

FORTE PAGO

DR/PR

ISR 45-189/84

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

IMPRESSO

v.9, n.33 e 34 - janeiro / junho - 1992

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA GESTÃO 1991 à 1993

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

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Carlos Ehlke Braga Filho
Dr. João Zeni Junior
Dr. Elias Abrão
Dr. Antonio Carlos C. Küster Filho
Dr. Jaime Ricardo Paciornik
Dr. Nelson Emilio Marques
Drª Solange Borba Gildemeister
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Marco Antonio A. Rocha Loures
Dr. Farid Sabbag
Dr. Luiz Antonio M. da Cunha
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Nelson Egydio de Carvalho
Dr. Octaviano Baptistini Junior
Dr. Dullton de Paola
Dr. Carlos Henrique Gonçalves (AMP)
Dr. José Leon Zindeluk
Dr. Sérgio Augusto de M. Pitaki
Dr. Gabriel Paulo Skroch

MEMBROS SUPLENTES

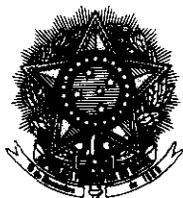
Dr. José Marcos Parreira
Dr. Osmar Ratzke
Drª. Nanci de Santa Palmieri de Oliveira
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Luiz Carlos Misurelli Palmquist
Dr. Sergio Todeschi
Dr. Valdir Sabedotti
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Henrique de Lacerda Suplicy
Dr. Antonio Motizuki
Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Gelson Leonardi
Drª. Tânia Mara Cunha Schaefer
Dr. Carlos Augusto Ribeiro
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Luiz Sallim Emed
Dr. Daebes Galati Vieira (AMP)
Dr. João Nassif (Falecido)
Dr. Ricardo João Westphal *
Dr. Weber de Arruda Leite *
Dr. Odair de Floro Martins *

* Licenciado

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320
Telefone: (041) 223-1414 - Fax: (041) 223-1829



ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v.9	Nº 33/34	p. 1-58	Jan./Jun.	1992
-------------------------------	----------	-----	----------	---------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

EDIÇÃO

Trimestral

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos médicos do Paraná

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremin, 1855-b

CEP 80540-320 - Curitiba - Paraná

Fone: (041) 253-4233

TIRAGEM

11.000 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo

Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

Sumário

O médico residente é responsável por atos médicos realizados	1
Resolução CFM Nº 1349/92	4
AIDS em exames pré-admissionais federais	4
É permitida a gravação das consultas em fita cassete para posterior confecção do prontuário por datilógrafos do arquivo médico	5
Este é um problema sério: O que fazer com os médicos que não preenchem os documentos hospitalares ?	7
Qual o prazo, após a última consulta, para fornecer o atestado de óbito ?	9
Legislação a respeito do Atestado de Óbito	10
Deve o Serviço de Radiologia registrar-se e pagar o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia ?	12
AIDS: Testes rotineiros nos trabalhadores pode ser solicitado ?	14
Adolescente irlandesa autorizada a abortar	17
Médicos Militares, da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros do Estado estão subordinados à Lei 6681/79 ?	18
Prazo de validade de uma consulta médica	20
Amparo legal para transcrição de receitas	22
Atendimento de emergência em hospital que não dispõe de Pronto Socorro	23
Concurso de monografia de ética médica	25
Acupuntura - Fitoterapia : Regulamentação	27
A ética e a greve médica no setor de saúde	29
Responsabilidade Civil do cirurgião plástico: Obrigação de meio ou resultado?	46
Solidariedade na classe médica	48
Reprodução Humana: questões éticas na atualidade	50
Moral ... Ética ... Deontologia : Sinônimos ?	56

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, afóra os artigos traduzidos, sem fins comerciais, pode ser realizada mediante a citação da fonte. Todos os artigos serão submetidos a análise pelo corpo editorial e a revista se reserva o direito de recusar sua publicação ou fazer sugestões quanto ao conteúdo e a forma. O autor deve dispor de cópia do trabalho porquanto o original, mesmo recusada a publicação, não será devolvido. Poderão ser publicados artigos originais ou transcritos, em língua portuguesa ou estrangeira, que deverão ter um resumo em português. A autorização para a publicação de ilustração como fotografia ou transcrição de tabela, gráfico, etc. é de responsabilidade do autor, a qual, poderá ser solicitada. As ilustrações devem ser entregues numeradas e em envelope anexado. Os artigos devem ser datilografados em papel tipo ofício, em espaço duplo e no máximo 20 páginas. Na primeira página do artigo deve constar apenas o título do artigo, nome do autor e da Instituição onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos ao essencial. A revista não oferece separatas. Os uniternos 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.

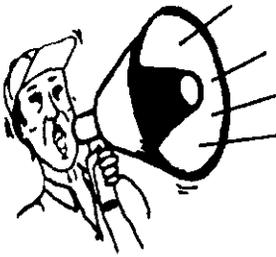
As referências bibliográficas de periódicos devem conter os dados seguintes, na ordem: 1 - Sobrenome do autor em letra maiúscula seguido após vírgula, dos prenomes, citados pelas letras iniciais; 2 - Título completo do artigo seguido de ponto; 3 - Abreviatura oficial do periódico; 4 - Volume em número 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.



O médico residente é responsável por atos médicos realizados

Parecer CFM 09/03/91

Consulta-nos o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais que, provocado pelo Diretor Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG, Profº Renato Monteiro Vieira Braga, indaga sobre a responsabilidade ética dos Médicos Residentes e Preceptores quando da realização de atos médicos inerentes ao programa de treinamento dos diversos programas de Residência Médica.

Naquela oportunidade, as questões levantadas foram:

1 - O Médico Residente no desempenho específico de sua função de residente é eticamente responsável pelos seus atos médicos cometidos?

2 - A presença ou não do médico preceptor, ao seu lado, pode ou deve ser levada em consideração para definir ou não a responsabilidade de um ou de outro (residente ou preceptor), perante o ato eventualmente discutido?

3 - O registro do Médico Residente num Conselho Regional de Medicina transfere ou ampara ao mesmo Médico Residente, enquanto Médico Residente e no comprovado desempenho de sua atividade dentro do Programa de Residência, a responsabilidade ética pelas conseqüências de seus atos de Médico Residente?

Sobre o assunto, o Bel. João Carlos de Lima, Assessor Jurídico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, apresentou parecer fundamentado durante a 1394ª Reunião Plenária daquele Regional, realizada em 28/05/90, o qual adotamos como parte substancial deste parecer. Assim se pronunciou o citado jurista:

"A consulta acha-se fundamentada nas recentes organizações que tentam responsabilizar juridicamente profissionais que venham a incidir em erros médicos.

Preliminarmente, é de se esclarecer que nos termos do artigo 17 da Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Com efeito, o médico ao se inscrever no Conselho Regional de Medicina adquire a prerrogativa de exercer a profissão, visto que a exigência "sine qua non" esta satisfeita.

Em que pese a preocupação do consulente, temos que a Residência Médica, conforme dispõe o artigo 1º da Lei 6931, de 07/07/81, é uma modalidade de ensino de

pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Do texto legal, podemos extrair tópicos visando estabelecer parâmetros de atuação do médico residente.

1 - Assim, em primeira plano a Residência Médica é definida como modalidade de ensino de pós-graduação.

A pós-graduação, "latu sensu", é o complemento da aprendizagem, onde o Residente vai ter o contato direto com o paciente, colocando em prática a teoria obtida nos bancos acadêmicos. (1)

Configura-se, pois, a prática médica, onde o residente aprimora as habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões.

2 - O segundo tópico é a caracterização da Residência Médica por treinamento em serviço.

É evidente que em se tratando de aprimoramento, o médico residente ao desempenhar suas atividades tem sobre si a responsabilidade pelos atos que pratica.

Neste sentido, o Residente é avaliado acerca dos conhecimentos e habilidades, recebendo supervisão do treinamento.

3 - Por último, o texto menciona a responsabilidade de instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

O médico Residente apesar de toda supervisão e orientação, conforme já enfocado, subentende-se que tenha os necessários conhecimentos para tratar da vida humana.

Com efeito, o Residente ao prestar atendimento ao paciente, assume a responsabilidade direta pelos atos decorrentes, não podendo em hipótese alguma atribuir o insucesso a terceiros.

Tal entendimento acha-se embasado no Código de Ética em vigor, em seus artigos 29 "usque" 34, cuja leitura é recomendada.

Desta forma, apesar da possibilidade de ocorrência de aspectos negativos na formação profissional, temos que entre o paciente e o médico existe uma relação jurídica perfeitamente definida por dispositivos legais, existindo para ambos direitos e deveres. Destaca-se entre os deveres dos médicos a responsabilidade. Entre os direitos do paciente, o de não sofrer dano por culpa do médico.

Assim, em conclusão, entendemos que não há como isentar Residentes, Internos e Docentes da responsabilidade jurídica por eventuais danos, uma vez caracterizada a prática de ato ilícito".

No que tange a responsabilidade ética do preceptor, por atos médicos realizados por Médicos Residentes sob a sua supervisão, entendemos que tal responsabilidade é consequente ao caráter peculiar da tarefa da preceptoria, redundando no que o Prof. Genival Veloso da França, em seu livro "Direito Médico", define por "Responsabilidade Derivada" ou "Responsabilidade Compartida". Nela cada membro de uma equipe médica carrega consigo a co-responsabilidade por atos médicos executados no âmbito da

instituição prestadora da assistência médica.

Concluindo, entendemos que tanto o Médico Residente quando o Preceptor estão passíveis de responderem ética e juridicamente por atos médicos realizados bastando, para tanto, que cada instância judicante defina a responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe médica pelo ato médico realizado.

É o parecer, s. m. j.

Brasília, 08 de novembro de 1991.

Hilário Lourenço de Freitas Junior
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/01/92

Nota da Redação : 1) A Residência Médica é um curso de formação de especialista e não um curso complementar e de continuidade do curso acadêmico, o qual deve ter terminalidade para um médico generalista, e por isto ele é responsável por seus atos. Ele vai adquirir na residência maior perícia e profundidade de conhecimento numa especialidade.

"O médico, como o gato, cobre com a terra a sua obra".

Renan

"O homem deitado numa mesa de operação dos nossos hospitais corre mais perigo de morte do que o soldado inglês no campo de batalha de Waterloo".

Simpson

RESOLUÇÃO CFM N^o 1349/92

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n^o 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n^o 44045, de 19 de julho de 1958 e

CONSIDERANDO o parecer CFM n^o 2969/91, referente ao reconhecimento de Terapia Intensiva como especialidade médica;

CONSIDERANDO a existência da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conveniada à AMB;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 16 de janeiro de 1992;

RESOLVE:

Reconhecer a Terapia Intensiva como Especialidade Médica.

Brasília - DF 17 de janeiro de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

WALDIR PAIVA MESQUITA
2^o Secretário

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/01/92

AIDS EM EXAMES PRÉ-ADMISSIONAIS FEDERAIS

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA INTERMINISTERIAL N^o 869, DE 11 DE AGOSTO DE 1992

Os Ministros de Estado da Saúde e do Trabalho e da Administração, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV, da Constituição Federal, e,

CONSIDERANDO que os artigos 13 e 14 da Lei n^o 8.112/90 exigem tão somente a apresentação de um atestado de aptidão física e mental, para posse em cargo público;

CONSIDERANDO que a sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) em si não acarreta prejuízo da capacidade laborativa de seu portador;

CONSIDERANDO que os convívios social e profissional com portadores do vírus não configuram situações de risco;

CONSIDERANDO que as medidas para o controle da infecção são a correta informação e os procedimentos preventivos pertinentes;

CONSIDERANDO que a solidariedade e o combate à discriminação são a fórmula de que a sociedade dispõe para minimizar o sofrimento dos portadores do HIV e das pessoas com AIDS;

CONSIDERANDO que o manejo dos casos de AIDS deve ser conduzido segundo os preceitos da ética e do sigilo;

CONSIDERANDO que as pesquisas relativas ao HIV vêm apresentando surpreendentes resultados, em curto espaço de tempo, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos infectados e doentes, resolvem:

Proibir, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de testes para detecção do vírus da imunodeficiência adquirida, tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde.

ADIB JATENE
Ministro da Saúde

JOÃO MELLÃO NETO
Ministro do Trabalho e da Administração

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

9 (33/34): 4, 1992

**É PERMITIDA A GRAVAÇÃO DAS
CONSULTAS EM FITA CASSETE PARA
POSTERIOR CONFEÇÃO DO
PRONTUÁRIO POR DATILÓGRAFOS DO
ARQUIVO MÉDICO.**

Parecer CFM 0609/91

Os médicos, membros do Corpo Clínico do Hospital Sarah Kubitschek de Belo Horizonte (MG), solicitaram parecer do Conselho Regional de Medicina, consultando se a gravação, pelo médico, das consultas, em fita cassete, para posterior confecção do prontuário, por datilógrafos do arquivo médico, incorreria em quebra do sigilo médico.

A resposta do parecerista do CREMEG foi que era incorreto tal procedimento, baseado no artigo 108 do Código de Ética Médica: **"Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papéletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso."** Mas, solicitou que o Conselho Federal de Medicina apreciasse o assunto, fato que deu origem ao presente parecer.

A gravação pura e simples da consulta médica, do diálogo entre o médico e o paciente não é permitida, pois, nesta conversa, tem muito da intimidade, do fato pessoal que normalmente não é registrado no prontuário, não sendo este ponto o motivo do nosso parecer.

O principal documento do que o paciente apresenta desde o início de seus sintomas até a ação final do procedimento indicado e executado pelo médico é o seu prontuário, que é uma obrigação do médico fazê-lo, como estabelece o Código de Ética Médica, no seu artigo 69: **"Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente,"** em uma clara demonstração de que o óbvio muitas vezes não é executado. Nas nossas peregrinações pelos hospitais deste país, constatamos que os prontuários deixam muito a desejar na sua forma, na sua clareza e no seu conteúdo, apesar de ser hoje a maior defesa daquilo que o médico praticou e também o principal documento de que o doente dispõe e necessita para saber das dificuldades do seu tratamento e até o que está realmente acontecendo com ele.

Por outro lado, em todo o país, se reclama dos prontuários mal escritos, dos poucos dados que apresenta e de um programa de tratamento que quase nunca está completo. Detectamos que boa parte desta falha decorre da dificuldade que o médico encontra entre agir e descrever, quando tem que escrever.

Em todos os países que procuram resolver este impasse, a única solução

encontrada e unânime é a de o médico descrever o exame, o procedimento, a sua opinião, oralmente (é mais fácil), para a fita cassete de um gravador e, em seguida de maneira ágil e rápida transcrever para o prontuário, por secretários treinados para isto, no setor de arquivo médico dos hospitais, clínicas e consultórios, resolvendo, de uma maneira clara, o problema do médico e do documento se tornar mais completo e, por certo, mais eficiente nos seus objetivos científicos e legais. Devendo, logo após, a transcrição ser assinada pelo médico, para dar validade ao documento.

Quanto ao sigilo, todas as pessoas que trabalham em hospital, ligados de alguma forma ao paciente, têm acesso ao prontuário, principalmente as pessoas do setor de Arquivo Médico. No Código de Ética Médica, no seu artigo 107, está bem claro que é vedado ao médico: **“Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.”** Refere-se ao Código Penal, nos seus artigos 153 e 154:

“Art. 153: Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem:”

“Art. 154: Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:”

Portanto, feliz daquele hospital que pode contratar secretários especialmente para este procedimento; pessoal que deve ser orientado pela Direção Clínica, no seu envolvimento com o Segredo Médico de proteção ao paciente. Não vemos, portanto, com isto, quebra de Sigilo Médico.

s.m.j.

É o nosso parecer.

Brasília - DF, 10 de outubro de 1991.

LUIZ CARLOS SOBANIA
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/10/91

ESTE É UM PROBLEMA SÉRIO

O que fazer com os médicos que não preenchem os documentos hospitalares (AIH, laudos, etc.)



