até psiquiatra. Sim, existem psiquiatras de bonecas! Muitos preferem esta alternativa a criar um filho, que chora, tem dor de dente e nunca faz cocô na hora em que a gente quer.

A debilidade humana parece não ter limites e toda uma parte da ciência, orgulhosa e imbuída de sua autoridade, fomenta essa decadência, em vez de dirigir inteligentemente as mentes.

A criança, pois, não passa de um produto, um brinquedo, ou ainda, uma terapia. Temos um filho para nós mesmos, para nossa própria satisfação, e esperamos com paciência a hora em que poderemos programar exatamente a cor de seus olhos, dos cabelos, sua altura, peso e Q.I., se possível com garantia de poder jogá-lo fora, se a encomenda não sair igual ao pedido.

O direito à criança, como diz J.M. Varaut(2) mascara totalmente o direito de não ser concebida órfã de pai ou de mãe, o direito de conhecer seus pais, direito ao mínimo de respeito e de amor. A criança passa a ser, de agora em diante, um dever social, quando, na realidade, é um dom da vida.

Mas, quando existe o respeito pela vida, por menor que seja, a questão da ética não se coloca mais: a bioética é uma vergonhosa mistificação. O estabelecimento das normas do que será ou não permitido vai depender, de qualquer maneira, de interesses financeiros e, portanto, sujeitos às modificações necessárias segundo a lucratividade da operação. O que é ético hoje não era nem mesmo concebível ontem, e o que era considerado imoral será não apenas totalmente aceito, mas considerando normal e até necessário amanhã.

A pesquisa médica no campo da manipulação genética não pode falar de moral, pois a nega totalmente. As noções de consciência são considerados tabus provenientes de frustrações religiosas e devem, por isso, ser totalmente abolidas, como explicam em outro campo os diretores do programa "*L'Amour en France*", que não perderei sequer o tempo de comentar.

A pesquisa médica montada sobre o massacre gratuito do reino animal só pode adotar em relação ao homem, no qual vê apenas um animal superior (superior em quê? às vezes é caso de perguntar...) a mesma atitude insensível e deliberadamente desrespeitosa.

O mais engraçado, se é que se pode dizer isso, é que a medicina à antiga é vista com menosprezo, sem pensar que possivelmente, dentro de algumas décadas, certos prêmios Nobel de ciência ou de medicina serão considerados os palhaços do século 20.

A imaturidade espiritual da humanidade, agravada pelo hipercrecimento intelectual e o desejo de domínio a ele associado, é a porta aberta para todas as aberrações biológicas que se possa imaginar.

Então, qual é a solução? Acabar com as pesquisas? Certamente não: não é nunca o veículo que provoca o acidente, mas sim o motorista. No entanto, diante da desinformação médica, devemos informar e agir. Cada um, em relação à sua própria vida, tem que estabelecer sua própria ética e sair da desmoralização moral que nos faz aceitar confortavelmente credos pouco saudáveis, antinaturais e manipulantes com o pretexto enganador de que emanam de "autoridades científicas reconhecidas". Reconhecidas por quem? Por si próprias no mais perfeito espírito de vaidade. Nenhum ser inteligente e responsável, porém, tem a obrigação de aceitar isso.

Logo: cabe a cada um estabelecer seus critérios de ética mas, estejam certos, a própria vida logo restabelecerá os dela.

- (1) Artigo publicado por "Le Lien", nº2 de 1990.
- (2) J.M. Vaut é advogado, autor de "Le possible et l'interdit" (O possível e o proibido) - Ed. La Table Ronde.

Colaboração TAPS - Assoc. Bras. Tec. Alt. na Prom. de Saúde.

Transcrito de Saúde Comunitária

#

JUÍZA PROÍBE EUTANÁSIA DE MENINA DE 13 ANOS NOS EUA

De Washington

Um hospital infantil de Atlanta, Geórgia (Sul dos EUA), foi proibido ontem de desligar os aparelhos que mantêm a vida de uma menina de 13 anos com dano cerebral irreversível, a não ser que os pais da criança aprovem.

A juíza Leah Sears-Collins decidiu que o direito do pai sobre manter a vida vegetativa da filha é absoluto. Resolveu também que, sem autorização do pai e da mãe, o hospital não pode agir.

Os pais, identificados pelos pseudônimos de Susan e John Doe, dizem acreditar que Deus vai operar uma milagre.

A garota está internada desde maio, vítima de desordem cerebral irreversível. Os médicos do hospital testemunham junto à corte que a doença não tem cura, que a paciente não vai recobrar a consciência, sofre dores e que mantê-la viva artificialmente constitui maltrato ao menor.

A mãe da menina prestou depoimento ambíguo à juíza. Disse não querer que a filha sofra. Mas também afirmou que não suporta a idéia de se tornar responsável pela sua morte. O pai é mais convicto na necessidade de manter os aparelhos ligados.

A prática de eutanásia tem sido admitida com frequência pela justiça norte americana. Em novembro, o estado de Washington vai votar em referendo a sua legalização.

(Carlos Eduardo Lins da Silva)

Transcrito da Folha de São Paulo 18/10/91

Transplante de genes é bem sucedido

MILÃO, ITÁLIA - Uma equipe de médicos do Hospital San Raffaele de Milão, realizou o primeiro transplante realizado na Europa em um menino de cinco anos, que tinha uma grave enfermidade genética, informou ontem a imprensa local.

De acordo com a mesma fonte, trata-se da terceira intervenção realizada no mundo, depois das efetuadas no outono de 1990 nos Estados Unidos.

A operação foi realizada há vários dias pela equipe do Professor Cláudio Bordignon, em colaboração com a clínica pediátrica do Hospital de Bresnica, dirigida pelo professor Alberto Ugsaziu.

O menino em quem foi efetuado o transplante sofria de uma forma particularmente grave de imunodeficiência congênita, a Scid (Severe Combined Immune Deficiency).

Células deficitárias foram extraídas do paciente por uma simples extração de sangue. Em seguida, foram tratadas mediante introdução de um gene normal e depois reintroduzidas no organismo do menino, informou a equipe médica.

Transcrito da Gazeta do Povo de 13/03/92

Un agresor sexual pide ser castrado para quedar libre

Houston (Texas). EFe

Steve Butle, acusado de abusar sexualmente de una niña de 13 años y de molestar a otra de siete, que puede ser sentenciado a 35 años de cárcel, pidió el viernes al juez Mike McSpadden ser castrado y poder quedar en libertad.

El magistrado, que aceptó la propuesta, ha ofrecido diez años de prueba de buena conducta a Butler si se somete a una castración física, para eliminar la fuente de hormonas que le empujó a cometer delitos sexuales.

McSpadden dejó claro que el acusado seguía teniendo la oportunidad de abandonar la idea de la castración, que se le ocurrió, según declaró este, al leer en un diario una historia similar a la suya.

Otra alternativa ya aplicada otros casos es la castración química, con elevadas dosis de un fármaco de progesterona, la hormona femenina, que reduce la producción de testosterona, la hormona masculina.

Dirigentes de las comunidades negras, así como expertos en medicina, criticaron al juez por acceder a la castración de Butler, un hombre de raza negra y 27 años.

Este caso, el primero en Texas "creará un precedente para abrir la puerta a miles de castraciones legales de hombres negros", declaró Frank Burns, director de la Asociación Nacional para el Progreso de la Gente de Color.

Sugeridos testes de Aids em todos pacientes de hospitais

Maria Cecília Sá Porto

Correspondente da Gazeta do Povo

WASHINGTON - A guerra contra a Aids continua com força total nos Estados Unidos, novamente acirrando ânimos. Desta vez quem forneceu o pivô da discussão foi o Centro de Controle de Doenças, uma agência federal que fornece linhas de ação e sugestões na área de saúde pública. O centro divulgou uma recomendação para que todos hospitais do país passem a fazer rotineiramente testes de Aids em seus pacientes, em especial os hospitais situados em áreas de grande incidência da doença.

