

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

IMPRESSO

v.10, n.38 - abril / junho - 1993

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA GESTÃO 1991 à 1993

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

MEMBROS EFETIVOS

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

MEMBROS SUPLENTES

Dr. José Marcos Parreira
Dr. Osmar Ratzke
Dr^a. Nanci de Santa Palmieri de Oliveira
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Luiz Carlos Misurelli Palmquist
Dr. Sergio Todeschi
Dr. Valdir Sabedotti
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Henrique de Lacerda Suplicy
Dr. Antonio Motizuki
Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Gelson Leonardi
Dr^a. Tânia Mara Cunha Schaefer
Dr. Carlos Augusto Ribeiro
Dr. Miguel Ibrahim 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.10	Nº 38	p. 61-120	Abr./Jun.	1993
-------------------------------	----------	------	-------	-----------	-----------	------

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

Editorial

Juiz autoriza aborto em anencefalia	61
Concurso de Monografia	63
Acórdão CRM/PR 099/92	65
Um roteiro para avaliar as condições mínimas de atendimento em pronto-socorro.....	66
Acórdão CRM/PR 10/88.....	70
Cobrança de Honorários para "acompanhar" pacientes em Litotripsia.....	71
Cobrança de honorário para "indicar" paciente em Litotripsia.....	72
Cobrança de honorários médicos após "indicação" de Litotripsia Extracorpórea.....	74
Acórdão CRM/PR 012/92.....	76
A Ética e a assistência ao dependente químico	77
Acórdão CRM/PR 002/92.....	81
Atendimento à pacientes com AIDS	82
Responsabilidade Civil - Médico Oftalmologista.....	84
A responsabilidade do anestesista nos atos Cirúrgicos-Odontológicos.....	89
Acórdão CRM/PR 011/92.....	91
Meio Ambiente e Ética Médica	92
Acórdão CRM/PR 007/92.....	100
O Direito dos Juizes	101
Acórdão CRM/PR 010/88.....	112
A morte na sociedade atual	114
Obrigatoriedade de registro dos hospitais e clínicas nos conselhos de enfermagem	116
Tarefa (Poesia).....	118
Atividades desenvolvidas CRM-PR	119

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

EDITORIAL

No dia 1º de abril de 1991, ao assumir a Presidência deste Conselho Regional de Medicina, juntamente com os demais Conselheiros, estava aceitando o compromisso de dar continuidade à linha de conduta estabelecida pelos meus antecessores e o de divulgar por todos os meios ao meu alcance, o padrão previsto no Código de Ética Médica.

Foram dias de trabalho e luta, mas agora, passados quase dois anos e meio, podemos, a Diretoria e demais Conselheiros, tranquilamente e ateneiros, prestar contas de quanto fizemos.

Ainda como vice-presidente, despertou-me o interesse de verificar quais eram as causas mais importantes que condicionavam as denúncias que chegavam ao Conselho.

Para surpresa, cada vez mais ficava patente que era a desinformação às determinações do nosso Código de Ética.

Por outro lado, numerosos eram os telefonemas e solicitações de entrevistas por parte da população pedindo informações como proceder diante de suas insatisfações no atendimento médico.

Foi então que criamos na Gazeta do Povo a Coluna do CRM, publicada quinzenalmente, com a finalidade de levar os esclarecimentos necessários, ao mesmo tempo que se divulgava a existência do CRM. Esta coluna durou até o mês de junho, quando então os valores estipulados para a sua manutenção se tornaram extorsivos, mas sua finalidade foi cumprida satisfatoriamente.

Reativamos as publicações de "Arquivos", suspensas desde o mês de junho de 1990 por motivos financeiros e as atualizamos.

Fizemos publicar, a Jurisprudência do Conselho Regional de medicina do Paraná, a primeira publicada no Brasil e hoje já servindo de referência e solicitada pelos demais Conselhos.

Ainda procurando divulgar a ética médica e ao mesmo tempo desfazer a noção errada de que o Conselho é um órgão exclusivamente punitivo, passamos a realizar em Hospitais e Casas de Saúde, diálogos e palestras, cujo interesse se verificou de maneira crescente.