Parecer CRM/PR 211/91

O Dr. Guilherme Antonio Schmitt pergunta sobre que atitudes pode o hospital adotar quando:

Médicos pertencentes ao Corpo Clínicos do Hospital não preenchem laudos do S.U.S., ou preenchem os mesmos e/ou A.I.Hs. de maneira incompleta, e que acarretam todo final de mês, em avisos, solicitações de preenchimento de laudos durante vários dias, cuja questão permanece se arrastando por vários anos.

Todo final de mês, no fechamento das contas hospitalares, desenvolve-se a mesma rotina para os funcionários administrativos com a recusa de preenchimento, solicitação para preencher depois, esquecimento do laudo em branco, ou A.I.H. incompleta, o que acarreta em não poder enviar a A.I.H. para o processamento em tempo hábil, levando a prejuízos hospitalares de considerável monta.

Está estabelecido que o não preenchimento dos documentos do paciente (prontuário, etc), constituem uma infração ética. Já o não preenchimento de guia de internação e documentos correlados, de interesse do hospital, constituem problemas administrativos e portanto devem ter resolução nesse nível.

Em relação às perguntas formuladas:

"1) Pode haver exclusão do Corpo Clínico?

R.: Não, pois a infração é de cunho administrativo.

2) Pode haver bloqueio de honorários particulares até o preenchimento das guias que permitam a cobrança do atendimento pela Previdência ou outro órgão de assistência?

R.: Da mesma forma que na pergunta anterior, nosso parecer é contrário, pois também fere o Código de Ética Médica.

3) Pode cobrar a conta do profissional e ressarcir o dinheiro, quando a Previdência pagar ao Hospital?

R.: Novamente opinamos que não pode ser cobrado do profissional relapso.

O **Regimento Interno** do hospital deve prever quais as medidas cabíveis nestes casos, como por exemplo: não poderá mais atender pacientes previdenciários, aquele que estiver em atraso com o preenchimento das guias.

É nosso parecer.

Curitiba, 26 de setembro de 1991.

Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki
Cons. Presidente da COFEP.

Daebes Galati Vieira
Conselheiro

Tânia Mara Cunha Schaeffer
Conselheiro

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 21/10/91

“Consulta toda classe de médicos. Diagnosticam excelentemente, te explicam todos os seus sintomas, palpam perfeitamente tua enfermidade, porém não tem idéia de como curar-te”.

Dostoiewski

“É melhor tratar-se a gente como uma tapuia do sertão, que observa com mais desembaraço instinto do que com um médico de Lisboa”.

Frei Caetano Brandão (século XVIII)

Qual o prazo, após a última consulta, para fornecer o atestado de óbito?



Parecer CRMPR 210/91

Consulta-nos o Diretor da 4ª Regional de Saúde, Dr. Ladislao Obrzut Neto, a respeito de dúvidas quanto a responsabilidade do médico em atestar o óbito e apresenta 3 perguntas, as quais transcrevo e respondo:

“1 - Paciente consulta eventualmente com profissional médico, e este venha a falecer, qual seria o prazo decorrido da consulta ao óbito? Quem obrigaria o profissional a fornecer a declaração?”

Resposta: É dever do médico atestar o óbito de paciente que vinha prestando assistência. No caso de consulta eventual a rigor o médico que o atendeu não tem dever de atestar o óbito, mas poderá fazê-lo independente de prazo decorrido entre a consulta e o óbito, desde que conheça o doente e a doença tenha uma explicação fisiopatológica para a morte.

Portanto, não se pode raciocinar em termo de prazo e sim, que apenas pode atestar o óbito quem vinha assistindo o doente, e, como já foi explanado exista relação fisiopatológica da doença diagnosticada por ocasião da consulta eventual, e a causa do óbito.

“2 - Paciente consulta com médico em plantão (regime de urgência e emergência) uma única vez. Falece em casa, qual a obrigatoriedade por parte deste profissional em fornecer o atestado de óbito?”

Resposta: Da mesma forma da resposta anterior, não tem dever de assinar o atestado; porém poderá fazê-lo se a patologia que era portador o doente explicasse o óbito. Todavia, se o caso tratar-se de morte de causa suspeita, ou seja, aquela que decorre de morte inesperada e sem causa evidente, deverá o médico encaminhar o cadáver ao Serviço de Verificação de Causas de Óbito, sempre que possível.

“3 - Qual a obrigatoriedade do médico plantonista em fornecer atestados de óbitos para mortes violentas como homicídios, suicídios, acidentes automobilísticos, onde não existe um sistema de Verificação de Óbito e nem de um posto do IML regional?”

Resposta: A obrigatoriedade do médico plantonista em fornecer atestado de óbito para mortes violentas estará vinculada a designação emitida por autoridade policial ou judiciária, devendo aceitar o encargo à fim de colaborar com a justiça. Entretanto poderá recusar-se a fazê-lo, desde que apresente motivo de impedimento justificável.

É meu parecer.
Curitiba, 30 de outubro de 1991.

Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenário de

A respeito do assunto veja "arquivos" 23

Legislação a respeito de Atestado de Óbito

Código de Ética Médica

"É vedado ao médico:

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único - o atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necrópsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta."

"Resolução 1290/89 CFM

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3268 de 30 de setembro 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar o fornecimento de atestados de óbitos;

CONSIDERANDO o que estabelece o Código de Ética Médica nos seus artigos 110, 112, 114 e 115;

CONSIDERANDO o que foi aprovado em Sessão Plenária de 08 de junho de 1989;

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

Art. 5º - É vedado ao médico cobrar qualquer remuneração pelo fornecimento do atestado de óbito;

Art. 6º - Fica revogada a Resolução CFM nº 743/76."

"Código Sanitário do Estado

Art. 630 - A declaração de óbito deverá ser firmada por médico devidamente habilitado para o exercício da medicina, podendo, na sua falta, ser preenchida pelo oficial do registro civil e firmada pelo declarante e duas pessoas que tiverem preenchido ou verificado o óbito, mediante a apresentação do documento de identidade que será expressamente mencionado na declaração de óbito.

Parágrafo 2º - O médico tem o dever de firmar o atestado de óbito de pessoa que vinha prestando assistência médica o que será feito depois de certificar-se, pessoalmente, da realidade da morte.

Parágrafo 7º - Nos casos de morte sem assistência médica, inclusive os de morte súbita e violenta, bem como os de óbito fetal, em localidades onde haja serviços oficiais destinados à verificação de causas de óbitos, cabe a estes serviços proceder ao exame cadavérico, depois do qual é passado o atestado pelo médico que o realizou.

Parágrafo 12º - É vedado ao médico:

c - firmar atestado de óbito não sendo médico legista ou investido nessa função, quando for causa primária ou imediata da morte ou acidente culposo, suicídio ou homicídio, mesmo quando se tratar de doente sob seus cuidados médicos;

e - recusar-se firmar atestado de óbito de doente a quem vinha prestando assistência médica, salvo quando houver motivo justificado, do qual deverá dar ciência à autoridade sanitária competente;"

Nota da Redação

A respeito do assunto vide "Arquivos" Nº 5

Deve o Serviço de Radiologia registrar-se e pagar o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia ?

Parecer CRMPR 206/91

A SOCIEDADE DE RADIOLOGIA DO PARANÁ, através de seu Presidente, Dr. Alfredo Wallbach, formula consulta a este Conselho de Medicina, nos seguintes termos:

Que o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia, de maneira acintosa e até violenta, está tentando impor aos estabelecimentos hospitalares, clínicas e consultórios, o registro na entidade. Indaga então a Sociedade consulente se as clínicas de radiologia estão obrigadas a tal registro ou se lhes basta o existente junto a este Conselho.

Esta a consulta. Passo as seguintes considerações:

A Lei 6839/80, que dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício das profissões, prescreve em seu único artigo:

“O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatoriamente nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação aquela pela qual prestem serviços à terceiros.”

Ora, ATIVIDADE BÁSICA a que se refere a lei, é aquela **fundamental** à qual se dedica a empresa. Assim, a atividade básica de um hospital é a prestação de serviços de saúde, por ser esta a sua função primordial, embora é claro, no contexto, outras possam ser executadas, porém todas convergindo para aquela que é a precípua. A propósito, se dúvida persistisse quanto a esta certeza, se definiria na redação do parágrafo 2º, no artigo 581 da CLT, que dispõe:

“Entende-se por atividade preponderante a que caracterizar a unidade do produto, operação ou objetivo final, para cuja obtenção todas as demais atividades convirjam, exclusivamente, em regime de conexão funcional.”

Desta forma, se um hospital vir a contratar empresas autônomas, de prestação de serviços, com o CGC e Inscrição Estadual próprios, estas empresas é que deverão providenciar registro nos seus respectivos Conselhos, permanecendo o hospital, como

prestador de serviços de saúde, vinculado apenas ao CONSELHO DE MEDICINA.

Assim, as clínicas de radiologia, exclusivamente prestadoras de serviços médicos, exames radiológicos, com médicos responsáveis, estão obrigadas a se registrarem, por força da Lei 6839/80, junto ao Conselho de Medicina, em razão, é claro, da ATIVIDADE BÁSICA. Destarte, se se servem de técnicos em radiologia, estes sim, estão compelidos ao registro junto ao respectivo órgão fiscalizador do exercício profissional.

E de outra maneira não poderia ser. Estes técnicos trabalham nas clínicas radiológicas, que por sua vez, prestam serviços médicos. Esta pois a atividade básica a que se refere a lei.

Por outro lado, não se pode aceitar evidentemente o registro múltiplo, posto que estaria se negando validade ao disposto no artigo único da Lei 6839/80, que alude especialmente a ATIVIDADE BÁSICA.

Vale ressaltar por fim, que esta matéria já foi objeto de parecer proferido pelo Ministério do Trabalho, instado por consulta formulada pela Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde. Do parecer de nº 03/85, permito-me transcrever um trecho conclusivo. Disse o parecerista:

"4 - Das empresas relacionadas, destacam-se os hospitais e clínicas médicas, que terão médico como responsável, registrando-se em Conselho Regional de Medicina.

5 - Quanto aos Laboratórios de Análises Cínicas, estarão sob a responsabilidade técnica de farmacêutico ou Biomédico, registrando-se em Conselho Regional de Farmácia ou de Biomedicina."

Isto posto, é de se concluir que as clínicas de radiologia estão obrigadas apenas ao registro junto ao Conselho de Medicina.

É meu parecer.

Curitiba, 27 de agosto de 1991.

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Assessor Jurídico

Parecer Aprovado

Sessão Plenário de 02/09/91

TESTES ROTINEIROS NOS TRABALHADORES



PODE SER SOLICITADO ?

Parecer CFM 726/88

O Dr. Sylvio Fernandes Botelho, CRM 52-07565, Chefe dos Serviços Médicos da Companhia Atlantic de Petróleo, tendo em vista a perspectiva de se incluir nos exames pré-admissionais e nos exames periódicos dessa companhia testes de Imunofluorescência para AIDS, vem solicitar parecer do Conselho Federal de Medicina sobre a conveniência ou não de sua realização.

PARECER E CONCLUSÕES

A partir do instante em que se diagnosticou o primeiro caso de AIDS, até seu alastramento a nível mundial, muitos problemas surgiram, que vão desde a falta de atendimento médico, até as discriminações social, econômica e trabalhista, mostrando que a propagação da epidemia segue padrões diversos, frente a um vírus que sendo o mesmo em todos os continentes e parasitando as mesmas células do corpo humano, não raramente consegue levantar a mesma problemática do temor.

Os impactos sociais que gera, remete-nos a diferentes representações da doença e da saúde segundo os grupos sociais integrantes de uma mesma sociedade. É sabido que cada país, mobiliza-se para enfrentar os problemas de saúde de acordo com a sua organização social e grau de cultura. É fácil verificar no cotidiano que em nosso país a mesma doença recebe tratamento diferenciado segundo a categoria da vítima; que a representação da saúde para as classes menos privilegiadas se restringe a ausência da doença enquanto que para a dominante a questão passa pela qualidade de vida.

No que diz respeito a AIDS todas as estatísticas mostram o acometimento maior na população cuja faixa etária está entre aquelas de maior produtividade, com previsão de que 40% a 50% dos infectados evoluirão para AIDS num período de 10 anos. Neste contexto há de se pensar que a sociedade brasileira deva se preocupar com a AIDS, pelo número de novos casos que aparecerão, pelos recursos disponíveis, pelos hospitais que necessitam de melhor aparelhamento, pelo prejuízo econômico do país com a perda de significativa força de trabalho, já que a doença é inexorável. Enfim, por tudo isso, a mágoa,

a preocupação e a necessidade de se fazer alguma coisa, levam indivíduos e instituições a tomarem suas iniciativas.

Há de se perguntar: é ético ao médico de posse de uma exame, dar conhecimento do resultado fora do âmbito da saúde pública? Pode um Departamento Médico ou o próprio médico de uma empresa quebrarem o sigilo profissional e fornecerem resultados de exames que de direito pertencem ao paciente? O resultado de exames fornecidos a empresas traz alguma contribuição à saúde pública? Não constitui cerceamento no direito de trabalhador a realização de um exame compulsório e sem direito ao domínio do resultado? Estas são indagações inquietantes e no momento são motivo de grandes controvérsias.

Sobre a perspectiva de se incluir testes Anti-HIV na admissão e periodicamente de empresas, somos de acordo que não há justificativa para a realização de tal exame. No estado atual dos conhecimentos o teste de triagem que tem limitações, não só de ordem técnica como econômica, pode apresentar falsos positivos e isto servir de pretexto para bloquear o acesso ao trabalho. Seguindo. Quem precisa saber do resultado do teste são o interessado e as autoridades de saúde pública para que estruturarem suas campanhas e tenha conhecimentos da extensão do problema. Isto foge ao âmbito das empresas que podem sim prestar uma grande contribuição à prevenção da AIDS, ao portador do vírus e ao aidético, ao difundir os conhecimentos relacionados à prevenção da doença entre os empregados, familiares e comunidade diretamente ligada à empresa e ajudando, em caso de tomar conhecimento, ao doente e aos empregados portadores de vírus, colaborando com recursos na manutenção de instituições que prestam assistência à prevenção e tratamento da AIDS. Cabe lembrar a empresa que o trabalho integra socialmente as pessoas e evita o caminho da marginalização. Uma pessoa marginalizada (e AIDS projetou esta característica em nossa sociedade) sem possibilidades de trabalho, privada da assistência médica, sem condições financeiras, pode voltar-se, como forma de sobrevivência, para atividades que contribuam para a disseminação da doença.

Do ponto de vista do empregado a exigência do teste é discriminatória e descabida de sentido lógico. No particular do médico da Empresa em posse de resultado do teste a sua revelação fere o Código de Ética Médica naquilo que é o primeiro dos seus Princípios Fundamentais; "A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza" e invade o capítulo dos Direitos Humanos no seu artigo 47 "é vedado ao médico discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto". No caso geral de um Departamento Médico de uma empresa, o que deverá fazer ao receber o resultado HIV positivo de um trabalhador? Primeiramente, o resultado configura um documento sigiloso entre o médico e o paciente não podendo ser revelado a outrem, principalmente a uma empresa, pois seria uma maneira de burlar as normas de proteção ao trabalhador. Poderia haver pressões da empresa mas o médico tem deveres e direitos e entre estes o de não poder "em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar a sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho" artigo 8º do CEM. Além disso, o dever ético impede a revelação de assuntos confidenciais ligados à profissão expresso genericamente no artigo 102 do Código "é

vedada ao médico revelar fatos de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente". O artigo 105 do mesmo Código é enfático na particularidade ao afirmar "é vedado ao médico revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade". Quanto aos outros profissionais não médicos, cuidar de assegurar a privacidade da informação, lembrando o artigo 107 do CEM: "É vedado ao médico deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei".