Na sua justificação da medida, o centro argumentou que os hospitais deveriam encorajar os exames pois muitas pessoas não sabem que estão infectadas e portanto estão sendo privadas de tratamentos de saúde a que teriam direito. O centro recomenda entretanto, que os exames só sejam feitos com o consentimento do paciente. As sugestões estão agora submetidas a debate público para deliberações em novembro próximo.

Nas recomendações do centro, no entanto, estão sendo vistas as mãos de gato de congressistas conservadores que querem transformar a medicina em coisa obrigatória, para todos os pacientes internados ou em tratamento nos hospitais do país. Dois políticos do Partido Republicano têm defendido publicamente a idéia de que os trabalhadores na área da saúde (enfermeiros, atendentes, médicos etc.) tem o direito de saber se o paciente de quem cuidam tem ou não Aids, para tomar as devidas precauções.

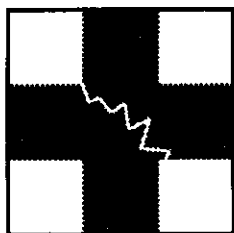
Para se defender das acusações de opositores, o diretor do centro, William Roper, disse que a sua entidade não pretende com a iniciativa proteger os médicos dos pacientes infectados, mesmo por que há recomendações anteriores de que qualquer pessoa doente seja tratada com todos os cuidados necessários, seja ela portadora da doença que for.

Ele insiste que não há nenhuma segunda intenção por trás da sugestão, mas o único objetivo é de se antecipar aos sintomas ou o agravamento da doença em pessoas que ignoram que são portadoras do vírus da Aids. Na verdade, nenhum dos lados que debatem esta questão estão satisfeitos com a posição do centro. Os que defendem a obrigatoriedade do teste não gostaram quando Roper reafirmou que os testes só seriam feitos com o consentimento dos pacientes. Eles acham que isto é o mesmo que reconhecer que os direitos civis dos infectados estão acima dos direitos dos não-infectados.

Do outro lado do ringue, os opositores dos testes obrigatórios dizem que as recomendações do centro não garantem que os resultados dos testes vão ser usados para outros fins. Eles se perguntam, por exemplo, quais serão as providências para assegurar o tratamento da saúde, seguro social e medicamentos para os pacientes com teste positivos.

Enquanto as discussões prosseguem, autoridades ligadas ao centro reafirmam que as taxas de infecção entre pacientes dos hospitais podem ser altas: de 1 a 10%, dependendo do caso. Eles dizem que pelo menos dois terços das pessoas infectadas pelo vírus da Aids que entram e saem dos hospitais não tem a sua condição de infectado reconhecida. Para o centro, esta é a oportunidade de diagnóstico e encaminhamento para cuidados especiais que não pode ser perdida. (Braznet)

Transcrição da Gazeta do Povo



SISTEMA DE SAÚDE FALHA NOS EUA

WASHINGTON - Os Estados Unidos vivem sobre a síndrome de seu próprio Sistema de Saúde, cujo custo, em constante aumento, absorve o orçamento público e ainda assim deixa sem assistência médica 37 milhões de norte-americanos, incluindo 8 milhões de crianças. As propostas de reforma do sistema proliferam e serão a ponta de lança de temas da campanha para eleições presidenciais de 1992.

Os Estados Unidos gastaram em 1991 um total de 680 bilhões de dólares com saúde, ou seja, 12,4 de seu PIB. Em 1980, essa porcentagem foi de 9,4, enquanto a proporção média nos demais países do Primeiro Mundo é de 7,5. Os gastos com saúde per capita passaram de 950 dólares em 1950 para 2350 dólares em 1989. A explosão dos custos pesa nas finanças públicas - 15% do orçamento federal - e nos das empresas, que pagam o seguro médico de 156 milhões de trabalhadores, do total de 173 milhões cobertos por planos privados.

Cerca de 37 milhões de norte-americanos, a maioria empregados em pequenas empresas, não contam com nenhuma assistência médica. Seu nível de renda, pouco acima do nível mínimo de subsistência, "proibe-os de manter um plano privado, apesar de serem excluídos das despesas com a Medicaid", o sistema federal para os menos abonados. O Medicaid terá que atender este ano 27 milhões de pobres, 35.000 aidéticos e 158.000 "bebês-crack", os nascidos de mães viciadas. "Foi exatamente nesses itens que os custos aumentaram mais", explicou Robert Blendon, Professor da Escola da Saúde Pública da Universidade de Harvard.

O Programa Medicare, lançado em 1965 para assistir os idosos, padece da mesma situação: 5 bilhões de orçamento inicial e 110 bilhões em 1991.

(Transcrito da Folha de São Paulo)

le point

**BIOÉTICA,
DISCIPLINA
DO FUTURO**

Um organismo vivo pode ter marca registrada? É lícito trazer para a vida quem nem pensava nisso, ou enxertar um coração de macaco em uma criança? Quem será o "proprietário" de um embrião congelado cujos pais morreram? Duas mulheres poderão ter uma filha comum? E um filho poderá ter o pai como irmão? Todas estas perguntas tem hoje resposta positiva, relata a revista francesa LE Point, acrescentando ser resultado do desenvolvimento científico dos últimos cinquenta anos, à velocidade de um foguete Titan, em direção aos vértices do impossível. Um desenvolvimento que assusta o homem, já preocupado com a inexistência de leis para defendê-lo nessas questões intrincadas. É assim que está nascendo a bioética, através da qual se pretende harmonizar ciência, ética e moral para evitar desvios, dominar tentações, eliminar a paralisação das pesquisas por excesso de regulamentação. Mas, conclui a revista, tudo isto irá para o lixo se restar funcionando apenas um dos laboratórios que hoje se dedicam à aplicação militar das pesquisas biológicas e químicas.

Transcrito de Visão, 24 de dezembro de 1984

JOVEM MORRE APÓS FICAR 12 DIAS SEM ALIMENTAÇÃO

MOUNT VERNON, MISSOURI - Nancy Cruzan, cujo tubo de alimentação foi retirado no último dia 14, terminando uma batalha judicial que chegou à Suprema Corte dos Estados Unidos, morreu ontem depois de quase oito anos de vida vegetativa, informaram funcionários do Centro de Reabilitação do Missouri.

Um porta voz do hospital, Barbara Shoun, informou que o falecimento ocorreu às 3 horas da madrugada e que ainda não se sabe sua causa.

A família estava junto de Nancy desde a retirada do tubo. Nancy, de 33 anos, vivia em persistente estado vegetativo desde que sofreu um acidente de carro em 1983 e sua condição vinha piorando continuamente desde que os pais, Lester L. e Joyce Cruzan, ganharam a batalha para a retirada do tubo que lhe fornecia comida e água.

O caso de Nancy, de luta pelo direito de morrer, foi o primeiro registrado no Missouri para a privação de alimentação e hidratação. Outros casos envolveram respiração ou ventilação.

Transcrito da Gazeta do Povo

Psiquiatria

DECLARAÇÃO DE CARACAS

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional Sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica no contexto dos Sistemas Locais de Saúde,

Notando,

1. Que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva;

2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede a consecução dos objetivos antes mencionados ao:

- a) isolar o doente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade social,
- b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente,
- c) consumir a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental,
- d) prover uma aprendizagem insuficientemente vinculada com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e de outros setores.