CONCLUSÕES

É do conhecimento geral a grande discussão sobre se as empresas devem ou não exigir o teste de AIDS para seus empregados. Considero fato grave a sua realização por empresas cujo único sentido é impedir o acesso ao trabalho. O fato torna-se mais grave quando se usa um teste sem o prévio consentimento e conhecimento do interessado sobre sua finalidade. Mais grave ainda por quebrar o eixo da relação médico-paciente e infringir o artigo 56 do CEM: "é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida". Por estas razões sou de parecer que:

a) quaisquer informações médicas sobre o empregado ao empregador devem cingir-se a aptidão ou não ao trabalho e se temporária ou permanentemente para desempenho de determinadas funções;

b) a realização de testes sorológicos para AIDS por parte do empregador não encontra respaldo técnico, científico e ético, sendo tarefa de autoridades sanitárias;

c) a realização de teste sorológicos para AIDS em trabalhador nestas circunstâncias, é violação ao seu direito, fere a Consolidação das Leis do Trabalho, além de contribuir, em caso positivo, para a sua marginalização enquanto cidadão.

Este é o meu parecer s.m.j.

Brasília, 18 de fevereiro de 1989

Antonio Rafael da Silva
Relator

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 18/02/89

Nota da Redação

A respeito do assunto vide "Arquivos" nº 19.

ADOLESCENTE IRLANDESA AUTORIZADA A ABORTAR

Supremo Tribunal atendeu aos protestos da opinião pública

O Supremo Tribunal da Irlanda autorizou uma adolescente violada a abortar na Grã-Bretanha, pondo assim termo a um escândalo que estava a abalar as próprias instituições governativas.

Um tribunal de primeira instância tinha anteriormente impedido a jovem de se deslocar à Grã-Bretanha para abortar. Tal atitude gerou uma enorme polémica na Irlanda, onde o aborto é proibido por uma emenda constitucional de 1983, aprovada em referendo. Apenas é autorizado quando a vida da mãe está em perigo.

"Fechou-se finalmente a última página deste caso", afirmou o primeiro-ministro, Albert Reynolds, aliviado. A presidente Mary Robinson não fez qualquer comentário à decisão do Supremo, dadas as limitações estipuladas pela Constituição ao seu cargo. No entanto, na semana passada apelara aos irlandeses para que "dessem provas de coragem na resolução do problema do aborto". O caso desta jovem tornara-se, de fato, num assunto de Estado, dada a onda de indignação e manifestações de protesto que gerara a proibição de se deslocar à Grã-Bretanha para abortar. Foi, aliás, o próprio Governo que pagou as custas do recurso judicial apresentado pela família da jovem junto do Supremo Tribunal. Esta instância judicial não fez mais, afinal, do que sancionar, pela primeira vez, uma prática clandestina corrente na Irlanda: pelo menos quatro mil mulheres vão anualmente abortar na Grã-Bretanha, onde a interrupção da gravidez é legal desde 1967.

O Supremo Tribunal levou três dias a deliberar a anulação da decisão do Alto Tribunal de Dublin, que proibira a adolescente de se deslocar à Grã-Bretanha durante os próximos nove meses. Os advogados da família da jovem alegaram que aquela decisão atentava contra a liberdade de movimentos consignada nas convenções europeias.

O caso desta adolescente de 14 anos, cuja identidade foi mantida secreta, é particularmente trágico. Engravidou após ter sido violada pelo pai da sua melhor amiga, em dezembro passado, segundo afirmam seus pais. Desde então, tentou suicidar-se por duas vezes. O presumível autor da violação nega a acusação e ainda não foi processado. A decisão do Supremo Tribunal permite que ela aborte dentro do prazo legal na Grã-Bretanha (24 semanas de gravidez). Por outro lado, vai acalmar a polémica política. Deixa, contudo, em aberto a questão do aborto num país majoritariamente católico. Admite-se que o Governo possa vir a apresentar um projeto de lei permitindo o aborto terapêutico em determinadas situações. Segundo uma sondagem recente, a maioria de irlandeses é agora favorável ao aborto em "condições limitadas e claramente definidas", como seja a violação de menores ou o incesto. Trata-se, sem dúvida, de uma evolução na opinião pública, que até aqui, rejeitara em absoluto o aborto. Este caso veio despertar as consciências para a realidade do dia a dia, pondo de lado princípios abstratos. Face à comoção que este caso gerou, a própria Igreja Católica, embora mantendo-se calada neste caso, fez saber que admitiria pela primeira vez reconhecer o direito da referida jovem se deslocar ao estrangeiro.

(Transcrito do Jornal de Notícias, de 27/02/92 - Porto - Portugal)

Médicos Militares, da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros do Estado estão subordinados à Lei 6681/79?

(Isonomia perante ao CRM com médicos não militares)

Parecer CFM 1973/89

CONSULTA

O Sr. Presidente do CREMAL, documento protocolado sob o nº 1973, de 24.08.89, formula a seguinte consulta:

"Face a dúvida surgida no registro de médicos militares da Polícia Militar de Alagoas, encaminhado ao Egrégio Conselho Federal de Medicina a seguinte consulta:"

"A Constituição Federal considera em seu art. 42 como servidores militares dos Estados, Territórios e Distrito Federal, os integrantes das PMs e CBMs. Nesta nova situação, aplicar-se-á os médicos militares das PMs e CBMs, a Lei 6681, de 16 de agosto de 1979, por analogia?"

PARECER

1 - O Art. 42 da Constituição de 1988 estabelece que os integrantes das FORÇAS ARMADAS (refere-se à Exército, Marinha e Aeronáutica) são servidores militares federais. E que os integrantes das Polícias Militares e dos Corpos de Bombeiros são servidores militares estaduais (ou dos Territórios ou do Distrito Federal).

Este artigo da Constituição vigente disciplina, simplesmente, as subordinações dos militares brasileiros aos respectivos níveis de Governo, Federal ou Estadual, descaracterizando, dessa forma, a subordinação de força singular a outra força singular, como determinava a Lei Mater anterior, ao estabelecer que aquelas Forças Estaduais constituir-se-iam em Forças Auxiliares das Forças Armadas.

2 - O Art. 1º da Lei 6681/79 refere-se à inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos, em serviço ativo nas **FORÇAS ARMADAS** (grifo nosso), como integrantes dos respectivos Serviços de Saúde, no Conselhos Regionais respectivos, mediante prova fornecida por órgão dos Ministérios da Marinha, do Exército e da Aeronáutica.

3 - Não há, pois, na Constituição em vigor qualquer indicação de que os médicos da Polícia Militar do Estado (servidores militares estaduais) recebam igual tratamento - para os efeitos de fiscalização do exercício profissional - que os médicos integrantes das Forças Armadas (servidores militares federais). Estes, submetem-se às determinações contidas

na Lei 6681/79, os primeiros não.

4 - A analogia interrogada pelo CREMAL não encontra, portanto, respaldo legal. A não ser que haja referência na legislação estadual que determine tratamento igual nesta espécie.

Ou, por entendimento do CFM de que a analogia deva ser implementada. Neste caso, a norma legal seria estabelecida por Resolução Normativa.

O tratamento isonômico requerido pelo CREMAL, entretanto, carece de oportunidade, não somente pela ausência de respaldo legal, como pela ampliação de abrangência de uma Lei anacrônica e discriminatória - que devemos combater incessantemente, propor sua revogação - que exclui da apreciação ético-profissional, por quem de direito, imensa parcela dos médicos brasileiros.

5 - Está claro, portanto, que a Lei 6681/79 refere-se exclusivamente aos servidores das Forças Armadas, estas entendidas como o conjunto das Forças Singulares: Exército, Marinha e Aeronáutica.

6 - Desse modo, como esse entendimento diverge da opinião da Assessoria Jurídica deste CFM, conforme despacho no verso do documento protocolado sob nº 1973/89, entendendo a necessidade de que seja adequadamente respondida a consulta do CREMAL, submeto a V.Sa. este parecer, trancrevendo, a seguir, a legislação citada, **verbis**:

Art. 42 da Constituição - "São servidores militares federais os integrantes da Forças Armadas e servidores militares dos Estados, Territórios e Distrito Federal os integrantes de suas polícias militares e de seus corpos de bombeiros militares".

Art. 1º da Lei 6681, de 16.08.79 - "Os médicos, cirurgiões dentistas e farmacêuticos, em serviço ativo nas Forças Armadas, como integrantes dos respectivos Serviços de Saúde, inscrever-se-ão nos Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, de acordo com as disposições dos respectivos regulamentos, mediante prova que ateste essa condição, fornecida pelos Órgão competentes dos Ministérios da Marinha, do Exército e da Aeronáutica."

É o parecer.

Brasília, 25 de junho de 1991

Hércules Sidnei Pires Liberal
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08.08.91

Nota da Redação

A respeito do assunto Vide "Arquivos" Nº 15 e 7

PRAZO DE VALIDADE DE UMA CONSULTA MÉDICA

Parecer CFM 1387/91

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás envia correspondência ao Conselho Federal de Medicina, solicitando parecer sobre o prazo de validade da consulta médica e sugerindo a possibilidade de normatização desta matéria. Tal indagação tem início com o pedido do PROCON-Goiás de informações sobre a matéria, com definição formal do prazo de validade de uma consulta médica.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás designou o Conselheiro Raimundo Nonato Leite Pinto para emitir parecer sobre o assunto, tendo o mesmo assim se pronunciado:

"Não encontramos nenhuma resolução do Conselho Federal de Medicina com relação à delimitação do prazo de validade de uma consulta médica. No entanto, analisamos o Código de Ética Médica e encontramos no capítulo V - Relação com pacientes e familiares o artigo 60 que menciona: É vedado ao médico: "Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou **exceder-se no número de visitas, consultas** ou quaisquer outros procedimentos médicos". Relendo o "Código de Ética Médica comentado" do Professor Léo Meyer Coutinho é possível fazermos algumas considerações:

1 - A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica, caracterizando um ato médico completo.

2 - Estas etapas da consulta médica podem ser iniciadas e concluídas num único período de tempo (tempo de consulta).

3 - Quando o médico necessita de exames complementares que não podem ser executados e apreciados num único período de tempo, o ato médico básico (a consulta), não foi concluído e terá continuidade quando o paciente retornar com os exames complementares.

4 - Nesta nova consulta (retorno com exames complementares), embora o médico possa argumentar que está dependendo seu tempo, não é correta a cobrança de nova consulta. A não ser que o paciente exceda-se exageradamente no tempo para a realização dos exames solicitados, gerando a necessidade de nova consulta (anamnese e exame físico), para atualização das informações necessárias para se dar continuidade ao caso.

5 - Ao elaborar a receita, o médico faz a indicação da quantidade de medicamentos necessários para obter a cura. Se, após o término da medicação, o médico solicita o retorno

do paciente para observar o resultado do tratamento, não é correta nova cobrança.

6 - Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliações e até modificações terapêuticas, cada consulta poderá ser cobrada.

7 - As consultas de acompanhamento de um mesmo tratamento podem ser mensais, semanais ou com qualquer intervalo, porém, que não seja para benefício do médico, mas sim do paciente.

8 - Não é rigorosamente o intervalo entre as visitas ao consultório que caracteriza continuidade ou nova consulta. Um paciente pode ser atendido várias vezes num mês, e todas constituírem atos médicos completos que podem e devem ser cobrados".

COMENTÁRIOS

Entendo que o Dr. Raimundo Nonato Leite Pinto tenha focado as diversas variáveis relacionadas à cobrança de honorários nas consultas médicas. Ouso, no entanto, propor algumas pequenas modificações. No item 4, o parecer afirma que não é correta a cobrança de honorários nas reconsultas, exceto nas situações em que o paciente exceda-se exageradamente no tempo para a realização de exames complementares. Concordamos com tal posição, acrescentando que não é necessariamente o intervalo de tempo decorrido entre uma visita e outra que caracteriza novo ato médico. Este é caracterizado pelos procedimentos que pressupõem nova abordagem semiológica e terapêutica diferentemente daquelas que originaram a primeira consulta e que independem do tempo transcorrido entre as duas visitas.

Nas realidade, a indagação do PROCON deve-se à classificação da atividade médica perante o Código de Defesa do Consumidor como fornecedor de serviços. Este código estabelece 30 dias como prazo de garantia de serviços. Ao se dar uma interpretação linear ao disposto no CDC, uma consulta médica teria a mesma regra de, por exemplo, um conserto de um carro, de uma pia, de um eletrodoméstico, etc... É evidente que esta norma não pode se aplicar à consulta médica.

CONCLUSÃO

Concordo amplamente com o parecer do CRM/GO sobre a matéria, com as ressalvas anteriormente introduzidas. Sugerimos que estas informações sejam repassadas ao PROCON, deixando bem claro o livre arbítrio do profissional em estabelecer seus honorários, quando e de quem cobrar, dentro dos limites estabelecidos pelo Código de Ética Médica e em acordo com os pacientes ou seus familiares.

Este é o meu parecer
Brasília, 07 de novembro de 1991

Nilo Fernando Rezende Vieira
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/01/92

AMPARO LEGAL PARA TRANSCRIÇÃO DE RECEITAS

Parecer CRMPR 240/92

Designado pela Portaria nº 018/92-AJ, para análise e parecer do constante em correspondência proveniente dos Drs. João Cezer Lemos de Brito, Wagner de Castro e Joachim Graf, passo às seguintes considerações:

Conforme a dita correspondência, os médicos acima mencionados, compõe o Serviço Médico do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento e vêm a este Conselho solicitar orientação quanto a dúvida com que se deparam diariamente no seu exercício profissional. Os colegas têm sido solicitados a transcrever receitas médicas emitidas por outros médicos, não ligados àquele serviço, inclusive receitas de odontólogos.

Esta atitude tem sido praticada no intuito de beneficiar os pacientes a quem se destinam as receitas, em vista dos mesmos terem direito de ressarcimento de parte dos gastos com farmácia, através da Associação de Funcionários daquele Ministério. Esta Associação condiciona o ressarcimento a que a emissão da receita seja feita por médicos conveniados a Associação ou por médicos do Serviço Médico daquele Ministério.

Assim sendo, os colegas tem sido pressionados a transcrever tais receitas.

Considerando o artigo 62 do Código de Ética Médica, que diz ser vedado ao médico: **"Transcrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto no paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento"**, fica evidente que a prática de transcrever receitas incorre em falta ética, ainda que os objetivos possam ser o de ajuda no ressarcimento de despesas junto a determinadas instituições como é o caso em questão.

Assim sendo, ficam os colegas médicos desobrigados a fazê-lo e ainda mais, aconselhados a não cometer tal infração, pois caso contrário, poderão sofrer processo ético profissional.

É o meu parecer.

Curitiba, 24 de fevereiro de 1992

Carlos Augusto Ribeiro
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 02/04/92

Atendimento de Emergência em Hospital Que Não Dispõe de Pronto Socorro

Parecer CRMPR 239/92

Os médicos Alfredo Lohr Junior, Paulo Carboni Junior, Silvio Machado e Mara Lúcia S. Ferreira, formulam consulta a este Conselho, nos seguintes termos:

"1. Qual seria a conduta a ser tomada pelo plantonista pediatra do hospital, sabedor da inexistência de serviço de pronto-socorro na instituição que presta serviço?

2. Qual deverá ser a conduta do neurologista ou neurocirurgião que eventualmente tenha assistido a este paciente no consultório deste hospital na ocasião de sua entrada, e que decida removê-lo para um pronto-socorro para tratamento adequado?

3. Qual a atitude a ser tomada pelos profissionais desta instituição quando, apesar de terem comunicado por escrito a direção do hospital que tal instituição não oferece condições para atendimento apropriado de tais casos, vem se sentindo pressionados a atendê-los e não transferí-los a um pronto-socorro quando assim o decidirem?"

Diante do exposto, temos a aduzir:

O médico deve atender aos pacientes nas situações de emergência independente do hospital dispor ou não de serviço de pronto-socorro. Durante o exame clínico deve decidir em dar continuidade ao tratamento, ou se o caso exigir, optar pela transferência do paciente.

Nem todo paciente deverá ser rotineiramente transferido para hospital de pronto-socorro. Os casos deverão ser individualizados.

No que se refere aos pacientes pediátricos, os critérios de transferência deverão ser ainda mais rigorosos. Em algumas situações a transferência será benéfica para realização de algum procedimento ou recurso diagnóstico específico, podendo receber

transferência definitiva ou retornar para seguimento no hospital de origem

Muitas vezes será apenas esse exame específico que possibilitará informações técnicas de opção de conduta de tratamento. Já o segmento e a evolução clínica poderá ser perfeitamente acompanhada até com melhores condições no hospital de origem, principalmente em se tratando de paciente pediátrico.

É louvável a preocupação dos profissionais em tentarem obter junto a instituição recursos técnicos para exercer as atividades da Medicina, oferecendo melhores condições ao paciente.

Sugerimos aos colegas relacionar quais condições seriam necessárias para atendimento apropriado e estamos providenciando uma visita da Comissão de Fiscalização do Exercício Profissional do Conselho Regional de Medicina ao Hospital.

É o parecer.

Curitiba, 09 de março de 1992.

LUIZ SALLIM EMED
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 30/03/12

DIVULGAÇÃO E PUBLICIDADE

Antes de fazer publicidade ou declarações à órgãos de divulgação, reveja as normas publicadas no “**ARQUIVOS**”.

Artigo 68 - Fazer publicidade em desacordo com a legislação vigente e com as normas do Conselho Federal de Medicina.

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.



ACUPUNTURA FITOTERAPIA

Regulamentação

Parecer CFM 1301/91

PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, através dos ofícios 120 e 121/91, pergunta ao Conselho Federal de Medicina sobre a exigência de normas sobre o exercício da acupuntura e da fitoterapia, especialmente em relação ao reconhecimento e regulamentação destas práticas, bem como qual a competência e qualificação dos profissionais habilitados a exercê-las e, finalmente, a posição que o CREMEGO deve adotar frente a anúncios destas em jornais.

Faremos abordagem em separado destas práticas, com o objetivo de facilitar o entendimento.

Acupuntura

O Conselho Federal de Medicina tem se pronunciado com certa frequência sobre a Acupuntura. Pareceres elaborados pelos Doutos Conselheiros Guaraciaba Quaresma Gama, Waldomiro Dantas, Salomão Baruki, Claudio Balduino Souto Frazen e Nei Moreira da Silva já enfocaram aspectos revelantes da matéria. Para maior clareza, fixo-me exclusivamente no parecer 0282/90, elaborado pelo Conselheiro Luiz Carlos Sobania, que estabelece as bases do pensamento do Conselho Federal de Medicina sobre o tema.

Assim, é entendimento do Conselho Federal de Medicina que a Acupuntura é um método terapêutico que poderá ser exercido por qualquer profissional médico, com treinamento adequado. Seria, por exemplo, semelhante a microcirurgia que é realizada pelos neurocirurgiões, cirurgiões de mãos, cirurgiões plásticos e ginecologistas.

Por se tratar de método terapêutico, a Acupuntura poderá ser executada por um técnico, sob prescrição e supervisão médica.

Em relação à informação de recursos humanos a de Acupuntura necessita de regulamentação. Os cursos no exterior são de níveis variados e fora de possibilidade de controle. Já em nosso meio, poucos recursos poderiam ser considerados como de referência.

Em relação à normatização do exercício da Acupuntura, apenas encontramos a Resolução CIPLAN nº 05, de 03 de março de 1988, que implanta a Acupuntura nos serviços públicos e cria os procedimentos e rotinas à sua prática nas unidades públicas de assistência médica. No capítulo referente aos recursos humanos define-se que esta atividade será exercida exclusivamente por médicos, que deverão, ainda, preencher os seguintes requisitos:

- 1 - Diploma de Médico e Registro no CRM;
- 2 - Título de Especialista ou comprovação de prática profissional em áreas clínicas, cirúrgicas ou anestesiologia ou;
- 3 - Título de Especialista emitido pela Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, ou curso com carga horária mínima de 600 horas ou ainda, comprovante de prática médica em Acupuntura aos habilitados antes de 1984.

Acrescento, ainda, ter consultado à Delegacia Regional do Trabalho do Estado do Espírito Santo, que nos informou que a Acupuntura não é reconhecida como profissão.

FITOTERAPIA

Inexiste qualquer parecer emanado do CFM sobre a matéria. A CIPLAN, através da Resolução nº08, de 08 de março de 1988, cria procedimentos e rotinas à prática da Fitoterapia nas Unidades Assistenciais Médicas Públicas. Segundo tal resolução, somente médicos poderiam exercer a fitoterapia, desde que possuam Título de Especialista em Fitoterapia e comprovação de prática clínica, ou que tenham concluído curso com carga horária mínima de 400 horas, ou ainda, comprovante de prática médica em Fitoterapia. Os demais profissionais de saúde só poderiam exercer a prática fitoterápica supervisionados por médicos e nos limites e possibilidades estabelecidas pelo médico responsável.

PARTE CONCLUSIVA

Existe o reconhecimento e regulamentação da Acupuntura e da Fitoterapia como práticas médicas? Quem tem competência e qualificação para exercer esta prática? Qual a posição do CRM frente a anúncios do exercício de Acupuntura nos jornais?

O Conselho Federal de Medicina reconhece a existência da Acupuntura e da Fitoterapia como métodos terapêuticos, podendo ser usados por diversas especialidades médicas. Necessitam de indicação médica por pressupor a elaboração de diagnóstico e avaliação da indicação de técnicas convencionais, podendo ser executadas por médicos ou técnicos habilitados, por prescrição e supervisão médica. Por se tratarem de procedimentos terapêuticos deveriam ter a rigorosa supervisão do Estado, por meio do seu órgão competente, a Divisão de Vigilância Sanitária.

A formação de recursos humanos para atuação em Acupuntura ou em Fitoterapia necessita de regulamentação. Não há possibilidade de controle de cursos realizados no exterior e de níveis variados. Em nosso meio, poucos cursos podem ser considerados como referência.

No tocante aos anúncios, em jornais, por profissional médico, devem ser observados os parâmetros éticos vigentes.

Brasília, 14 de Janeiro de 1992.

NILO FERNANDO REZENDE VIEIRA
Membro da Comissão de Título de Especialista do CFM

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/01/92

A ÉTICA E A GREVE MÉDICA NO SETOR DE SAÚDE

Flávio José Dantas de Oliveira

“Todo homem tem direito ao trabalho, a livre escolha do emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e a proteção contra o desemprego.

Todo homem, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho.

Todo homem que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como a sua família, uma existência compatível com a dignidade humana e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.

Todo homem tem direito a organizar sindicatos e a neles ingressar para a proteção de seus interesses”.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, Artigo XIII

INTRODUÇÃO

As greves constituem-se atualmente num dos fenômenos sociais mais marcantes da sociedade moderna, independentemente do modo de produção dominante e da legislação vigente. Elas acontecem ao mesmo tempo entre mineiros da Rússia e médicos da rede municipal de São Paulo, em sociedades onde a Constituição declara que “deixar de cumprir o trabalho socialmente necessário é incompatível com os princípios da sociedade socialista” e sociedades que entendem ser a greve um direito do trabalhador. Zabastovska, huelga, grève, strike, greve: palavras que comungam da luta humana por melhores condições de vida como bem acentua o artigo 23 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, infringidas dos trabalhadores.

Segundo dados oficiais, de 1985 a 1988 foram julgados 66248 movimentos grevistas, sendo que apenas em 1987 foram registradas 2275 greves (fonte: SES/MTb). Em 1989, foram deflagradas graves gerais dos funcionários públicos federais e hospitais universitários, previdência social, entre outras, motivadas pela espiral inflacionária e

* Médico Homeopata de Uberlândia/MG - Trabalho apresentado ao Concurso do CRMPR de Melhor Monografia - “A Ética e a Greve Médica no Setor de Saúde” - 1989.

achatamento salarial imposto pela política econômica governamental.

A greve médica nos serviços de saúde do Brasil tem sido um acontecimento cada vez mais frequente nos últimos anos, em especial nos serviços públicos. A incidência elevada de greves médicas, porém, não tem se acompanhado de uma reflexão mais sistemática sobre o tema, sendo raramente tematizada pelas disciplinas de ética médica ou sequer discutida nos escassos eventos promovidos com o objetivo de aprofundar o debate da ética médica (como o Fórum Nacional de Ética Médica, realizado em 1985). A maioria dos livros-textos de deontologia médica parece desconhecer o assunto, tratando de forma bastante superficial nos poucos que se dispõem a debater o tema. Levantamento realizado nas publicações brasileiras indexadas sobre o tema greve médica nos últimos três anos revelou uma completa ausência de artigos. Significativa é também a constatação de que em nenhum código de ética médica no Brasil se fez qualquer menção à palavra "greve".

Pelas múltiplas repercussões que provoca junto à população em relação ao prestígio da profissão médica, torna-se altamente relevante a discussão do tema pelos profissionais médicos e Conselhos de Medicina do Brasil; responsáveis pela manutenção do prestígio e bom nome da profissão. Mais ainda quando se vive no Brasil uma situação de turbulências e incertezas na área econômica, afetando sobremaneira a população assalariada e, em especial, os assalariados do setor público. Pesquisa realizada em 1971 por Donnangelo (1975) entre médicos da Grande São Paulo mostrava que 28% dos médicos eram assalariados puros e 53,6% pertenciam à categoria mista de assalariados e autônomos. Atualmente, pode se presumir que houve um grande aumento na produção de médicos assalariados e dependentes do setor público para o exercício da profissão.

Este trabalho se dispõe a iniciar uma reflexão e sistematização, ainda que incipiente, sobre os mais relevantes aspectos legais e éticos relacionados à greve médica nos serviços públicos de saúde no Brasil. Partindo-se do entendimento histórico da origem das greves e de sua conceituação, serão levantados aspectos legais e éticos diretamente correlacionados com a realidade jurídico-normativa brasileira que servirão de insumo para a discussão final da problemática da greve médica nos serviços públicos de saúde no Brasil.

GREVES: HISTÓRICO E CONCEITUAÇÃO

Os conflitos de interesses entre seres humanos sempre existiram e continuarão a existir, integrando a fisiologia da vida em sociedade e condicionados por circunstâncias e agentes os mais diversos. Diante do conflito, as partes podem buscar sua resolução de várias maneiras. Historicamente, a primeira forma de resolução usada pelos seres humanos se valia da imposição pela força para a satisfação da pretensão (autotutela); numa etapa seguinte, dava-se a resolução através da autocomposição, em que uma das partes em conflito, ou ambas, renunciavam à pretensão ou fazem concessões recíprocas. Posteriormente, foi delegada aos sacerdotes e anciãos a tarefa de julgar tais conflitos, atuando como árbitros. Com o fortalecimento do Estado, assumiu este papel de árbitro obrigatório de todos os conflitos, cabendo às partes apenas a provocação do exercício da

função jurisdicional do Estado (Cintra et al 1986).

Uma das formas de protesto coletivo para obter o atendimento das reivindicações consiste em paralisar total ou parcialmente as funções anteriormente desempenhadas, levando outra parte a sentir os efeitos desta ação e negociar pressionado por este possível prejuízo. Na literatura, um interessante exemplo de paralização coletiva de funções foi dado por Aristófanés, ao descrever a greve conjugal das esposas helênicas (lideradas por Lisístrata) na tentativa de acabar com as constantes guerras em que seus maridos se viam envolvidos na Antiga Grécia.

Do ponto de vista da relações de trabalho, muitas atitudes de protesto podem ser registradas entre os trabalhadores da antiguidade, seja na China, Egito, Fenícia ou Império Romano. Nos últimos séculos da idade média ocorreram muitos episódios de revolta de trabalhadores rurais e operários, notadamente na Rússia, Hungria e Inglaterra, contra a exploração e os abusos da administração oligárquica. Faltava, entretanto, uma ação mais integrada e o espírito de classe capaz de unir a todos em busca de alcançar um interesse comum, o que iria acontecer a partir do século XIII com o advento de organizações operárias na França ("compagnonnages") e na Alemanha ("Gesellenverbände"). A partir desta época, muitas leis contra as coalizões de trabalhadores foram promulgadas, bem como foram determinadas a dissolução das confrarias de trabalhadores em vários países europeus.

Com o advento da resolução industrial e a rápida aglomeração de operários nos grandes centros urbanos, foram criadas condições para uma maior comunicação entre os operários visando o desencadeamento de ações conjuntas. As greves se sucediam, cada vez em maior escala, frequentemente apelando para a violência e destruição abusiva, deixando aos trabalhadores a responsabilidade pelas escolhas dos meios mas garantindo ao empregador a ativação dos instrumentos jurídicos respaldados pela norma constitucional que possam qualificar abusos de direito e submeter os seus infratores às penas da lei.

Garantindo o direito à greve dos serviços públicos civis e dos trabalhadores em geral, cabe a leis complementares disciplinar o cumprimento da constituição. O projeto de lei de conversão nº 8 de 1989, definindo os serviços ou atividades essenciais e dispondo sobre o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, foi aprovado pelo congresso nacional e encaminhado para sanção ao presidente da república. Entre outros aspectos da "lei de greve" encaminhada, vale salientar:

Definição do legítimo exercício do direito de greve como a suspensão coletiva, temporária e pacífica, total ou parcial, de prestação pessoal de serviços a empregador (artigo 2º);

Inclusão da assistência médica e hospitalar entre os serviços ou atividades essenciais (art. 10º inciso II);

Obrigatoriedade por parte dos sindicatos, empregadores e trabalhadores em serviço ou atividades essenciais de garantir a prestação dos serviços indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, entendidas como aquelas que colocam em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população caso

não sejam atendidas (art. 11 e parágrafo único);

Responsabilidade do poder público na prestação dos serviços indispensáveis caso não seja observado pelos sindicatos, empregadores e trabalhadores o cumprimento do artigo 11;

Apuração da responsabilidade pelos atos praticados no curso da greve de acordo com a legislação trabalhista, civil ou penal.

Neste projeto de lei, atenção especial deverá ser consagrada para a interpretação da expressão "necessidades inadiáveis da comunidade... que colocam em perigo iminente a saúde da população caso não sejam atendidas". Quais os critérios norteadores para definir tão difícil questão? Que tipos de doentes e doenças não poderão deixar de receber atendimento médico durante a greve? O serviços de vacinação poderão paralizar? E os pacientes portadores de doenças transmissíveis, como a tuberculose, que se encontram sob acompanhamento domiciliar poderão deixar de serem atendidos no período da greve? Entre outras, estas questões são particularmente relevantes em se tratando de greves médicas em serviços públicos de saúde.

Sob a ótica da legislação trabalhista, o Supremo Tribunal Federal considerou, em sua súmula 316, que a simples adesão à greve não constitui falta grave, impedindo a adoção de medidas drásticas como por exemplo a suspensão e dispensa do emprego ao grevista com mais de dez anos de serviço na mesma empresa.

Na esfera médica, a legislação civil e penal concernente a greves está diretamente correlacionada ao tema da responsabilidade profissional. Prescreve o código civil em vigor:

Art. 159: "aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano"

Art. 1545: "Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento"

Art. 1056: "Não cumprindo a obrigação, ou deixando de cumpri-la pelo modo e no tempo devidos, responde o devedor por perdas e danos".