Considerando,

1. Que a Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde e referendada por todos os países-membros para atingir a meta de saúde para Todos no Ano 2000;

2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta, porquanto oferecem melhores condições

para desenvolver programas, baseados nas necessidades da população, com características descentralizadas, participativas e preventivas;

3. Que os programas de Saúde Mental e de psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização da atenção a saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde no contexto dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados nas comunidades e em suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da Atenção psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do Hospital Psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos fornecidos devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis,
- b) basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados,
- c) propender a manutenção do doente em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de maneira a:

- a) assegurar o respeito dos direitos humanos e civis dos doentes mentais,
- b) promover uma organização de serviços comunitários que garantam, seu cumprimento;

5. Que a capacitação de recursos humanos em saúde mental e em psiquiatria deve ser feita de acordo com um modelo cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e recomenda a internação psiquiátrica - quando necessária - em hospitais gerais, de acordo com os princípios básicos que fundamentam esta reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometem conjunta e solidariamente a advogar e desenvolver, nos distintos países, programas que promovem a reestruturação dos serviços de saúde mental e psiquiátricos, bem como se comprometem a defender os direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e os compromissos internacionais respectivos, e a fiscalizar seu cumprimento.

Para o que

CONCLAMAM

Os Ministérios da Saúde e da Justiça, os Parlamentos, a Previdência Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, as

Universidades e outros centros de formação, e os meios de comunicação a apoiar a reestruturação da atenção psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da região.

Este é o texto da Declaração de Caracas adotado no dia 14 de novembro de 1990 pela Conferência Regional para a Reestruturação de Atenção psiquiátrica no contexto dos Sistemas Locais de Saúde convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) com o apoio técnico e financeiro do Instituto de Pesquisa "Mário Negri" de Milão, Centro Colaborador da OMS em Saúde Mental e das seguintes entidades:

- Associação Mundial de Psiquiatria
- Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial
- Associação Psiquiátrica de América Latina
- Centro de Estudos e Pesquisa de Freuli, Trieste, Itália
- Comissão Inter-Americana de Direitos Humanos, Organização dos Estados Americanos
- Conselho de Saúde de Astúrias, Espanha
- Direção Geral de Ordenação Sanitária da Comunidade de Andalucia
- Federação Mundial de Saúde Mental
- Instituto Andalus de Saúde Mental
- Serviço de Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Livorno, Itália
- Serviço Psiquiátrico do Serviço Sanitário Reggio Emilia, Itália
- Sociedade Interamericana de Psicologia
- Sociedade Venezuelana de Psiquiatria
- Universidade de Umea, Suécia

Participaram da Conferência representante das entidades patrocinantes, juristas e membros dos Parlamentos do Brasil, Chile, Equador, Espanha, México, Panamá, Uruguai e Venezuela; membros das legislaturas provinciais da Argentina e Espanha e delegações técnicas do Brasil, Colômbia, Costa Rica, Curaçau, Chile, Estados Unidos da América, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL Nº 009/88

DENUNCIANTE - "EX-OFFICIO"
DENUNCIADO - DR. OMAR GEMHA TAHA
RELATOR - CONS. JAIME RICARDO PACIORNIK
REVISOR - CONS. DAEBES GALATI VIEIRA
ACORDÃO - 018/91

EMENTA - INFRAÇÃO AO ARTIGO 19 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - INCORRÊNCIA - ABSOLVIÇÃO.

Publicação na imprensa local e circular encaminhada à médicos credenciados do inamps pelo denunciado na qualidade de chefe regional da entidade. Tendo a instrução caracterizado a falta de elementos embaixadores à eventual infringência ética, quer pela veiculação da circular, quer pela exploração da mesma pela imprensa local, impõe-se a absolvição do denunciado. Por outro lado, restando comprovado que o denunciado agiu exclusivamente com o intuito de salvaguardar os interesses da entidade que comandava, descaracterizado resta eventual infringência a norma ética legal.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de processo Ético Profissional nº009/88, em que figura como denunciante o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ e denunciado o médico OMAR GEMHA TAHA.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, contra os votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 19 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 591, de 11 de novembro de 1991.

Curitiba, 12 de novembro de 1991.

Cons. JAIME RICARDO PACIORNIK
Relator

Cons. WADIR RÚPOLLO
Presidente

Regulamentação da Profissão de Acupunturista

PARECER CFM 159/88

A **acupuntura** é um método terapêutico, originário do Oriente, que utiliza técnicas próprias de aplicações de instrumentos punctiformes em pontos ou regiões do corpo, hoje, indiscutivelmente, muito difundido em nosso meio.

Por se tratar de uma técnica própria e especializada, além da necessidade de se promover o seu aprendizado correto e o seu aprimoramento, torna-se imprescindível o estudo dos seus fundamentos científicos.

Assim sendo, por se tratar de técnica a ser ensinada e ser aprimorada no seu adestramento e, por haver necessidade de se ter conhecimento científico que embasem o método, somos levados a entender que estamos diante de um problema educativo de formação profissional.

Procuramos, então, avaliar o seu nível de responsabilidade na aplicação e no emprego da habilitação pretendida, que corresponda não só às aspirações, como também, a segurança da sociedade, como clientela ativa e passiva da acupuntura.

Dalí, concluímos que somente o nível universitário poderá assumir esse encargo e essa responsabilidade.

Portanto, nosso parecer é no sentido de que a acupuntura deve ser profissão de nível universitário em curso de curta duração, cujo currículo mínimo deve ser fixado pelo Conselho Federal de Educação e Ministério da Saúde.

As profissões cuja formação englobe o currículo que vier a ser fixado para o acupunturista, poderão exercê-la livremente.

Assim entendemos que, como método terapêutico, a acupuntura se constitui em um processo a ser exercido somente por prescrição médica.

Brasília-DF, 11 de outubro de 1989.

SALOMÃO BARUKI
Conselheiro

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/10/91

A Insignificância da Lesão

Walter Borges Carneiro

Ao comentar julgamento proferido no RHC 66.869-PR, o professor Odone Sanguiné refere que pela primeira vez a Corte Maior acolheu o princípio da insignificância, declarando ausência de justa causa para a ação penal.

A questão foi por nós apresentada, no ano de 1988, perante o Tribunal de Alçada (H.C. 111/88) e posteriormente levada ao Supremo Tribunal Federal, guiada pelo voto vencido lavrado pelo ilustre juiz Nasser de Melo. Este magistrado assim concluiu em seu pronunciamento: "...a simples "equimose", retratada do laudo médico referido, não pode de maneira alguma caracterizar a infração penal prevista no artigo 129 do nosso estatuto punitivo, já citado, por constituir apenas uma mancha escura, que aos poucos desaparece, e que é decorrente de hemorragia, sob a pele e as mucosas, e na superfície dos órgãos internos, sem qualquer comprometimento à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer fisiológico ou mental". Cuidava-se de processo instaurado em decorrência de lesão ocorrida em acidente automobilístico, onde a vítima, segundo o laudo médico, apresentava "uma equimose violácea de forma ovalada, medindo três centímetros no maior diâmetro localizado na face lateral do terço médio da coxa direita".

Concluiu o acórdão relatado pelo ministro Aldir Passarinho que "Se a lesão corporal (pequena equimose) decorrente de acidente de trânsito é de absoluta insignificância, como resultado dos elementos dos autos - e outra prova não seria possível fazer-se tempos depois - há de impedir-se que "se instaure ação penal que a nada chegaria, inutilmente sobrecarregando-se as Varas Criminais, geralmente tão oneradas".

Realmente, a lesão retratada no laudo pericial, uma pequeníssima mancha escura medindo três centímetros em seu maior diâmetro, não poderia ser entendida como lesão, situando-se, assim, à margem do interesse punitivo do Estado. O artigo 129, do Código Penal, descreve o crime exigindo que a lesão ofenda a integridade corporal ou a saúde de outrem; dessa forma, o aperfeiçoamento da figura típica exige que a ação do agente deve acarretar como resultado objetivo uma ofensa à integridade corporal ou à saúde da vítima; não basta a simples afirmativa de que ela apresentava equimose de três centímetros para se ter como composto o ilícito penal. Imprescindível que a lesão produza danos à estrutura física da pessoa, alterando as condições dos órgãos ou dos tecidos do corpo; daí a certa advertência de Anibal Bruno, considerando ser necessário "que o dano ao corpo ou à saúde não seja insignificante" por não se poder punir como lesão corporal "uma picada de alfinete, um beliscão ou pequena arranhadura, um resfriado ligeiro, uma dor de cabeça passageira".