Durante as greves médicas verificadas em serviços públicos no Brasil, sempre foram respeitados os atendimentos de emergências, através do funcionamento de comissões de triagem que selecionam os casos graves ou que necessitam de atendimento urgente. Com este procedimento, não se pode acusar os médicos grevistas de omissão voluntária, apesar da veracidade do testemunho de Landmann ao argumentar que "dizer que os casos de emergência são atendidos é um sofisma, porque só podemos saber se um determinado estado é de emergência após exame minucioso do paciente" (ISTO É, 17/07/1985). Esta afirmação remete à análise da negligência médica, falta frequentemente associada aos médicos durante períodos de greve. Negligência, segundo De Plácido e Silva, "exprime a desatenção, a falta de cuidado ou de precaução com que se executam

certos atos. em virtude dos quais se manifestam resultados maus ou prejudiciais, que não adviriam se mais atenciosamente ou com a devida precaução, aliás ordenada pela prudência, fossem executados. É a falta de diligência necessária à execução do ato" (p. 237). Resultados que são negados com veemência por França (1987), ao afirmar que "há critérios muito honestos na seleção dos casos e até hoje não se registrou nenhum ato de omissão de socorro nem de dano em que o não atendimento fosse responsável" (p. 91).

Constatada a responsabilidade civil, que é independente da criminal, resta enumerar os Artigos do Código Penal relacionados a eventos passíveis de ocorrência em situações de greve médica:

Art. 135: "Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e eminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública"

Art. 18: "Diz-se o crime: ... II - culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia"

Art. 61: "São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime: ...II - ter o agente cometido o crime: ...h) com o abuso de poder ou violação de dever inerente a cargo, ofício, ministério ou profissão"

Art. 121: "Matar alguém ...4.- No homicídio culposo, a pena é aumentada de um terço, se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício..."

Art. 133: "Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono"

Art. 201: "Participar de suspensão ou abandono coletivo do trabalho, provocando a interrupção de obra pública ou serviço de interesse coletivo".

Do ponto de vista legal, o médico tem uma obrigação a cumprir, e em caso de inadimplemento, poderá ser instado a reparar o dano provocado. Apesar da jurisprudência brasileira reconhecer apenas timidamente a indenização por dano moral (causado injustamente a outrem sem atingir ou diminuir o seu patrimônio), que não esta inserido no Código Civil, a doutrina pura sustenta a reparabilidade dos danos morais. Em situações de greve, apesar da dificuldade de demonstração donexo causal, a reparação do dano moral por não-atendimento, diagnósticos grosseiramente incorretos ou tardios poderá ser futuramente arguida em juízo.

Além da teoria da culpa como fundamento de responsabilidade, tem sido crescentemente adotada pelos juriconsultos a teoria do risco, onde se atribui a responsabilidade de uma pessoa pelo risco de seus atos. Tal acontece, por exemplo, na abordagem da responsabilidade do empregador prescinde do elemento de culpa pelo

empregado, fundando-a no instituto do dever de assistência (Alvim, 1980). Esta argumentação poderia ser empregada contra hospitais e serviços de saúde em greve. Por fim, vale lembrar que, em casos de reparação, a Lei sempre parte do pressuposto de que a vida e a saúde valem mais que os bens materiais.

A GREVE MÉDICA E OS IMPERATIVOS ÉTICOS DA PROFISSÃO

"A saúde do meu paciente será minha principal preocupação", deveria jurar todo graduado ao ser admitido como membro da profissão médica, conforme preceitua a Declaração de Genebra. "A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade" em que "o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional". Com estes enunciados, é aberto o Código de Ética Médica vigente no Brasil, associando o papel da medicina ao papel do médico como artífice dela. Num primeiro instante, torna-se relevante destacar a distinção entre as obrigações advindas da prática clínica individual e aquelas oriundas das responsabilidades mais amplas da medicina como instituição (McKeown, 1984).

A medicina existe para prover o Ser Humano de um nascimento seguro e uma morte confortável, proteger o sadio, curar o doente quando possível, sempre aliviar o seu sofrimento e confortá-lo, e cuidar do deficiente durante sua vida. Neste conceito, a medicina se associa com medidas e decisões concernentes ao melhoramento da qualidade de vida das pessoas bem como de uma elevação quantitativa nacional tanto na qualidade como na quantidade de vida da comunidade por ela beneficiada. O que não implica em responsabilizá-la, diretamente pelo fracasso em obter tais resultados, dependentes de fatores de ordem política, econômica, educacional, entre muitos outros.

Enquanto médico, o profissional é habitualmente procurado por alguém percebido como doente por ele mesmo ou por outros, que diante de uma incerteza exige a feitura de um diagnóstico ou a implementação de possíveis medidas terapêuticas e educacionais. De fato, é sempre salutar recordar que o termo doutor com a qual todo médico é chamado provém do latim **docere**, ensinar, o que identifica o médico com o papel de educador em saúde. Virtude que, na tradição milenar chinesa, diferenciava o médico superior do médico inferior, que apenas tratava o doente, e não se preocupava em prevenir as doenças.

A responsabilidade profissional (de respondere, responder) consiste num conjunto de obrigações que o médico assume ao responder o problema que lhe é trazido pelo doente. Por obrigação entende-se o dever ou necessidade a que está sujeito de cumprir ou fazer alguma coisa, ou abster-se dela, em virtude do que a vontade do ser humano é submetida a um princípio superior. A quem serve o médico? hoje, entende-se que além da responsabilidade primeira para com o doente, o médico também assume obrigações consigo mesmo, com a sociedade, outros profissionais de saúde e por último, porém, não menos importante, com as instituições que o remuneram por serviços prestados ou na qualidade de assalariado. O desiderato último do médico de beneficiar o doente que o procura sofre hoje a influência de várias políticas, econômicas e sociais que, não raras vezes, tendem a deformar o contrato de ajuda individualística será sempre um atributo necessário para o exercício da ciência e arte de curar, sob ordem política (Kass, 1986).

Como deve o médico cumprir sua missão e exercer sua profissão? Desde que a obrigação do médico com o paciente é, em geral, de usar os meios mais indicados para reestabelecer a sua saúde, e não de resultados, o foco deve se concentrar nas decisões tomadas pelo médico. Em **Epidemias**, obra de referência na leitura hipocrática, aparece pela primeira vez o aforisma que é frequentemente identificado como princípio primário da ética da profissão médica, "primum non nocere":

"O médico deve ser capaz de descrever os antecedentes, conhecer o presente, e prever o futuro - deve refletir sobre estas coisas, e ter dois objetivos especiais em vista com respeito às doenças, quais sejam o de fazer o bem ou de não provocar danos. A arte consiste de três coisas - a doença, o paciente e o médico. O médico é o servo da arte, e o paciente deve combater a doença junto com o médico")Livro I, setor II).

Fazer o bem ou pelo menos não prejudicar, não gerar sofrimento desnecessários ao corpo e à alma do doente deveria ser a resultante de cada intervenção médica. **Primum non nocere** ajuda a definir a medicina como uma atividade moral, fruto da consciência num livre arbítrio. mas também implica na prestação do cuidado ao devido paciente, sejam em termos de uma análise dos riscos-benefícios como dos riscos-prejuízos que cada procedimento médico pode acarretar para o doente (Jonsen, 1978).

Freidson (1970), abordando o conceito de profissão, destacou que o único critério uniforme e verdadeiramente importante para distinção entre profissão e ocupação estava relacionado à autonomia profissional, vale dizer, o legítimo controle sobre o trabalho. Apesar desta autonomia não ser absoluta, dependendo frequentemente da tolerância e proteção do Estado, ela é conseguida através da instituições formadoras dos recursos humanos, códigos de ética de exercício regular e efetivo da ocupação. A ampla autonomia profissional de que goza a medicina é resultante da interação entre forças políticas e econômicas e a capacidade de defesa de interesses da classe médica, aliada à sabida complexibilidade e ajuda consequentes à intervenção do médico.

O exercício da profissão médica está apoiado em vários valores e atributos, que são fundamentais para o alcance dos resultados desejados. Entre outros, importa relevar o respeito às pessoas, a competência profissional (englobando tanto a competência técnica como a interpessoal) e a honestidade no pensamento e na ação, condições necessárias para o estabelecimento de um vínculo de confiança e dignidade entre o médico e o paciente. Se os médicos, em sua maioria, não respeitam estas "estruturas básicas", seria ainda possível manter o especial estatus econômico e social que hoje desfrutam no mundo inteiro? A quem cabe zelar, institucionalmente, pelo prestígio e bom nome da profissão médica?

Nos vários países em que é exercida, a prática da medicina é supervisionada e controlada por instituições centrais (como o Conselho Federal de Medicina no Brasil, a Associação Médica Americana e o Colégio Americano de Médicos nos Estados Unidos, Conselho Nacional da Ordem dos Médicos na França e Itália, por exemplo), responsáveis pela elaboração de código nacionais de ética médica. No Brasil, o artigo 2 da lei 3268 de 30/09/1957 estipula que "o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e

trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”.

A greve de médicos é um problema suficientemente delicado, em termos de imagem e consequências, para a profissão médica. No plano internacional, alguns códigos de ética médica abordam o assunto, direta ou indiretamente. Nos Estados Unidos, o American College of Physicians publicou em 1984 o “Manual de Ética”, que taxativamente sentencia ser a falta de atendimento médico por médicos um ato de mais alta seriedade e, que não pode ser desculpado e é anti-ético. “Os médicos, seja individualmente ou em grupo, têm suficiente posição social, consciência política e iniciativa para encontrar outros meios para tratar de problemas que poderiam parecer justificar uma drástica ação social e política”. Já a American Medical Association, no documento “Princípios de Ética Médica”, aprovado em 1980, definiu como princípio primeiro (entre apenas sete) que “um médico deve estar dedicado a prover serviço médico competente com compaixão e respeito pela dignidade humana”. O manual de ética médica da British Medical Association silencia a respeito do tema, enquanto os códigos francês e italiano prescrevem aos que trabalham no serviço público o envio do contrato de trabalho para aprovação pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos.

A posição dos três códigos de ética médica que vigoram no Brasil de 1965 aos dias atuais mostra algumas variações em relação ao aspecto da greve médica. De acordo com o código de ética publicado no D.O.U. de 11/01/65, em seu artigo 7:

- “Deve o médico, tanto quanto possível, ser solidário com os movimentos generalizados e justos de defesa dos interesses de sua categoria profissional.

1. Entretanto, poderá o médico deixar de solidarizar-se com os princípios éticos ou que sejam contrários os ditames de sua consciência.

2. Cometerá falta grave de ética profissional o médico que, apoiado individualmente ou de qualquer outra forma, nas assembléias, de suas associações, movimentos de reivindicação de sua categoria profissional, vier posteriormente a renegar seu compromisso”.

No código que vigorou em 25/05/84 a 25/01/88, era vedado ao médico “Renegar, sem anuência do Conselho Regional, compromisso assumido por escrito, em assembléia oficial da classe”. No código atualmente em vigor, dois artigos enfocam o aspecto da greve médica:

- Art. 15: Princípios fundamentais: “Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da medicina e seu aprimoramento técnico”.

- Art. 24: É direito do médico: “Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho

Uma análise preliminar dos vários códigos permite, em primeiro lugar, a constatação de que, em nenhum deles, se faz qualquer menção à palavra “greve”, preferindo-se eufemismo como “movimentos de defesa da dignidade profissional” ou “movimentos generalizados e justos de defesa dos interesses”. Os códigos anteriores a este também não censuravam a greve, decorrendo da sua leitura atenta antes de um estímulo cometido à solidariedade classista do que qualquer condenação da greve como anti-ética. Por outro lado, entender como fundamental o princípio da solidariedade do médico aos movimentos de defesa da dignidade profissional, como quer o código atual, implica em negar ao médico submeter aos ditames de sua consciência cada situação em particular, como ressaltava o código de 1965. Ademais, o artigo 24 do atual “Código de Ética Médica” entra em colisão com o artigo 201 do Código Penal em vigor.

A medicina é uma profissão altamente diferenciada das demais, tanto pela arte e beleza intrínsecas como pela relevância e responsabilidade frente à sociedade. O médico, porém, precisa ter condições decentes e dignas para bem exercer sua profissão, e infelizmente em muitos casos estas lhes são negadas. A reivindicação por melhores condições de trabalho e remuneração é justa, pois como pessoa o médico “tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, art. XXV).

A regra áurea da humanidade, expressa com matrizes semelhantes das sete principais regiões do mundo, recomenda fazer ao próximo aquilo que se gostaria que fosse feito consigo mesmo. A greve médica dependendo das decisões e ações realizadas, pode ferir a ética profissional em suas estruturas básicas, ou pode servir como um instrumento construtivo de informação à sociedade das reais condições de trabalho e remuneração dos médicos, cooptando-a na defesa de interesses que são comuns a partir de informações válidas e úteis. A greve é um dos instrumentos possíveis e eficazes de reivindicação, porém não o único nem o mais eficiente em todas as situações, notadamente no complexo campo da prática profissional médica.

A GREVE MÉDICA EM SERVIÇOS PÚBLICOS

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, diz a Constituição do Brasil em seu artigo 196. Apesar do texto da lei, forçoso é reconhecer o descumprimento cotidiano do artigo acima, desde os formuladores da política oficial de saúde aos seus executores nos mais diversos níveis. Preconiza ainda a Constituição, em seu artigo 198, a integração das ações e serviços públicos de saúde num sistema único, organizado com a participação da comunidade, descentralizado e voltado para o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos

serviços assistenciais. Ora, prevenir implica em educar, e como se pode educar quando as instituições públicas de assistência médica para um atendimento decente ao doente, remuneram-no mal, não avaliam o seu trabalho em função dos objetivos priorizados ou quando as escolas médicas preparam-no inadequadamente para a função a ser exercida? Atualmente, todos os obstáculos acima levantados existem e dificultam o cumprimento do texto constitucional.

O atual modelo brasileiro de assistência médica, apesar de ter incorporado algumas mudanças benéficas nos últimos anos, continua firmemente centrado na doença e reforça a dicotomia prevenir-curar, pressupondo ser mais importante a ação curativa (ou só paliativa) do que a preventiva. Remunera inadequadamente o médico e seus auxiliares. Ajuda alienar o doente da causa real de sua doença, especialmente quando esta se situa no plano psicológico ou, mais frequentemente, no plano social. Sonega informações válidas sobre a verdadeira etiologia das doenças de milhões de brasileiros, como os chagásicos, esquistossomóticos, desnutridos. Distorce, enfim, o ensino médico e ajuda a manter o status quo da atual prática médica, excessivamente dispendiosa, tecnicizada e, pior, dezumanizante.

Nos serviços públicos de saúde existem algumas diferenças significativas na relação estabelecida entre o médico e o paciente. Em primeiro lugar, cabe destacar o tempo dedicado à consulta, sendo o médico comumente obrigado atender pelo menos 16(dezesseis) pacientes por jornada de quatro horas, que raramente são cumpridas na íntegra. Em segundo lugar, e decorrente em parte do tempo de consulta, não se valoriza a resolutividade do ato médico, importando a quantidade de consultas em detrimento da qualidade e dos resultados obtidos com a intervenção médica. Por isto, não se cria efetivamente uma genuína relação médico-paciente como acontece numa clínica liberal, pois a cobrança do paciente frequentemente não encontra eco na administração dos serviços médicos, e os médicos argumentam que o pequeno tempo de consulta não lhes permite realizar uma prática como a desejada (exceção recente foi conseguida pelos médicos homeopatas, através da Resolução Ciplan 004/88, autorizando-os a atender de 4 a 8 pacientes por jornada de 4 horas. Afinal, como oportunidade adverte Lopes (1980), "o mais grave delito médico é a coisificação do doente, e isto não está codificado".