* Juiz do Tribunal de Alçada

(Direito Penal, Forense, 1966, vol. IV, pág. 182).

Como Doutrina Eugenio Raúl Zaffaroni, consoante o princípio da insignificância, são atípicas as condutas que importam afetação insignificante do bem jurídico e embora adequadas à descrição de um tipo legal de crime, não se podem considerar como típicas "las afectaciones insignificantes (las conductas que, pese a adecuar-se a la individualización del tipo legal, no pasam de ser una afectacion insignificante del bien jurídico, tampoco son típicas" (Tratado de Derecho Penal, Buenos Aires, 1981, vol. III, pág. 231).

No Brasil, a solução que a jurisprudência vinha emprestando ao princípio da insignificância, muitas vezes era no sentido da não aplicação da pena em caso de lesão corporal levíssima, mesmo quando dolosa (JUTACRIM vol 43/296). Agora, como refere Odone Sanguiné, a decisão do Supremo Tribunal Federal "adquire alto significado como precedente e diretriz jurisprudencial para os tribunais inferiores e justifica uma revisão superficial do tema da criminalidade da bagatela" (Fasc. de Ciências Penais, Porto Alegre, 1990, vol. 3 n. 1, págs. 36/50), pois como anotou o ministro Aldir Passarinho, tratando-se de fato insignificante "não é de deixar-se prosseguir a ação penal que a nenhum resultado chegaria, só mais sobrecarregando os serviços da Justiça e incomodando inutilmente a própria vítima".

A lesão levíssima, sofrida em região do corpo que não produz nenhum dano estético ou fisiológico, deve ser considerada como insignificante para o Direito Penal em atenção ao antigo mas ainda vigorante brocardo de *minimis non curat pretor*. Para que haja crime, integralmente concebido, não basta que a conduta se subsuma ao modelo abstrato previsto no preceito sancionador, ou seja, não basta simplesmente que a conduta havida esteja prevista no tipo legal. Mister se faz que a conduta posta em questão ofenda um bem jurídico, causando um mal à sociedade, vale dizer, exige-se a integração do tipo material. Caso contrário, incorremos na possibilidade de sancionar uma conduta que não acarretou perigo de dano ou dano verdadeiramente, o que significa superestimar o aspecto formal (abstrato), em detrimento da realidade dos fatos.

Transcrito da Gazeta do Povo. 29/06/91.
Sessão Gazeta na Justiça

SOB RISCO DE CÂNCER, MULHER AMPUTA SEIOS

Trícia Davis, uma executiva de Washington de 39 anos, sofreu uma mastectomia (amputação dos seios) para evitar o risco de câncer de mama. Foi o primeiro caso conhecido de mastectomia preventiva.

Há seis meses, Davis decidiu se operar depois que descobriu que sua irmã gêmea tinha câncer de mama. A mãe delas já havia morrido devido a essa doença. Após o diagnóstico da irmã, os médicos disseram a Davis que suas chances de contrair câncer havia quintuplicado.

Na Grã-Bretanha, a revista médica "The Lancet" publicou um artigo que afirma que a amputação das mamas pode não ser suficiente em casos diagnosticados de câncer. O artigo defende a destruição dos ovários, por cirurgia ou por radiação. O câncer de mama é a maior causa de mortes de mulheres no Primeiro Mundo.

A pesquisa foi feita com 75 mil mulheres. Os resultados porém, afirmam, apenas que 11 das mulheres que tiveram câncer com menos de 50 anos e retiraram os ovários sobreviveram mais dez anos, contra 10 das mulheres nas mesmas condições que usaram quimioterapia, o método tradicional.

Transcrito da Folha de São Paulo

Ética e Solidariedade

Tácito Medeiros

"Deve o Médico ser solidário com os movimentos generalizados e justos de defesa dos interesses de sua categoria profissional". Assim dispõe o artigo 7º do Código de Ética Médica.

A viva atualidade desse imperativo ético acentua o decantado dilema da "crise da Medicina brasileira". A expressão "crise" é repetida à exaustão numa aparente unanimidade, porém em múltipla variedade de tons, assume o ar de desalento nos que vislumbram o desprestígio crescente do profissional. Ou ainda toma o aspecto agressivo, colérico, dos que reclamam atenção (ou desatenção?) médica, nos veículos de opinião pública. Pode ser ainda o tom severo, autoritário, de quem pretende alertar os Médicos, numa atitude de censura e repreensão.

A "crise da Medicina brasileira" é apontada como evidência catastrófica da falência da profissão e da saúde do País. Certamente a "fase difícil, grave, na evolução das coisas, dos fatos, das idéias", ou "estado de dúvidas e incertezas", conforme grifa o Mestre Aurélio a respeito de "crise". Ou mais: "manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio", "momento perigoso ou decisivo", "tensão, conflito".

Certamente, também, não é o Dicionário que dará o exato significado de uma situação compartilhada dramaticamente por toda a sociedade. A expressão "Medicina Social" deixa de ser especulação teórica de uma saturação ideal para materializar-se no mútuo conforto (ou encontro?) da Medicina e Sociedade.

Mudou a profissão médica. Mudou a Sociedade. Mudaram os tempos. Não mudaram os valores do direito à vida, à dignidade: são o próprio fundamento da ética. A norma ética reveste-se da forma legal, caracterizando a compatibilidade entre a prática e os valores sociais.

Direito à vida e à dignidade é inerente a todo ser humano. Médicos e não Médicos. Em nome de tais direitos, exige-se todo o Direito e suas instituições. Direito à saúde, direito ao trabalho, direito ao lazer, direito à alimentação, direito à moradia, direito a vestir, direito à educação, direito à remuneração, direito de participar plenamente dos bens e das conquistas da Sociedade.

Mudou a profissão médica enquanto seu exercício e seus benefícios alcançam progressivamente camadas mais amplas da população. A prática profissional para os

pobres e necessitados deixou de ser um exercício de humanitarismo filantrópico para transformar-se em novo núcleo institucionalizado da basilar relação médico-paciente.

Mudou a sociedade na composição de sua estrutura. Os usos e costumes refletem as perdas e as conquistas de seus vários segmentos significativos.

As instituições sociais configuraram, em sua estabilidade ou em sua falência catastrófica, o "espírito do tempo". Não é diferente o que acontece na "crise da Medicina brasileira".

Desemprego, subemprego, insegurança no trabalho, excessivo número de horas e de ocupação para ganhos econômicos com reduzido poder aquisitivo, limitação da liberdade do exercício profissional, precárias condições de trabalho são denunciados como sinais de "proletarização da Medicina". A "elitização da Medicina" não é antídoto ético ao desrespeito nas relações de trabalho, se o que se pretende é substituir o suposto "proletário médico" pela pretensa "elite médica", identificada como a que emprega mão-de-obra médica ou a que atende à população mais favorecida. Ao contrário, a consonância com o "espírito do tempo" é a atenuação das distinções entre os mais e os menos privilegiados, em todos os setores, para assegurar saúde (bem-estar, sobrevivência) de pessoas e de instituições.

"Movimentos generalizados e justos" serão portanto os que cumprem a ética médica: servir, abrangentemente, à saúde médica, à saúde de toda a população, à saúde da sociedade.

Transcrito do Jornal do CREMEPE

Argentina: el ex director de un hospital traficaba con órganos de enfermos mentales

Buenos Aires. Efe

Las autoridades sanitarias de Argentina informaron ayer que el ex director de un hospital para enfermos mentales, administrado por el Estado, lideraba una escabrosa organización dedicada al tráfico ilegal de córneas y sangre.