A insatisfação dos usuários e dos prestadores de serviços médicos na rede pública é mútua: os doentes são em geral mal atendidos e os médicos são mal remunerados e obrigados a atender um elevado número de pacientes, em condições técnicas frequentemente inaceitáveis. Impossibilitados de eles próprios fazerem uma greve por um serviço que estão pagando ao Estado e do qual não recebem a contra-partida devidos, os usuários são então confrontados pela greve dos médicos. Greve que, com raríssimas exceções, diz respeito a reivindicações financeiras por parte dos médicos. como bem demonstra a literatura médica recente, em países tão diversos como a França (Drobinski et al, 1983), Austrália (Green & Castaldi, 1985), Israel (Slater & Ever-Hadani, 1983), Canadá (Stevenson et al, 1988) e Brasil, como é exemplo a greve iniciada em agosto de 1989 pelos funcionários públicos do município de São Paulo e onde a adesão inicial foi maior entre os servidores da área de saúde.

A greve médica mais longa e melhor estudada no passado recente se deu em Israel

de 2 de março a 26 de junho de 1983, motivada por uma disputa salarial entre o governo e a Associação Médica de Israel. Entre outros estudos, constatou-se que não houve aumento na mortalidade em Jerusalém no período da greve (Slater & Ever-Hadani, 1983), nem diferença na mortalidade perinatal ou nos índices de apgar (Bukovski et al, 1985). Por outro lado, um número elevado de pessoas com sintomas médicos decidiu não procurar qualquer ajuda médica durante a greve (Slater et al, 1984), observação notada especialmente entre a população de mais baixa renda em função da cobrança de uma taxa adicional de US\$ 14 aos pacientes ambulatoriais (Pipel et al, 1985). Tal peculiaridade levou Barnoon e colaboradores (1987) a concluir, após enquete entre a população, que ocorreu uma percepção muito mais acentuada de danos à saúde decorrentes da greve pelos segmentos mais fracos economicamente do que entre o segmento mais afliente.

A análise crítica das greves médicas serve de subsídios para importantes questionamentos sobre a eficácia e eficiência dos cuidados médicos prestados bem como ilumina a controvertida questão das necessidades de atenção médica e dos usuários do sistema nacional de saúde. A greve médica, nos serviços públicos de saúde, não envolve apenas dois personagens, a categoria médica e o governo, mas arrola também o usuário dos serviços médicos. E qual é o perfil do usuário nos serviços médicos públicos no Brasil? Trata-se de uma população suficientemente esclarecida e economicamente bem situada? As evidências parecem indicar que os serviços públicos de saúde são utilizados pela população de mais baixa renda e nível educacional, que não dispõem muitas vezes de recursos financeiros para aviar os medicamentos prescritos pelo médico ou de seguir recomendações básicas de higiene corporal por absoluta falta de condições materiais e até culturais.

As consequências maiores da paralização dos serviços médicos da rede pública brasileira é sobre a camada mais injustiçada e sofredora da população brasileira. As pessoas são iguais perante a lei, mas na prática são todas diferentes. "A vida, é a diferença das forças, da saúde, das chances de resistência, não a igualdade do direito", diz Bruaire (1978, p.25), alertando para as escolhas seletivas que são feitas no decorrer da vida em função de privilégios de nascimento, fortuna, posição social. Trata-se no caso, de uma opção ética, individual e irrecorrível, de cada médico envolvido no setor público diante de uma deflagração de greve no sentido estrito, com paralização dos serviços oferecidos à população.

A diferença na prestação dos serviços médicos a pessoas ricas ou pobres já acontece há mais de dois milênios. Platão, nas **Leis**, comentando a existência de médicos livres e de médicos escravos que os serviam, assim se expressava:

"Desde que há, nas cidades, entre os doentes, aqueles que são livres e os que são escravos, imagino que, comumente, são os escravos que cuidam de seus semelhantes, seja indo de um lugar a outro ou sem deixar seus dispensários; nenhum destes médicos dá nem aceita explicação alguma sobre os casos individuais dos distintos escravos, mas prescreve o que o empirismo lhe sugere, como se estivesse perfeitamente informado, adotando a postura de um tirano, e logo após atender este acorde com grande rapidez e atender outro escravo doente; desta forma descarrega em seu dono a tarefa de cuidar dos

doentes. O médico livre, ao contrário, cuida e examina, como coisa ordinária, as doenças das pessoas livres; estuda a doença desde o seu início e segundo seus fundamentos naturais; troca impressões com o próprio doente em com os amigos e familiares deste, vai informando o paciente na medida em que é possível, sem lhe prescrever nada até que o tenha convencido disto; e então, ajudado pela persuasão, tranquiliza e prepara continuamente o seu doente, até alcançar levá-lo pouco a pouco à saúde" (p. 1342-3).

Além da paralização pura e simples, restam muitas outras alternativas de enfrentamento com o governo por melhores salários e condições de trabalho, prejudicando minimamente, e seletivamente, a população carente e sofrida. A decisão é fruto da consciência individual de cada médico e da consciência coletiva da classe. Os médicos são os chefes das equipes de saúde, os que detêm maior autoridade e responsabilidade. Nas greves, a posição dos membros da equipe médica dependerá muito do exemplo dado pelo líder, como têm demonstrado em algumas greves recentes em hospitais universitários. A liderança do movimento grevista não pode ser dividida com setores alheios ao conhecimento médico, sob pena de graves deformações éticas. A responsabilidade é um atributo indelegável, e como dizia Peixoto (1914) há 75 anos atrás, "o respeito que a sociedade deve a profissão médica só continuará justificado se, além de a sentir capaz, a souber responsável" (p. 537).

CONCLUSÃO

Os conflitos de interesses fazem parte da filosofia social na vida dos povos. A greve, como um dos instrumentos de pressão para resolver situações conflitantes, foi progressivamente sendo aceita pelos ordenados jurídicos de nações as mais diversas, entre as quais o Brasil, inclusive para os funcionários públicos, cabe refletir sobre o exercício deste direito por parte de médicos remunerados pelo setor público.

A Medicina é uma profissão, e não uma ocupação, com características bastante peculiares em características em relação às demais, com uma ampla autonomia que lhe é condicionada pela própria sociedade, com a qual mantém estreita interação. O médico, como agente na medicina, deve pautar sua conduta profissional por valores que são coerentes com a finalidade da Medicina, colocando os interesses, direitos e bem-estar do paciente acima de todas as outras considerações, como recomendam os códigos de ética médica. Entretanto, como cidadão, com necessidades e aspirações, tem o direito de receber uma remuneração condigna pelo trabalho efetuado bem como dispor de condições aceitáveis para realizar as suas atividades. Diante da negativa destes requisitos, uma das opções mais utilizadas pelos médicos tem sido a mobilização da categoria através de greves.

As greves médicas nos serviços públicos, dirigidas contra o governo, atingem porém de forma diferenciada os diversos segmentos da população, com especial patrimônio material. Com a concentração de renda engendrada pelo modo de população capitalista nas mãos de alguns poucos e a exacerbação das diferenças entre a classe patronal e a classe proletária, só restava aos trabalhadores a união entre si para poder transformar o regime social vigente, como pregava o "Manifesto Comunista" em 1848. A existência dos

sindicatos e uniões passou a ser um fato progressivamente aceito pelos vários países capitalistas, estabelecendo-se então uma nova etapa na resolução nos conflitos de trabalho.

As expectativas e necessidades diferenciadas de empregados e patrões, indivíduos e organizações movimentam uma dinâmica de reivindicações, direitos e deveres mútuos, o que levou Argylls (1975) a duvidar da possibilidade de maximização do relacionamento indivíduo-organização. A essência do problema da integração indivíduo-organização, segundo Chiavenato (1978), está na atração e seleção mútua destes, no sentido de que os indivíduos encontrem as organizações mais adequadas às suas necessidades e aos seus objetivos, e as organizações encontrem indivíduos mais adequados às suas expectativas, desenvolvendo-se a partir daí um relacionamento de crescimento conjunto dos indivíduos e da organização.

Etimologicamente, aceitam os estudiosos do Direito do Trabalho que a palavra greve origina-se do francês grève, conforme destaca Ruprecht (1979):

"A Etimologia da palavra greve deriva do francês grève. É conhecida a circunstância que os trabalhadores se reuniam em Paris, na Praça da Municipalidade ou Place de Grève, que era um terreno baldio, no qual se havia acumulado uma grande quantidade de areia e pedregulho, que era o que dava lugar ao mencionado nome. Ali se efetuava a contratação dos trabalhadores; quando estes estavam desconformes com as condições de seu trabalho, se reuniam naquele lugar, isto é, se colocavam em grève, à espera de melhores ofertas. Dali passou à literatura jurídica trabalhista".

Doutrinadores de diferentes nacionalidades têm elaborado conceituações de greve, valendo-se de idéias gerais que sofrem necessariamente a influência da legislação vigente em cada país. Estas são algumas definições de greve:

"... interrupção coletiva e combinada do trabalho, por um certo número de trabalhadores da mesma profissão ou empresa, tendo um objetivo de luta a fim de que seus fins venham a ser atingidos". (Boldt, 1961)

"... toda interrupção de trabalho, de caráter temporário, motivada por reivindicações suscetíveis de beneficiar todo ou parte do pessoal e que é apoiada por um grupo suficientemente representativo da opinião obreira" (Durand, 1961)

"... pela natureza, uma abstenção do trabalho que vem sendo proclamada com o fim de obter a composição de uma controvérsia de interesses" (Tarello, 1972)

"... abstenção da prestação do trabalho por um grupo de trabalhadores; como instrumento de pressão para realizar objetivos comuns" (Ibo Xavier, 1985)

"... greve legal é abandono coletivo e temporário do trabalho, deliberado pela vontade da maioria dos trabalhadores de uma seção, de uma empresa ou de várias

empresas, e realizada nos termos previstos nesta lei, com objetivo de obter reconhecimento de direitos ou o atendimento de reivindicações que digam respeito à profissão" (Vianna, 1986).

Após a análise das definições acima, pode-se conceituar a **greve médica** como a suspensão temporária e combinada, total ou parcial, da prestação de cuidados profissionais médicos, por tempo indeterminado, para a obtenção do reconhecimento de uma prestação de caráter econômico ou profissional. Não se deve confundir, neste conceito, a greve médica referente apenas aos profissionais pertencentes à profissão médica com a greve em serviços médicos, englobando também o pessoal paramédico que complementa o trabalho médico propriamente dito.

O núcleo do conceito de greve, em resumo, está representado pela paralização temporária e combinada do trabalho, que representa a condição necessária para a ocorrência de uma greve. Os demais aspectos, concernentes à delimitação no tempo e no espaço ou referentes à finalidade e extensão da greve, são complementares ao núcleo acima, e variam de acordo com cada legislação. Impõe-se, por isto, a análise do ordenamento jurídico brasileiro para compreender o conceito de greve e suas consequências sob o ponto de vista jurídico.

A GREVE MÉDICA E OS DISPOSITIVOS LEGAIS BRASILEIROS

Reza a Constituição Brasileira, em seu artigo 9º, que "é assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender", e adiante no parágrafo 1. que "a lei definirá os serviços ou atividades essenciais e disporá sobre o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade", sujeitando os responsáveis por abusos cometidos às penas da lei (parágrafo 2.)

A greve, quanto à sua natureza jurídica, tem sido considerada diferentemente por diversos autores. Em termos legais, ela tem sido discutido como um fato, uma liberdade ou um direito. A legislação brasileira posicionou-se a favor da teoria da greve como direito, atualmente a teoria com maior número de adeptos e que melhor explica a sua natureza jurídica (Nascimento, 1989). Neste contexto, a greve pode ser considerada como uma auto-defesa conferida pelo ordenamento jurídico aos trabalhadores para que possam impor sua vontade na busca do alcance de melhores condições salariais e de trabalho.

Aos servidores públicos civis, da administração pública direta, indireta ou fundacional, garantiu a constituição o direito à livre associação sindical e à greve, nos termos e nos limites definido em lei complementar (artigo 37, incisos VI e VII). As constituições anteriores não contemplavam este direito, negando sistematicamente a greve nos serviços públicos, com a concordância de juristas como Ferreira (1989) para quem "a interdição da greve nos serviços públicos prestados pelo Estado, ou por concessionários, é ditada pela necessidade imperiosa de salvaguardar os superiores interesses da comunidade. Se o Estado existe para assegurar o bem comum, não se compreende como possa ele reconhecer como lícito o exercício de uma atividade que, para conquistar o bem de alguns fere e sacrifica o bem de todos" (p. 308). No plano teórico, apesar da constituição

dar guarida à greve de funcionários públicos, o direito de greve não pode ser exercido pelo servidor público antes da publicação de lei complementar sobre o tema Saad, 1989. No plano prático, porém, as greves têm se sucedido sem qualquer manifestação de força por parte do Poder Público.

O texto constitucional tem sido interpretado e comentado de diferentes perspectivas. Para Bastos (1989), a nota mais característica do texto constitucional referente à greve é a sua excessiva liberalidade. "O asseguração de um direito de greve, acompanhado da liberdade de escolha dos motivos desta paralização, assim como da oportunidade de exercê-la, acaba por configurar quase que um repúdio ao dever de trabalhar" (p. 537). Na opinião deste autor, o artigo 9. deixa entrever um grevismo irresponsável, gratuito e informe. Opinião semelhante é compartilhada por Ferreira (1989) em relação à extensão do direito de greve ao funcionalismo público, que "provavelmente desestabilizará o país, o que de resto, é o grande interesse da esquerda, que foi dominante na Comissão de Sistematização da Constituição" (p. 461).

Diferente é o ponto de vista de Nascimento (1989), para quem "não me parece que a Constituição tenha consagrado a liberdade de greve num sentido lato e de modo a afastar qualquer tipo de limitação ou, mesmo, qualquer possibilidade de declaração de legalidade ou ilegalidade da greve" (p. 308). Não se pode negar, entretanto, a vitória dos interesses sindicais sobre os do empresariado e do governo na definição do texto constitucional referente à greve, incorporando idéias presentes em constituições de outros países como Portugal (1976) - definição pelos trabalhadores da oportunidade de interesses a serem defendidos - e Espanha (1978) - autorização de greve das atividades essenciais com garantias da manutenção dos serviços mínimos necessários.

Em síntese, a Constituição de 1988 representou uma alteração substancial em relação a modelos constitucionais anteriores ao tocante à greve, garantindo o direito quase universal (excetuando os militares) mas contrabalançando a liberdade concedida ao consagrar o princípio da responsabilidade pela admissão da figura do abuso de direito. Vale dizer, a nova Constituição substituiu a noção de greve ilegal pela de greve prejuízo para as pessoas de menor renda econômica. O respeito ao ser humano, base das concepções filosóficas em medicina, é não raras vezes quebrado em situações de greve médica. Ademais, outras alternativas de resolução do conflito poderiam ser solucionadas, evitando-se um confronto desnecessário com extensos (e sofridos) setores da sociedade brasileira, com repercussões negativas para a profissão médica. Uma greve de médicos não pode ser comparada a greves em outras categorias ocupacionais, havendo no momento a necessidade de uma reflexão crítica e criativa sobre as formas mais produtivas de enfrentamento com as autoridades governamentais, onde obviamente não se exclui a paralização temporário e combinada, total ou parcial, da prestação de cuidados profissionais médicos, por tempo indeterminado.