Los miembros de la banda extraían los globos oculares de los pacientes de la Colonia Montes de Oca - situada 100 kilómetros al oeste de Buenos Aires - en las cinco horas que seguían a sus muertes, y luego reemplazaban los ojos con prótesis de vidrio o porcelana.

El ministro de Salud y Acción Social, Julio César Aráoz, señaló que recibió la información de un sereno de la colonia que trabajó durante muchos años como improvisado cirujano. El hombre dijo que fue adiestrado para operar por el ex director del hospital, Florencio Sánchez, quien fue detenido semanas atrás por orden del juez Héctor Heredia acusado de estafas contra el Estado.

Al parecer, ese tipo de operaciones se hicieron hasta 1985, cuando la justicia ordenó una investigación para esclarecer la misteriosa desaparición de la doctora Cecilia Giubileo, así como la muerte de 94 pacientes y la desaparición de otros 113, pero las cifras fueron similares en 1990, y se considera muy alto el número de defunciones, ya que el hospital no alberga a enfermos terminales.

Transcrito de "ABC" de 8/03/92, España

Aspectos éticos legais dos transplantes de órgãos

Hélio Vida Cassi

Poucas são as áreas da medicina onde se impõe o estudo da ética como fator preponderante e fundamental para o correto exercício da profissão como é a área que trata dos transplantes de órgãos.

As raízes culturais de um povo, seus preceitos religiosos, o misticismo que envolve a transplantação, a necessidade de se aceitar a morte como um processo evolutivo, deixando de lado o adágio de que vida só cessa com a parada do coração, são fatores que suscitam ardorosos debates.

O conhecimento científico na área dos transplantes tem experimentado um enorme progresso nas últimas duas décadas, tornando-se cada vez mais comum este tipo de terapêutica, o que requer a organização de regras claras e eficientes para a obtenção e distribuição de órgãos, com embasamento ético e legal por parte dos profissionais envolvidos nesse tipo de tratamento.

Assim, uma série de considerações éticas devem ser feitas com relação a cada um dos principais fatores que envolvem o ato de transplantar, desde a retirada do órgão em questão, até a sua implantação no indivíduo receptor.

* Médico Nefrologista - Conferência proferida no "I curso de Atualização em Medicina Legal e Ética Médica". Setembro de 1990. Curitiba - PR.

Para que se possa obter um órgão cadavérico, o doador deve ser declarado morto. Antes mesmo dos transplantes existirem, a definição de morte encefálica já era discutida, no sentido de se julgar válidos ou não mecanismos de suporte que permitiam a manutenção de determinados parâmetros hemodinâmicos tais como pressão arterial e batimentos cardíacos em indivíduos com encéfalo não funcionando e sem qualquer esperança de recuperação.

Com o advento da transplantação, este tipo de discussão ganhou ainda mais importância, já que para a maior parte dos transplantes o diagnóstico precoce da morte encefálica e a manutenção desses pacientes em condições adequadas até a retirada do órgão é de grande importância para o sucesso da operação, influenciando sobremaneira no prognóstico do paciente receptor.

Hoje é universalmente aceita a definição de morte encefálica e os critérios para o seu diagnóstico estão bem estabelecidos. A nosso ver, a declaração de morte deve ser feita por pelo menos 2 médicos com conhecimento da área, que não pertençam a quaisquer equipes de transplantação, facilitando com isso que decisões independentes sejam tomadas, sempre no melhor interesse do doador, e não tendo em mente considerações com respeito ao receptor.

Em nosso meio parece haver consenso quanto a esse aspecto em todos os hospitais onde são realizados transplantes, mantendo-se rígidos controles sobre a documentação e registro concernentes ao diagnóstico da morte.

A lei atualmente em vigor dispõe no seu artigo 2º: "A retirada para os fins a que se refere o artigo anterior (que permite o transplante) deverá ser precedida da prova incontestável da morte".

Esta prova incontestável da morte é, neste particular, o diagnóstico de morte encefálica sem que isto implique também na morte de outros tecidos orgânicos, encarando-se portanto a morte como um processo evolutivo declinante, compreendido entre a cessação das atividades dos centros nervosos, da respiração, da circulação e a extinção dos últimos grupos celulares sendo o diagnóstico de todo esse processo exclusivamente baseado no juízo clínico, complementado caso necessário por testes complementares auxiliares do diagnóstico.

Assim, é imensa a responsabilidade do médico, porque antes de mais nada o firme propósito da profissão é o de manter a vida e a este preceito o profissional deve estar sempre apegado sendo injustificável o cometimento de qualquer exagero no sentido de propiciar a retirada de órgãos sem haver prova incontestável da morte. Da mesma forma, é injustificável a negligência, permitindo que pacientes deixem de receber todos os recursos que possam manter a vida, no afã de, após o diagnóstico da morte, tornar possível a transplantação, objetivando o benefício do receptor.

Outro ponto controverso é o consentimento ou não da doação. Tradicionalmente, a sociedade dá o direito à família de dispor do cadáver, que mesmo não sendo mais pessoa, também não é coisa, no sentido estrito do Direito. Consideramos o cadáver como os restos da personalidade e principalmente por isso devemos ter a ele respeito. É direito de pessoa capaz, doar seus órgãos pós morte e eticamente este direito deve ser protegido, assim como também deve ser salvaguardada a decisão do mesmo indivíduo em não doar se esta

for a sua vontade.

Em alguns países, a lei permite a retirada de órgãos independente da vontade anterior do disponente e em outros, desde que não haja objeção em vida quanto à doação, os médicos estão autorizados a efetuar a retirada, independente da vontade familiar.

No Brasil, a lei em vigor é bastante clara neste sentido: os órgãos só serão retirados se houver manifestação expressa da vontade do doador ou se existir autorização escrita por parte dos familiares, a não ser quando da falta de responsáveis pelo cadáver onde o diretor da instituição onde ocorreu o óbito poderá efetuar a autorização.

Particularmente achamos que, não havendo declaração anterior por parte do disponente consentindo ou não com a doação, a família deva ser ouvida. Com isso estaremos protegendo o direito tradicionalmente dado pela sociedade à família para dispor do cadáver. O que precisamos é encontrar maneiras de conscientizar a população do benefício humano da doação, como um ato fraterno de amor ao próximo. As pesquisas indicam que a maciça maioria da população é favorável à doação de órgãos pós morte, mas só uma pequena parte deixa expressa essa vontade. Assim, se pudéssemos contribuir para que o assunto fosse cada vez mais discutido na sociedade em geral e principalmente no âmbito familiar, onde a vontade de cada pessoa pudesse ser exibida, temos certeza que a maior parte dos parentes, quando perguntados a respeito da doação, concordariam com a retirada dos órgãos. Teríamos desta forma um grande contingente de potenciais doadores transformados em doadores reais, o que supriria sem dúvida a demanda de órgãos para transplantação.

Com respeito ao doador vivo, é consenso que o altruísmo é nobre e a disposição gratuita de parte do corpo em benefício de outrem deve ser respeitada. No entanto implicações éticas importantes devem ser observadas no sentido de dar conhecimento ao doador dos riscos envolvidos no processo e as alternativas existentes para o paciente, tal como receber um órgão de cadáver. Deve-se pois ter o dever de guiar o doador em sua decisão e estar certo de que dano físico ou psicológico não ocorra no processo da doação.

Outro importante problema a ser discutido é o que se desenvolve quando o doador antes da morte, ou a família após a morte, dirige o órgão retirado para determinado receptor. À primeira vista isso nos parece ser um direito do doador. Já nos deparamos com alguns casos onde os parentes do doador relatam que têm na família um outro indivíduo em tratamento dialítico e que gostariam que um dos rins retirados fosse implantado naquele receptor. Nesta situação desde que os testes clínicos e laboratoriais permitam, achamos apropriado realizar o desejo dos familiares.

Por outro lado, vemos constantemente na imprensa apelos solicitando fígado para crianças hepatopatas. Em certos casos, a família poderia solicitar aos médicos que o órgão retirado fosse destinado àquele determinado paciente que viram na televisão e isto é sem dúvida bastante discutível, já que fica claro que os pacientes que tem maior acesso à mídia seriam beneficiados na obtenção de um órgão para transplante.

Outro problema adicional é aquele que envolve o estabelecimento de relações entre os parentes de um doador e o receptor. Sempre que possível, e via de regra, proibimos que a identidade do doador e do receptor sejam reveladas aos familiares já que no pós transplante há a possibilidade de coação financeira ou emocional por parte daqueles que

doam o órgão. Neste aspecto não há consenso ainda entre as equipes de transplantação, mas acreditamos que benefício nenhum é adquirido nem por quem doa, nem por quem recebe se suas identidades forem reveladas.

Respeitamos sim, a vontade dos familiares quanto a que tipo de órgão deva ser retirado. Embora na maioria das vezes não haja dificuldade na obtenção de todos os órgãos disponíveis, em certas ocasiões a vontade da família é de que seja retirado especificamente um único órgão, e isto, mesmo parecendo à luz da ciência injustificável, deve ser respeitado.

O pagamento ao doador ou aos seus familiares pelo órgão é ato abominável e o médico deve estar atento neste sentido principalmente em situações de transplante com doador vivo não relacionado. No Brasil, na tentativa de se impedir qualquer tipo de comércio, a Sociedade Brasileira de Nefrologia aconselha que não sejam realizados transplantes entre doadores não relacionados a não ser no caso específico inter-cônjuges e mesmo a Previdência Social não cobre os custos médico hospitalares de transplantes com doador vivo não relacionado não cônjuge. É lícito e ético sim que as custas de viagem de familiares para se obter a doação, assim como os custos adicionais no transporte de eventual doador antes e após a doação sejam ressarcidos, se bem que não haja mecanismo pelo qual isso possa ocorrer no presente momento.

Quanto ao receptor, o primeiro item a ser discutido é o direito que cada paciente tem de ter acesso equalitário a um programa de transplante de órgão, devendo permanecer numa lista de receptores à espera do transplante, desde que não haja problemas de ordem clínica que contra indiquem a cirurgia. Um aspecto importante é o grau de informação que cada doente deve ter a respeito dos passos a serem seguidos objetivando o transplante. Já tivemos a oportunidade de observar pacientes que nem mesmo sabiam que estavam numa lista de espera e ao contrário, pacientes que acreditavam estar na lista e na realidade não estavam. É portanto dever do médico prestar as informações necessárias, assim como orientar o paciente que opta pelo transplante, quanto aos detalhes existentes com relação à problemática da transplantação. O encaminhamento ou a vinculação do paciente a um centro transplantador deve ser realizado sempre que essa seja a sua vontade a não ser que problemas clínicos possam contraindicar o transplante e neste caso, o paciente deve estar devidamente informado sobre as suas reais condições e as perspectivas de tratamento que podem lhe ser oferecidas.

Um aspecto importante é de que todos os pacientes com insuficiência orgânica devam ter as mesmas chances de acesso ao transplante. A posição sócio econômica do paciente e a sua disponibilidade em pagar pela cirurgia não devem ser fatores levados em conta quando do seu acesso a um programa de transplantação. Uma vez colocados em lista de espera, todos devem ter igual oportunidade de receber um órgão disponível dentro do programa a que pertencem.

As decisões a respeito da disposição de órgãos são baseadas em, tipagem sanguínea e em estudos imunológicos, e estão a cargo da equipe transplantadora. Vários outros quesitos de ordem ética podem ser discutidos por ocasião da distribuição de um órgão. Teria uma criança prioridade sobre um adulto? Deve ser o receptor informado que seu sangue está sendo cruzado com o do doador? E o resultado do exame deve lhe ser revelado? Tem ele o direito de saber sobre que base foi tomada a decisão de distribuir o

órgão que ele não recebeu? Todas essas perguntas devem ser respondidas através do bom senso e sabedoria da equipe médica que assiste ao paciente. Toda a estrutura de distribuição de órgãos se fundamenta exatamente neste ponto: bom senso, que deve levar em conta uma série de critérios transparentes e previamente definidos, tais como idade, condições clínicas, perspectivas de sucesso, capacidade de recuperação, tempo em diálise (nos casos de transplante renal) e principalmente tipagem imunológica que é fator fundamental para a sobrevivência do enxerto.

É unânime que não deva haver ganho com a transferência ou o transporte de órgãos, assim como aqueles que detêm o poder de decisão quanto à distribuição de órgãos aos receptores em lista de espera não devam auferir qualquer tipo de lucro ao exercer suas funções. Exatamente para evitar comercialização, determinadas regras foram criadas pelas Sociedades de Transplantação tais como:

1. O melhor possível deve ser sempre feito em prol do doador.

2. Órgãos devem ser transplantados no receptor mais apropriado, com base em critérios médicos e imunológicos.

3. Um órgão nunca deve ser perdido. Na maioria das vezes deve de preferência ser usado a nível regional, de onde foi obtido, e somente na impossibilidade de ser colocado é que deve ser oferecido à outras regiões.

4. Prioridades na designação de órgãos não devem ser influenciadas por considerações políticas, pagamentos de qualquer espécie ou por favorecimento a certos grupos especiais.

5. Não deve haver publicidade por parte dos médicos envolvidos no processo de transplantação.

Devemos estar atentos a esses princípios e a todos os tópicos comentados até aqui, mantendo eterna vigilância para que erros éticos não sejam cometidos, estabelecendo regras, monitorando a prática médica, e impondo condições para que haja efetiva prevenção do aparecimento de situações discordantes das normas ético legais estabelecidas para o bom desempenho dessa difícil e fascinante área da medicina que é a transplantação de órgãos.



**Não banque o inocente.
Leia os "Arquivos"
para se inteirar
do que deve
interessar quanto
aos teus direitos
e deveres.**

EUA: PÍLULA ABORTIVA ENCONTRA RESISTÊNCIA

Luiz Carlos Azenha

Correspondente da Gazeta do Povo

NOVA IORQUE - A pílula do aborto, francesa de nascimento, continua no meio de um fogo-cruzado nos Estados Unidos.

A discussão sobre a legalidade do medicamento no país está acontecendo agora nas legislaturas estaduais. Alguns estados americanos como New Hampshire e Califórnia já aprovaram resoluções que apóiam a pílula do aborto mas as leis estaduais não tem poder de decisão nesse caso. Quem vai dizer se a pílula poderá entrar ou não nos Estados Unidos será o órgão federal FDA, Food and Drug Administration.

O fato é que até agora o laboratório francês Roussel-Uclaf e seu "sócio" alemão Hoechst A.G., não procuram o FDA e parecem mais interessados em fazer negócios com países europeus como a Inglaterra e a Suécia.

É que a questão do aborto dos Estados Unidos está cada vez mais complicada. Os grupos pró e contra o aborto crescem a cada dia e com as eleições se aproximando, tornam-se importantes instrumentos políticos do lado dos conservadores e dos liberais.

Ainda no último fim-de-semana, durante a manifestação em Washington pelo "direito do aborto" em que cerca de 500 mil pessoas compareceram, vários grupos feministas aproveitaram para lembrar a ausência da pílula do aborto no país.

A "Organização Nacional da Mulher" fez um discurso dizendo que os fabricantes da pílula estavam assustados com tanta controvérsia e que o grupo iria lutar por um clima de apoio ao medicamento.

De fato, uma relações-públicas do Roussel-Uclaf disse recentemente que a empresa "não quer estar no meio de uma guerra civil entre grupos a favor e contra o aborto".

Ainda durante o encontro de Washington, a "Fundação da Maioria Feminista" distribuiu folhetos lançando uma campanha. O texto citava produtos, revendedores e até ações da bolsa de valores ligadas aos laboratórios Roussel-Uclaf e Hoechst e pedia que as pessoas pressionassem os fabricantes da forma que pudessem.