O médico exerce o papel central nos serviços de saúde e suas atitudes e comportamentos influenciam decisivamente nas condutas dos demais membros. A defesa dos interesses pessoais nem sempre se harmoniza com a proteção dos interesses coletivos. Cabe a cada médico, em particular, ouvida a sua consciência e sentida a necessidade de uma melhor qualidade de vida, escolher. Como cidadão, e como

representante de uma profissão voltada para ajudar as pessoas e servir a sociedade, o médico é livre para escolher, mas é responsável civil, penal e éticamente - por suas escolhas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVIM, A. Da inexecução das obrigações e suas conseqüências. 4ª ed. São Paulo, Saraiva, 1980.
2. ARGYRIS, C. A integração indivíduo-organização. São Paulo, Atlas, 1975.
3. BARNNON, S. et. al. Perceived health damages during a physician's strike in Israel. *Health Serv. Res.*, 22(2):4155, 1987.
4. BASTOS, CR. e MARTINS, IG. Comentários à Constituição do Brasil. São Paulo, Saraiva, v. 2, 1982.
5. BOLDT, G. La grève et le lockout en droid allemand. In: *Le droid du travail dans la communauté. Luxemburgo. Communauté européen du charbon et de l'acier*, v. 5, p. 96, 1981.
6. BRUAIRE, C. Une éthique pour la médecine. Paris, Fyad, 1978.
7. CIAVENATO, I. Administração de recursos humanos. São Paulo, Atlas, 1979. v. 1.
8. CINTRA, AC; GRINOVER, AD. e DINAMARCO, CR. Teoria geral do processo. 6 ed. São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, 1986.
9. DONNANGELO, MCF. Medicina e Sociedade; o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975.
10. DROBINSKI, G. et al. Medical strikes in France. *Ann. Int. Med*, 99(6):862-2, 1983.
11. DURAND, P. La grève et le lockout en droid français. In: *Le droid du travail dans la communauté. op. cit.*, p. 207.
12. FERREIRA, WJ. Comentários à constituição de 1988. Campinas, Julex, v. 1, 1989.
13. FRANÇA, GV. Direito Médico. . 4. ed. São Paulo, Fundo Editorial Byk, 1987.
14. FREIDSON, E. Profession of medicine. New York, Harper & Aow, 1970.
15. GREEN, D. & GASTALDI, PA. A crisis in Australian medicine; doctors' responde to the introduction of government-sponsored universal health care. *N. Eng. J. Med.*, 312:62, 1985.
16. HIPPOCRATES. Hippocratic writings. Chicago, RM. Hutchins. Col. Great books of the western world, Enc. Britannica, 1952.
17. JONSEN, AR. Do no harm. *Ann. Intern. Med*, 88: 827, 1978.
18. KASS, LR. Ethical dilemmas in the care of the ill; I. What is the physician's service?. *JAMA*. 244(16):1811, 1980.
19. LOBO XAVIER, BG. Direito de greve. Lisboa, Verbo, p. 55, 1985.
20. LOPES, JL. A ética médica na formação do profissional de medicina. *Rev.*
21. McKEOWN, T. The role of medicine; dream, mirage or nemesis? Oxford, Basil Blackwell, 1984.
22. NASCIMENTO, AM. Direito do trabalhador na constituição de 1988. São Paulo, Saraiva, 1989.
23. PEIXOTO, A. Elementos de medicina legal. 2. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1914.

24. PILPEL, D. et al. Coping with health services disruption, perceiving need and utilizing available services disruptin during a doctor's strike. *Med. Care*, 20(12):1372-80, 1985.
25. PLATÃO. *Obras completas*. Madrid, Aguilar, 1977.
26. PRUNES, JLF. *A greve no Brasil*. São Paulo, LTr, 1986.
27. RUPRECHT, A. *Conflitos coletivos de trabalho*. São Paulo, LTr, 1979.
28. SAAD, EG. *Constituição e direito do trabalho*. São Paulo, LTr, 1989.
29. SILVA, De Plácido. *Vocabulário Jurídico*. Rio de Janeiro, Forense, v.III e IV (edição universitária), 1987.
30. SLLATER, PE. et al. Patterns of emergency departament use during the Israel doctor's strike. *J. Emerg. Med.*, 2:111, 1984.
31. SLATER, PE. & EVER-HADANI, P. Mortality in Jerusalem during the 1983 doctor's strike. *Lancet*, 2:1306, 1983.
32. STEVENSON, HM. et al. Medical politics and canadian medicare; professional response to the Canada health act. *Milbank Q.*, 66:65, 1988.
33. TARELLO, G. *Teorie e ideologie nel diritto sindacate*. Milano, Edizioni di Comunità, p. 65, 1972.
34. VIANNA, JS. *Greve*. Rio de Janeiro, Renovar, 1986.

A respeito do assunto vide "ARQUIVOS" Nºs 24 e 25

Código Civil

Art. 159 - "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência violar direito ou causar danos, prejuízos a outrem, fica obrigado a reparar o dano".

OBRIGAÇÃO DE MEIO OU RESULTADO?

Margareth Zanardini *

Em inúmeras consultas temos dado nossa opinião a respeito da responsabilidade civil dos cirurgiões plásticos.

A responsabilidade civil consiste na obrigação de reparar o dano, de todo aquele que, por ação ou omissão involuntária, imprudência, negligência ou imperícia, violar direito ou causar prejuízo a outrem, sendo tal responsabilidade independente da criminal.

Pela teoria da responsabilidade objetiva, quem lucra com o exercício de uma atividade deve indenizar o dano oriundo desta atividade.

A teoria subjetiva impõe a prova da culpa ou dolo.

Já a do risco sustenta que todos assumem os riscos das atividades que se propõem.

Temos observado, no Paraná, que alguns dos cultores do Direito Civil têm se manifestado contrários à obrigação do cirurgião plástico em indenizar pacientes insatisfeitos com os trabalhos contratados.

Tais juristas têm baseado suas afirmações no grande mestre sobre o tema no Brasil, que é Aguiar Dias, tendo, aqueles, contudo, mais das vezes, s.m.j., ora se equivocando na interpretação das lições daquele doutrinador, ora demonstrando desatualização com a matéria.

A tese de que o profissional médico se responsabiliza pelos meios e não pelos resultados a serem obtidos, sendo assim a responsabilidade dos mesmos de natureza extracontratual é viável nas especialidades outras que não a cirurgia plástica, quando esta for de natureza cosmetológica.

A par do dano estético observamos crescente corrente doutrinária sobre o cabimento do dano moral.

A jurisprudência tem acatado o cabimento de ambos, como em caso julgado em 1985 em Santa Catarina (Ap 22552) que asseverou:

“Reparação de Dano Estético e Moral - O dano estético é uma lesão a um direito à personalidade, o direito à integridade física, especialmente na sua aparência externa. Como todo direito da personalidade, todo dano que seu titular venha a sofrer vai ter consequências materiais, principalmente morais, portanto morais, portanto, não se pode conceber prejuízo estético que não seja também prejuízo moral, pois a pessoa a partir da lesão está menos feliz do que era antes. Portanto, tal ofensa deve ser criteriosamente indenizada, apesar da

* Advogada

controvérsia de sua admissão."

Mais recentemente, a 5ª Câmara Cível do RJ na Apelação 4723/89 foi ainda mais veemente afirmado:

"Ação de indenização por danos decorrentes de cirurgia plástica nos seios e no abdômen, resultado não atingido satisfatoriamente.

Procedência do pedido para condenar os réus ao pagamento das despesas necessárias à realização de novas operações de reparação das lesões.

Verba que se concede, de dano estético, arbitrada, no caso, em cinquenta pisos nacionais de salário."

O exame dos autos está a demonstrar que se trata de obrigação de resultado, e não de meio".

Também é de autoria de Dias a seguintes conclusões:

"Por força de nossa extrema responsabilidade, chegamos a conclusão que a operação plástica embelezadora envolve obrigação de resultado, por imposição da própria promessa que a cerca: a modificação da imagem natural para criação da imagem mais bela."

Os cirurgiões plásticos prometem corrigir, os médicos não prometem curar.

É evidente determinadas limitações do cirurgião. Estas, contudo, devem ser cuidadosa e especificamente alertadas ao paciente.

Não se trata de exigir do médico o dom da infalibilidade. Ao contrário, deste partir a humildade necessária de acatar a hipótese de eventual erro.

Nos países mais adiantados existe a figura do seguro de responsabilidade civil a cobrir as indenizações.

Infelizmente, em nosso país, não chegamos ainda à difusão deste procedimento, embora já se levante a questão, como conveniente a ambas as partes.

É necessário que haja maior conscientização, tanto pela população como nos meios jurídicos, que não apenas os bens materiais são indenizáveis.

É absurdo aceitar que um dano de um automóvel deva ser reparado, mas uma ofensa à honra ou à personalidade do indivíduo não o seja.

É conhecido o acomodamento de nosso povo às injustiças e ilegalidades de que são vítimas, bem como o obstinado silêncio dos pares esculápios sobre as falhas de que têm notícia.

Mas, com a disseminação de ações de dano estético e/ou moral, a reticência dos segmentos jurídicos mais ortodoxos vem sendo paulatinamente vencida no sentido de acatá-las integralmente.

Transcrito da Gazeta do Povo 23/04/91

SOLIDARIEDADE NA CLASSE MÉDICA

Parecer CREMERS 31/89

1. Trata-se de consulta formulada por médico, solicitando Parecer sobre o disposto no artigo 7º, parágrafo 2º do Código de Ética Médica, que o consulente afirma ser dispositivo legal respaldado pela Lei nº 3268/57, "no que diz respeito ao médico que renega seu compromisso com sua classe". O consulente encerra a consulta, afirmando que o Código de Ética vigente parece ser omissivo, havendo vaga referência a tal respeito nos artigos 15 e 78.

2. Em primeiro lugar, deve ser destacado que o artigo 7º do Código de Ética Médica, invocado pelo consulente, não tem nenhum parágrafo, devendo ter havido equívoco na formação da consulta, quando referido o parágrafo 2º do artigo 7º do Código de Ética Médica.

3. Não encontrei qualquer relação ou conexão entre os artigos 7º e 78 do Código de Ética Médica, citados pelos consulentes, frente ao artigo 15 do mesmo Código, que é bem explícito, constituindo o fundamento legal e a solução da dúvida proposta pelo consulente.

4. Efetivamente, o artigo 15 do Código de Ética, imperativamente, estabelece que todo médico têm obrigação de ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional do médico em três situações:

- a. remuneração condigna;
- b. melhores condições de trabalho, compatibilizando o exercício profissional com a ética, posto que a observância dos critérios éticos, direcionados basicamente para o paciente, supõe boas condições de trabalho para o profissional;
- c. propostas para um melhor aprimoramento técnico das atividades médicas.

5. Nos casos acima referidos, o médico está obrigado a se solidarizar com os movimentos da classe, tenha ou não aderido formalmente às manifestações respectivas.

6. Se o médico desatende o apelo da solidariedade nas proposições antes referidas, estará praticando falta ética. Mais grave será a infração, se houver participado da sua formação ou desenvolvimento.

7. No último caso, enquadrar-se-ia o objetivo da consulta, pois estaria renegando compromisso com sua classe.

8. Assim, está claro que o artigo 15 do atual Código de Ética Médica contempla a hipótese formulada como objeto da consulta, ou seja, o médico que tinha obrigação de ser solidário, solidarizou-se e, depois, reconsiderou sua adesão. Tal retratação constitui falta ética.

9. A falta ética, como de regra qualquer infração, resulta da violação do dever ou da regra de comportamento exigida na lei. O médico tem o dever de ser solidário. Infringiu o dever da solidariedade. Praticou falta ética.

10. A enunciação de uma conduta, numa hipótese legal definidora de uma infração, não é constituída exclusivamente pela regra enunciada em sentido negativo. Pode ser descrita, também, de forma positiva e afirmativa.

11. Em conclusão, o médico que se retrata, em algumas das razões enfocadas no artigo 15 do Código de Ética Médica, pratica a infração ao artigo 15 do mesmo Código.

É o parecer.

Porto Alegre, 26 de outubro de 1989.

Dr. Emilio Alberto Maya Gischkow
Consultor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/11/89

Código Civil - Art 1545: "Os médicos, cirurgiões, farmaceuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano sempre que da imprudência, negligência ou imperícia em atos profissionais resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento".

REPRODUÇÃO HUMANA

Questões Éticas na Atualidade

Carlos Ehke Braga Filho*

Não é difícil a percepção da defasagem entre o que preceitua a ética e a realidade da medicina em razão dos objetivos éticos que raramente se conciliam com objetivos econômicos ou mesmo políticos.

E progressivamente vemos o abandono da visão ética na reprodução e na anticoncepção que devem visar o planejamento familiar e com ele o sustento, guarda e educação dos filhos para que o ser humano tenha uma existência digna para alcançar a felicidade e a paz social.

Não é possível conciliar o amor sem planejamento familiar e sem ele os recursos econômicos indispensáveis à educação, alimentação, moradia, saúde e lazer.

O grande pensador católico Padre CHARBONEAUX se posiciona no sentido de que a limitação dos nascimentos é um dever dos pais, mas é também dever do médico oferecer ao casal os recursos para evitar uma gravidez indesejada.

Na anticoncepção são aceitáveis sob a visão ética e científica os seguintes métodos que oferecem eficácia: anticoncepção hormonal, dispositivos intra-uterinos e laqueadura ou vasectomia; são aceitos embora possuam eficácia relativa os métodos comportamentais e os métodos de barreira.

Em relação a anticoncepção nos restringimos ao comentário da anticoncepção cirúrgica em razão de tema que comporta divergências doutrinárias e que tem sido objeto de informações errôneas, preconceituosas tanto pelos que a defendem como por aqueles que não o aceitam.

LAQUEADURA ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS

Benjamin 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

* Prof. Adjunto de Medicina Legal e Deontologia Médica da UFPR, Médico do Instituto Médico Legal, Advogado e Conselheiro do CRM/PR

limitar a prole e amparada no preceito de ser a dona de seu próprio corpo.

A Constituição em seu artigo 226 parágrafo 7º preceitua: fundada nos princípios da dignidade humana e na paternidade responsável, o planejamento familiar e 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 deveres de ambos os cônjuges, 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 formam 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 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 repetir que a laqueadura, e por analogia a vasectomia, seriam infrações ao Código Penal em razão da existência de lesões corporais gravíssimas. Vamos arrolar alguns argumentos para reflexão e que demonstrem de forma transparente que nestas 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 "animus laedendi"; vontade de lesar. O médico não possui vontade de lesar, agredir, o 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 supra-legal, traduzindo-se pela renúncia do ofendido à proteção jurídica desde que observados os requisitos de capacidade do agente, consciência no consentimento que deve ser esclarecido e no bem jurídico disponível, caracterizando por corrente prevalente na doutrina que argumenta na não punição da auto-lesão, considera o corpo humano, em tese, bem jurídico disponível. "A nosso ver a integridade corporal também é bem jurídico disponível será válida a manifestação da vontade de quem é capaz de discernimento sendo indispensável que o agente tenha consciência do consentimento" (Heleno Claudio Fragoso).

Deve existir consentimento do casal, pois a capacidade procriativa não constitui bem estritamente individual, mas sim, bem comum entre os cônjuges. Em razão do exposto o consentimento tornaria o ato irrelevante ao direito penal;

4 - o "princípio da adequação social" (Welzel) 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 mais dela necessita e que esta 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 suas consequências, cabendo ao Estado a obrigação de atender esse direito.

Já em relação aos aspectos éticos e legais na concepção analisaremos a inseminação artificial homóloga e heteróloga, fertilização in vitro e útero de aluguel, o qual abordaremos de imediato.

ÚTERO DE ALUGUEL

Condenado pela Igreja Católica em pronunciamento do PAPA JOÃO PAULO II: **“Condeneo de modo explícito e formal as manifestações experimentais do embrião humano, porque o ser humano desde a concepção até a morte, nunca pode ser instrumentalizado para nenhum fim”**.

Criticado pelo Prof. LUIZ FERNANDO BRAGA: **“Considero uma violência contra a dignidade humana incomensuravelmente maior do que a violência que é vítima a mulher que não pode ser mãe”**.

A primeira experiência foi na Inglaterra em 1985, onde foi utilizada KIM COTTOM como mãe de aluguel ainda no mesmo ano na Grã-Bretanha, foi proibido o útero de aluguel em caráter comercial.