A organização lembrou que um boicote contra os produtos desses laboratórios pode ser o próximo passo mas as empresas também já foram informadas de que seriam boicotadas, desta vez pelos grupos contra o aborto, se tentassem trazer a pílula para os Estados Unidos.

A RU-486, como é conhecida, é um esteróide sintético que bloqueia os hormônios. Para ser eficiente deve ser tomada junto com outro medicamento, a prostaglandina. Essa pílula tem quase 4 anos e já foi usada na França por cerca de 80 mil mulheres para os abortos até o terceiro mês de gravidez. De acordo com um estatuto, tem sido considerado eficiente e segura em 96% dos casos.

Mas o medo dos fabricantes estrangeiros é justificado. Mesmo os maiores laboratórios farmacêuticos americanos devem considerar o momento impróprio para estratégia de marketing. Até agora, nenhum deles tentou licenciar a pílula do aborto nos Estados Unidos (Branznet).

Transcrito da Gazeta do Povo 10/04/92

Justa Causa

Genival Veloso de França*

O conceito de "Justa Causa" confunde-se com a noção do bem e do útil social, quando capazes de legitimar um ato coativo. Está voltada aos interesses coletivos e defendida por específicas preocupações, nobres em si mesmas, condizentes com as prerrogativas conquistadas pela sociedade organizada. Enfim, é um ato cuja ocorrência torna lícita a coação.

Pode-se dizer que o universo da "Justa Causa" é muito amplo. Daí a dificuldade de se estabelecer normativamente, caso a caso. Está nos fatos mais triviais de convivência humana, na decisão de quem exerce uma atividade essencial, na proletária tragédia de cada homem e cada mulher do povo e, até, nos momentos quase naufragados da luta dos que não abrem mão à vida, à felicidade e à paixão.

Todavia, há uma forma de "Justa Causa", mais específica, mais especializada, que diz respeito à atividade profissional, quando o médico (e somente nós e Deus sabemos o quanto custa) torna-se árbitro e juiz, para decidir, em caráter eminente, o que deve ser feito em favor do paciente. Há procedimentos médicos tão imperiosos e intransferíveis que o consentimento torna-se irrelevante e desnecessário. O que legitima o ato médico, muito mais nessas condições, é a sua indiscutível necessidade.

Muitos entendem necessário estar a "Justa Causa" prevista em lei. Mas, a verdade é que poucas são as situações apontadas na norma. A maioria está genericamente representada pelo estado de necessidade, pela legítima defesa, pelo exercício regular do direito e pelo estrito cumprimento do dever legal. Assim, certos instantes do exercício da Medicina estariam justificados pelo estado de necessidade de terceiros.

Há situações em que já estão normatizadas, como no tratamento arbitrário e na quebra do sigilo médico das notificações de doenças transmissíveis.

A lei brasileira, em seu art. 146, § 3º, item I, já outorga o direito do constrangimento, dentro do princípio da "Justa Causa", quando se sentia não constituir crime o médico coagir alguém pela intervenção clínica ou cirúrgica, se justificada pelo eminente perigo de vida. Essa limitação da liberdade do paciente tem como objetivo o respeito aos princípios da solidariedade social e os interesses de ordem pública.

E os fatos não disciplinados normativamente? É claro que no corpo dos estatutos não poderiam caber todas as situações, até porque a lei tende a ser genérica e, por isso, refratária ao casuísmo. Destarte, se um profissional for autorizado pelo seu paciente a fazer-lhe uma cirurgia eletiva, encontrar durante o ato operatório razões suficientes para ampliá-la, deve agir prontamente. Nesse particular, só o médico é capaz de avaliar tal

* Prof. de Medicina Legal da UFPb - Conselheiro do CRM-Pb.

procedimento e, como tal, não pode ficar subordinado ao arbítrio de outrem. Há de prevalecer o bom-senso.

Subordinar a avaliação, nessas circunstâncias, às decisões do enfermo, dos seus parentes, ou esperar pelo julgamento moroso dos tribunais, não é apenas uma solução cômoda e simplista, mas um efeito que não pode merecer amparo na consciência contemporânea que deu ao ato médico o destino de um bem comum. O médico não deve limitar-se apenas à conquista do diagnóstico, à recomendação de um tratamento e à conjectura de um prognóstico. Deve, isso sim, fazer do seu mister uma relação mais ampla e uma atividade de interesse político e social.

Outro exemplo é a quebra do segredo médico quando invocada a "Justa Causa". Nos casos já consagrados pelos Códigos e pela Jurisprudência não há maiores entraves. Assim é nas declarações de nascimento e de óbito, nas notificações de doenças transmissíveis e de acidente de trabalho, nas sevícias de menores, nas perícias e pareceres médico-legais e nos casos de crime de ação pública, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal. Entretanto, há uma multidão incalculável de acontecimentos e situações que não está normatizada e, por isso tumultua a nossa consciência e desafia os mais experientes. Essas dúvidas devem-se, cada vez mais, à inevitável contrapartida das enormes conquistas da Medicina moderna. Não estamos mais na época em que a relação médico-paciente era o simples diálogo entre a necessidade e a consciência. A Medicina arte agoniza nas mãos da Medicina ciência.

Desse modo, o que está consentido nos diversos diplomas éticos ou legais, não há o que contestar. E o que não está, quando a decisão for de caráter inadiável e imprecindível, não existe outro caminho senão fazer da consciência médica o tribunal decisório.

Nesse particular fica entendida a "Justa Causa" como o interesse de ordem política ou social que autoriza o não cumprimento do sigilo, mesmo sabendo-se que essa violação corresponde ao constrangimento de uma conquista de liberdade pessoal, pois a privacidade de cada indivíduo é um princípio consagrado em todas as sociedades organizadas, um imperativo de ordem constitucional e um ganho amplamente protegido pelo direito público. Assim, mesmo que o segredo médico pertença ao paciente como uma conquista da própria sociedade, há de entender que esse conceito é relativo, pois o que se protege não é a vontade caprichosa e exclusivista de cada um isoladamente, mas a tutela do bem comum, os interesse de ordem pública e o equilíbrio social. O que a lei proíbe é a revelação ilegal, que tenha como motivação a má-fé, a leviandade e o baixo interesse.

Finalmente, o certo é que o exercício prático da Medicina, na angústia e no desespero do dia-a-dia, é inconciliável com certos conceitos e com determinadas normas mais exigentes capazes de aparelhar uma atividade cercada por situações tão dramáticas e tão circunstanciais. Desse conflito, ante as incompatibilidades das concepções médicas e jurídicas, deve prevalecer o respeito às necessidades imediatas.

Transcrito do jornal do CFM



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL Nº 001/88

DENUNCIANTE - DR. J.V.F.O.
DENUNCIADO - DR. J.R.M.
RELATOR - CONS. LUIZ ANTONIO MUNHOZ DA CUNHA
REVISOR - CONS. HÉLIO GERMINIANI
ACÓRDÃO - 012/91

EMENTA - ANESTESIA - AUXILIAR NÃO MÉDICO - ACUSAÇÃO COMPROVADA - INFRAÇÃO AO ARTIGO 30 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

Se o denunciado permitia que profissionais não médicos realizassem atos anestésicos durante sua cirurgias, consubstancia-se infração ao artigo 30 do Código de Ética Médica.

EMENTA - RETENÇÃO DE HONORÁRIOS - ALEGAÇÃO IMPROVADA - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.

Se o denunciante não logrou comprovar que o denunciado retinha seus honorários limitando-se a meras alegações, resolve-se como improcedente a denúncia de infração ao artigo 97 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético Profissional nº 001/88, em que figura como denunciante o DR. JARBAS VICENTE FERNANDES DE OLIVEIRA e denunciando o DR. J.R.M.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em absolver o denunciado de infração ao artigo 97 do Código de Ética Médica e, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 30 do Código de Ética Médica, aplicando-se a pena de "ADVERTÊNCIA CONFIDENCIAL EM AVISO RESERVADO", previsto na letra "a", do artigo 22, da Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, conforme ata nº 576, de 02 de setembro de 1991.