Já em 1987 surge a primeira polêmica jurídica como caso BABY-M, que resumidamente assim se passou: O casal WILLIAN STERN, e ELIZABETH contratada por 10.000 dólares MARY BETH WHITEHEAD para gerar um filho como esperma de WILLIAN. Com o nascimento da criança, MARY BETH devolveu o dinheiro e quis ficar definitivamente com a posse e guarda da criança. O casal STERN inconformado aciona judicialmente MERY BETH e no final o juiz deu razão ao casal STERN, sob o argumento de que seriam melhores pais.

O tema é emotivo e apelativo, e já deu margem a um filme sobre o caso MARY BETH e está sendo popularizado pela Rede Globo na novela “Barriga de Aluguel”.

O professor ANCONA sobre o tema nos ensina: a busca neurótica de gerar um filho revela que os pais não são ou não duram muito tempo como um modelo de equilíbrio psíquico.

Temos dúvida sobre o desenvolvimento psíquico desta criança, fruto da busca narcisista da superação do impossível. Outro ponto é a ruptura do liame de gerações.

Do ponto de técnico não entraremos em detalhes, mas há três hipóteses:

- 1 - simples empréstimo do útero;
- 2 - empréstimo do útero e do óvulo;
- 3 - doação do embrião ou óvulo para ser gestado no útero alheio.

ASPECTOS JURÍDICOS E SOCIAIS

acarreta inúmeros problemas jurídicos, tais como: herança, filiação, indenização em caso de morte da criança por culpa direta ou indireta da mãe de aluguel, cobrança de honorários, exploração do pobre, pois a mulher pode evitar o incômodo da gestação e servir-se de outra alugando seu útero.

ASPECTOS ÉTICOS E MÉDICOS

Ficam sem solução ética as seguintes situações que podem ocorrer:

- necessidade de interrupção da gravidez;
- riscos da gestação e perigo de vida da mãe;
- estado psíquico da mãe de aluguel;
- soluções em caso de má-formação fetal;
- uso de drogas por parte da mãe de aluguel.

Em razão do exposto e baseado na preocupação em melhorarmos o nível de vida e as prioridades sociais para a população brasileira, opinamos pela urgente proibição legal expressa dessa experiência.

INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL

É o ato de se depositar o semem colhido por masturbação, diretamente na vagina, no colo do útero ou na cavidade uterina.

TIPOS

- 1) HOMÓLOGA: quando se usa o semem do marido.
- 2) HETERÓLOGA: quando se usa o semem do doador.

ASPECTOS ÉTICOS OU LEGAIS

A inseminação **homóloga** não constitui qualquer infração legal ou moral.

Já a **heteróloga** era expressamente vetada conforme preconizava o Código de Ética Médica anterior (1965), foi omitido no Código Brasileiro de Deontologia Médica e no atual é citada de forma genérica no artigo 68, apenas no sentido de que o médico deve realizá-lo quando há acordo entre os participantes e devem ser fornecidas todas as informações, portanto pressupõe que o ato é ético.

Embora o Código de Ética Médica nada fale da Inseminação Artificial Heterológica ela é proibida por suas implicações legais.

Nos países onde ela é permitida normalmente se obedece as regras estipuladas por Guttmacher:

- participantes anônimos;
- tratamento individual;
- não ter pressa na inseminação;
- autorização por escrito;
- aceitação da maternidade por parte do marido;
- cobrar pouco.

A proibição da Inseminação Artificial Heterologa se prende aos problemas de ordem jurídica relacionadas ao: adultério, casamento, filiação e herança, há também o exesso de crianças abandonadas como argumento social, o que contra-indica sua prática.

A Inseminação Artificial Homóloga para ser realizada necessita de consentimento expresso do casal, orientação de consequências e uma rotina bem executada de diagnóstico da esterilidade conjugal com as seguintes principais causas: incompatibilidade muco semem imunológico, estenose de canal cervical, hipospádia, dificuldade de

realização do coito vaginal e alterações de morfologia, quantidade e mortilidade dos espermatozoides.

CUIDADOS ÉTICOS

- em semêem não congelado: receber o semêem diretamente das mãos do marido e sob suas vistas colocá-lo na mulher, sempre que possível.

- em semêem congelado: colocá-lo em cofre lacrado e com a identificação do emitente e retirá-lo na presença do interessado.

Como cautela aconselha-se que exista parecer da Comissão de Ética do Hospital ou centro médico que realizará a intervenção.

FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIVET)

A primeira experiência foi em 1978 na Inglaterra com LOUISE BRAWN. Enquanto a fecundação é o encontro dos gametas "in vivo", a fertilização é o encontro dos gametas no laboratório.

Não analizaremos a técnica, apenas nos utilizaremos da explicação do professor NILSON DONÁDIO no Forum Nacional sobre a ética médica: **"A mulher submetida a fertilização extra-corpórea, usa medicamentos para induzir a ovulação, depois é submetida a laparoscopia para a captação dos óvulos. O que faz o médico: apanha o óvulo que a trompa não apanhou e o leva para o laboratório, onde se junta o sêmem do marido aos óvulos porque a trompa não o faz e depois transfere o embrião para o útero. É apenas um processo muito próximo do natural, apenas dá-se uma mão à natureza que falhou".**

Antes de discutirmos a eticidade do método, devemos esclarecer que exige-se que o sêmem seja do marido, que existe um esclarecimento completo do assunto ao casal a respeito da indicação, contra-indicações, segurança do método, riscos, implicações éticas e jurídicas e outros.

Na nossa avaliação é necessário que com urgência se lute para regulamentação e restrições de práticas dessa natureza (como propõe o desembargador OTO SPONHOLZ), pois na ética atual há inúmeros problemas éticos e jurídicos, tais como:

- 1 - perda de embriões;
- 2 - embriões desprezados;
- 3 - utilização de embriões com fins experimentais e até terapêuticos;
- 4 - índice elevado de aborto espontâneo (26%);
- 5 - média de nascimentos - baixa em relação ao número de embriões perdidos;
- 6 - é prática usual provocar aborto quando se diagnostica má-formação;
- 7 - alto índice de presença de má-formação (40%);
- 8 - 9 (nove) em 100 (cem) chegam a nascer;
- 9 - com estas experiências a criatura humana passa a tornar-se mercadoria comercial.

Um de seus poucos pontos positivos é que a fecundação extra-corpórea demonstra que o ser humano começa a existir no começo da concepção, isso é constatação experimental independente da opinião pessoal, religião ou ética, pois em relação ao início da vida há predominantemente três teorias: com a fecundação defendida entre outros por

Freire Maia, outros falam na nidação da mulher com melhor critério e modernamente vem ganhando adeptos, à teoria de homilização com a formação do córtex cerebral. A fecundação artificial, a gravidez tubária e a gravidez abdominal sepultam definitivamente a teoria da nidação como marco de início da vida humana.

E para encerrar cito o Mestre GENIVAL VELOSO DE FRANÇA: **“Mesmo admitindo-se a validade do processo desse ramo das Ciências Biológicas, não se pode omitir a inviabilidade desse processo frente às mais imperiosas e iminentes necessidades das populações carentes do mundo inteiro, melhor seria a alternativa mais solidária e mais humana em favor dos “bebês de sarjeta” marginalizados, sofridos e abandonados nas creches e orfanatos, nos alagados e nas palafitas, a espera de uma mão acolhedora e efetiva”**. Novamente aqui propomos que a lei ordinária vede essa prática.

ABORTO

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O Código Civil preceitua que a lei põe a salvo os direitos do nascituro desde a concepção.

Ao médico por tradição Hipocrática, cabe a luta para preservar a vida e o Direito, considera a vida o bem jurídico de maior relevância e indisponível.

É certo e notório que a legislação penal em vigor tem se mostrado pouco eficiente no combate o aborto em razão do desinteresse das autoridades e da dificuldade de prova do aborto provocado.

O Professor EVALDO D' ASSUNÇÃO em momento de rara inspiração nos adverte: **“Tanto suicídio, o aborto ou a eutanásia são em última análise intromissões do homem no seu próprio tempo de vida e no tempo de vida de seu semelhante, assim como o homem não é capaz de criar a vida do nada, ele não pode tirar a vida como se nada fosse”**.

Respeitamos sua posição de respeito à vida, mas o direito deve expressar a vontade da maioria, sendo a expressão da vontade geral e esses temas devem ser objeto de consulta popular através de um plebiscito.

Com ou sem a permissão legal o aborto realizado por médicos e o aborto praticado por curiosos continua e sob a preocupação da saúde coletiva, nesse momento não cabe discutir descriminalização ou despenalização do aborto. O aqui e agora é discutir ampliação das causas de exclusão da ilicitude acrescentando ao artigo 128 do Código Penal outras causas legais para o aborto, tais como: gravidez conseqüente a incesto, gravidez conseqüente a rapto e fundada probabilidade de má-formação fetal (conforme já dispunha o anteprojeto Abi-Ackel, no chamado aborto piedoso).

Mas não basta ampliar as causas de exclusão de ilicitude sem que paralelamente o Estado definitivamente possua um programa de educação sexual já nos bancos escolares do 1º grau e institua agora um programa de planejamento familiar materializando o dispositivo constitucional do artigo 226 - parágrafo 7º, tornando-o acessível a toda mulher brasileira, para que então o poder judiciário possa punir o aborto criminoso e a materialidade e paternidade irresponsável. E cabe ao médico nesse processo reforçar a importância do amor no relacionamento o valor de família e a primazia da vontade racional sobre o instinto.

MORAL...

ÉTICA...

DEONTOLOGIA:

SINÔNIMOS ?

Eugenio Mentz

Dada a frequência com a qual são emitidos conceitos dúbios ou conflitantes em textos que tratam do comportamento dos médicos no exercício da profissão, julgamos ser sempre oportuno divagar a respeito do assunto.

Contudo, não é fácil emitir conceitos em matéria tão delicada, sujeita à influência da evolução dos costumes no decorrer do tempo. E tanto a moral, quanto a ética e a deontologia, giram ao redor dos costumes entre os homens. E estes, como seus costumes, evoluem...

Começemos com a moral e a ética. São o mesmo tipo de saber?

Há várias interpretações.

Ao evoluir do pensamento filosófico, foram usadas como sinônimos, pois moral em latim, e ética se referem a "costumes", assim que, até hoje muitos estudiosos lhes atribuem o mesmo significado e usam um termo pelo outro.

Mas, definamos melhor: dá-se o nome de moral ao conjunto do conteúdo de Leis, escritas ou não, tradição, religião e culto, referente sempre ao comportamento do indivíduo na sociedade, e o comportamento desta para com os outros grupos, de outra religiosidade ou nacionalidade, por exemplo.

Aplica-se também a palavra "moral" no que concerne o que se entende por disciplina "ética".

Assim chegamos à "ética" que, por **definição, é a doutrina do comportamento "moral" do homem...** Ela descreve, esclarece e estabelece normas a respeito.

Há que distinguir-se uma "ética autônoma", onde a moralidade é estabelecida pela razão, ditada pela consciência e consubstanciada em um Código, e uma "ética heterônoma" ou autoritária, estabelecida de fora, por exemplo, a revelação religiosa.

Há outros modos de encarar os termos "moral" e "ética".

No pensamento idealista o termo "moral" é usado preferentemente ao referir-se à problemática dos valores do âmbito individual, enquanto o termo "ética" é usado para a mesma problemática referente ao homem como sociedade, como Estado.

E, no uso linguístico cotidiano, entende-se por "ética" a abordagem racional, e por

"moral", a abordagem fideísta do problema do bem e do mal.

A primeira guia-se unicamente pela luz da razão, e a outra pela revelação divina.

Mas para ambas, no entanto, uma ação é considerada boa, quando, sobre ela, incide o juízo da obrigação ou da permissão.

E agora estamos aptos a abordar a "Deontologia".

Para bem fazê-la valho-me, quase textualmente, de várias passagens da explanação feita por Sandro Spisanti em seu livro "Ética biomédica".

"Deontologia" é termo altissonante, quase áulico, cujo significado muitas vezes é aprendido só aproximadamente.

Procede da raiz grega DEON e lembra a "necessidade", a "conveniência" de alguma coisa.

Quando vem acompanhada de adjetivo que designa a profissão, ela (a deontologia) chama a atenção para a conveniência ou a necessidade de que a profissão tenha determinadas características, as quais constituem o estilo de seu exercício.

Correspondente, fala-se de deontologia ou "ciência dos deveres" em sentido jurídico, como uma extensão do direito profissional. Então, deontologia equivale ao conjunto codificado das obrigações impostas aos profissionais para o exercício de sua profissão.

A **deontologia médica** não deve ser confundida com a **ética** ou a **moral profissional**. Pode-se falar dos deveres morais dos jornalistas, do empresário, do político, do médico, do enfermeiro, etc. Mas não é disso que a deontologia se ocupa, e sim de um conjunto de regras tradicionais que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um corpo social determinado; e o sentido destas regras é o de assegurar a "convivência" ou a utilidade desse corpo social, para que ela possa conseguir melhor o fim que deseja alcançar.

A preocupação da deontologia não é, pois, a qualidade moral da ação, mas a sua "correção", tendo presente sobretudo o ponto de vista da relação entre a profissão e a sociedade.

Mas, "correção", "sentimento de honra" profissional, delimitam o campo da deontologia? Não. A deontologia não tende a proceder como conceitos abstratos, mas a se concretizar tendo em mira as situações específicas que se apresentam ao profissional na prática cotidiana. As descrições deontológicas apresentam soluções práticas e precisas de modo imperativo (o profissional "deve", "não deve", "é obrigado". **A linguagem é igual à da ética**, mas não é autoridade moral que prescreve os comportamentos. As normas deontológicas são estabelecidas pelos próprios profissionais, depois de atenta reflexão sobre a prática cotidiana, à base do que favorece ou prejudica a profissão.

A exposição sistemática das normas que devem inspirar o comportamento é apresentada pelos **códigos deontológicos**. A profissão médica foi a primeira a sentir a necessidade de ter um **código dessa natureza** e a primeira a prepará-lo.

Resumindo, poderíamos considerar assim, na prática, os termos moral, ética e deontologia:

"Moral": conjunto do conteúdo de leis referentes ao comportamento do indivíduo na sociedade, e a desta em outros grupos.

É a base da Ética.

Ética: doutrina do comportamento moral do homem. Estabelece normas morais. É a ciência da moral.

Deontologia: ciência, sob o ponto de vista da relação entre a profissão e a sociedade. sua linguagem é igual a da ética, mas preocupa-se tão somente como aplicá-la.

A indagação primeira (são sinônimos ou termos?), deve ser respondida com um "Não". Mas é certo o seu entrelaçamento. Com base na moral, fica arquitetado um corpo de doutrina (ética) que é aplicada como manda a deontologia.

Fica ainda uma dúvida: A medicina deverá ter um Código de Ética Médica, atualmente em uso.

Pelo exposto, julgo que se deveria voltar a ter um Código de "Deontologia Médica", salvo melhor juízo.

Melhor, e mais oportuno, seria um "Código de Deontologia Biomédica". Mas isto já é outra questão.

Transcrito do Jornal do CREMERS/1990.

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 33 e 34 (vol 9-1992) e está sendo confeccionado em setembro de 1992.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1991 / 1993

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

- 1. COMISSÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL**
Cons. Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki (Presidente)
Cons. Gabriel Paulo Skroch
Cons. 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 Giidemeister (Presidente)
Cons. Carlos Ehike Braga Filho
- 4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)**
Cons. Gerson Zafalon Martins (Presidente)
Cons. Luiz Carlos Misurelli 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 Zindeluck (Presidente)
Cons. Luiz Sallim Emed
- 8. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS**
Cons. Hélio Germiniani (Presidente)
Cons. Henrique de Lacerda Suplicy
Cons. Gilberto Sacilotto
Cons. Marco Antonio Rocha Loures
- 9. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO**
Cons. João Zeni Junior (Presidente)
Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Nelson Emilio Marques

DELEGACIAS REGIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

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

DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PARANAGUÁ

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

**O MELHOR
DE UM
BANCO**



ESTÁ NA

CAIXA



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