Curitiba, 03 de setembro de 1991.

Cons. LUIZ ANTONIO MUNHOZ DA CUNHA
Relator

Cons. WADIR RÚPOLLO
Presidente

Universidade/Empresa ÉTICAS DIFERENTES

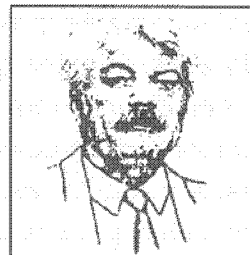
Os dilemas éticos da interação universidade/empresa decorrem de seus diferentes padrões morais, associados a seus distintos papéis na sociedade. Em muitas situações, a ética empresarial, calcada no lucro, ofende a universitária. Universidade não é empresa que deve gerar lucro. Logo não precisa, não deve, nem pode, guardar segredos de suas descobertas. Pilar básico da ciência é o livre fluxo de idéias e dados, para serem avaliados e estimularem novas criações. Esse princípio vale para todas as ciências na universidade, onde o livre trânsito das idéias é condição sine qua non para ensino e pesquisa e onde as idéias devem ser julgadas pelo seu valor intrínseco e não pelos lucros que possam gerar. Desenvolver C&T de olho no lucro fere a ética e a própria razão de ser da universidade. Esta não pode aceitar segredos nem retenção de dados, como exigem os convênios com a indústria. Isso desvirtua o papel do professor universitário como formador de futuros membros da sociedade. A relação professor/alunos não é comparável à do supervisor de fábrica/operários. O padrão ético do professor não pode ser afetado por motivações pecuniárias. Nos EUA, mais e mais departamentos suspendem a troca de informações científicas após a vinculação de seus docentes a empresas de biotecnologia.

E já se comprovou: o professor associado à indústria pode prejudicar os alunos por não ter tempo para atendê-los bem; organizar programas com ênfase na rentabilidade e não na profundidade; ser incapaz de examinar projetos de pesquisa que sejam aventuras criadoras, sem aplicação imediata, nem vínculos a outros temas; dirigir os alunos a projetos úteis à sua firma e usá-los como técnicos de laboratório e mão-de-obra barata; e usar em sua firma resultados de pesquisas não publicadas de seus estudantes. Estes, em geral, têm poucos anticorpos contra idéias pobres e ensino irresponsável: são o lado mais vulnerável da comunidade acadêmica. Daí que a denúncia de atentados à ética universitária tende a surgir apenas na esteira de escândalos maiores. E não poucos cientistas nos Estados Unidos vêem na relação entre universidade e indústria, mormente na biotecnologia, a destruição dos valores acadêmicos e, eventualmente, da própria indústria, pois ao desestimular a pesquisa básica, ela pode matar a galinha dos ovos de ouro, a universidade.

Transcrição do Jornal "Ciência Hoje" de 30.11.90

* Bernardo Beiguelman

ERROS MÉDICOS: real dimensão



Roberto Godoy*

O que na realidade representa o chamado erro médico é pouco compreendido. Na tentativa de aclarar o problema, vou me permitir fazer uma comparação com a corporação do Corpo de Bombeiros, talvez a mais simpática corporação do País. Vamos imaginar, agora, um Corpo de Bombeiros, totalmente desequipado, vivendo três situações diferentes. Numa primeira situação, ocorre um incêndio num barraco da periferia, o telefone não funciona. Quando a notícia chega, o fogo já consumiu tudo à sua volta, levando com ele vidas humanas. Numa segunda situação, os valentes homens do fogo conseguem ser avisados de que uma pessoa está presa num banheiro: um deles toma um ônibus, chega ao local e, com sua habilidade, pode resolver o problema, deixando todos satisfeitos. Numa terceira situação, ocorre um incêndio de grandes proporções, no centro da cidade. Imediatamente, os bombeiros tentam sair para apagá-lo, mas o carro não tem combustível. Os homens do fogo empurram o carro até o incêndio e lá verificam que não há água e a escada não funciona. Ainda assim, adentram o incêndio, improvisam escadas, utilizam baldes com água e o que tiverem à mão, e conseguem salvar muitas vidas. Têm, porém, a lamentar a perda de algumas vidas — umas porque, de qualquer modo, seria impossível salvá-las, mas outras por falta de, ao menos, escada e água. Em meio a toda essa situação dramática, dois ou três bombeiros agem de maneira errada, ou porque ficam à distância sem nada fazer, ou porque contrariam toda a técnica de salvamento e recebem o repúdio e a condenação de centenas de colegas que, mesmo sem equipamento, deram o melhor de si, em seu trabalho.

Alguns comentários se fazem necessários em relação a essa última situação. Pessoas perderam a vida em decorrência do fogo e da fumaça, e não por causa dos bombeiros. Muitas pessoas mais poderiam ser salvas se houvesse equipamento adequado à situação. Algumas pessoas perderam a vida em circunstâncias em que seria humanamente impossível salvá-las. Alguns poucos profissionais merecem punição pelo trabalho mal executado. Os bombeiros são chamados para apagar incêndios com o compromisso de dar o melhor de si para salvar o maior número de pessoas com os equipamentos de que dispõem.

A comparação é óbvia. Médicos exercem seu mister tentando salvar pessoas que podem morrer em decorrência de doenças. Lidam com situações corriqueiras, cuja solução depende somente de seus conhecimentos e habilidade. Lidam, também, com situações

* Roberto Godoy, neurocirurgião, é presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

extremamente graves, cuja solução depende de remédios, radiografias e toda uma sorte de equipamentos que normalmente não estão disponíveis. Lidam, ainda, com situações irremediavelmente sem solução. A diferença maior entre um e outro é que a gravidade de um incêndio é constatada, rapidamente, por todos, enquanto a gravidade do estado de um paciente muitas vezes só é visível ao médico. A situação descrita previamente é, felizmente, hipotética para os bombeiros, mas cruelmente real para a assistência médica no Brasil.

Nossos médicos-bombeiros nem sequer chegam a ser avisados quando pacientes morrem nas filas. Trabalham sem água e sem escada para resolver situações graves, dramáticas e, mesmo assim, salvam muita gente. Podem resolver a contento casos que dependem exclusivamente de seu trabalho e conhecimento. Por fim, e ainda utilizando a figura da comparação, repudiam os colegas que não executam seu trabalho de forma adequada.

Finalizando, e para que não fique a impressão de caos irreparável, é preciso salientar que os médicos sabem perfeitamente o que precisa ser corrigido no modelo assistencial, e se continuam a atender nas atuais circunstâncias é porque, a exemplo da situação usada como comparação, salva-se muito mais gente atendendo sem os recursos necessários do que simplesmente não atendendo. Os médicos e suas entidades têm apontado as soluções, mas aqueles que têm o poder de decidir, governo e outros, até o momento nada fizeram. A solução existe e é economicamente viável, bastando tão-somente vontade de realizá-la.

Transcrito de O Estado de S. Paulo de 11/05/92.

Atenção colecionadores dos "Arquivos"

Modificação de numeração

O editor de "Arquivos do CRM do Paraná" comunica que está atualizando sua numeração atrasada involuntariamente desde o plano cruzado.

Este número da revista está recebendo dupla numeração 31 e 32 (vol 8-1991) e está sendo confeccionado em julho de 1992.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1991 - 1993

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

DELEGACIAS REGIONAIS

1. COMISSÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Cons. Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki (Presidente)
Cons. Gabriel Paulo Skroch
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Miguel 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 Ehke Braga Filho

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

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

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

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

6. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

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

7. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS

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

8. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

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

9. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

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

DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMÁ

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 Cebrían (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 (Colaborador)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PARANAGUÁ

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