O "I Seminário Brasileiro sobre Responsabilidade Médica e Hospitalar", realizado em setembro de 1992, despertou interesse nacional.

Também os trabalhos apresentados no Concurso "Prêmio Monografia de Ética Médica", realizado no mesmo mês, por sua excelência, gratificaram de maneira especial à promoção.

Houve a tentativa de divulgação da ética médica junto aos acadêmicos de medicina, diretamente nas Faculdades, mas a experiência foi negativa.

Contudo, por ocasião da entrega das carteiras profissional e de identidade, realizamos sessões solares com a apresentação de assuntos éticos e aconselhamentos para o início da vida profissional.

Foi outorgado "Diploma de Mérito Ético-Profissional" àqueles que completaram 50 anos de exercício da medicina sem sanção ético-profissional.

No setor patrimonial, procurou-se corrigir distorções de funcionamento e atualiza-

ção do Centro de Processamento de Dados, colocando-se terminais em todos os setores de atividades.

Hoje vários programas criados neste Centro estão sendo adotados pelo Conselho Federal e repassados para os outros Conselhos.

No ano de 1991 adquiriu-se 2 lotes de terrenos aplicando-se o excedente de final de exercício e com a finalidade de construção da nova sede, já aprovada em reunião plenária. Iniciou-se o estudo do projeto de construção, mas tal não se concretizou por motivos de natureza técnica e continuam em estudos outros anteprojetos.

O Excedente do exercício administrativo de 1992, ficou dotado para a futura construção, depositado em carteira de poupança específica.

Adquiriu-se em Londrina um conjunto comercial onde será fixada a Delegacia Regional que se encontra inadequadamente instalada. Todas as demais Seccionais e a Regional de Maringá estão sendo remodeladas e dotadas de melhores condições para o funcionamento ideal.

Foi criado o almoxarifado para o registro e controle de material de uso assim como se processou a recuperação de aparelhos já existentes e se adquiriu os que se faziam necessários.

Agilizou-se a atualização de endereços ao mesmo tempo que se procedia aos inadimplentes e se criava o Livro de Dívida Ativa para o devido registro.

Os títulos de Especialista foram renovados, assim como as carteiras de Identidade, seguindo as determinações do Conselho Federal de Medicina.

Na Assessoria Jurídica foram realizadas 460 audiências e 35 processos éticos profissionais foram julgados.

O Conselho foi representado em reuniões, congressos, solenidades oficiais em 199 oportunidades.

No último mês de maio foi agraciado com o Título de Consagração Pública pela sua atuação no ano de 1992, pela Câmara Municipal de Curitiba.

Iniciou o processo de discussão do Mercosul, tendo sido designado pelo Conselho Federal de medicina, como coordenador para a elaboração inicial dos planos de ação.

Com a alegação de incompatibilidade de tempo para o exercício da profissão e o da secretaria do Conselho, solicitou a sua demissão a primeira secretária, sendo o cargo assumido de pronto pelo segundo secretário, no mês de maio.

É assim que, com toda a transparência de intenções e postura, com honestidade no trabalho e na conduta, com a colaboração de todos os Conselheiros, aos quais sendo minha homenagem e meus agradecimentos, foi elevada e mantida altaneira e imaculada a bandeira do Conselho Regional de Medicina e assim se manterá enquanto seus dirigentes estiverem zelando e trabalhando 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.

Curitiba, 12 de julho de 1993.

Cons. Waldir Rúpollo
Presidente.

JUIZ AUTORIZA ABORTO EM ANENCEFALIA

ABORTO - Autorização judicial - Feto anencéfalo - Vida extra-uterina inviável. A anencefalia bilateral, comprovada em exames realizados por Junta Médica, constitui razão para a interrupção da gravidez, mediante ordem judicial.

Vistos, etc.

1.- C. M. A. F., qualificada nos autos, requer autorização judicial para interromper sua gravidez, posto que exames ultrassonográficos e clínicos, levados a efeito por Junta Médica, diagnosticaram feto anencéfalo. A continuidade da questão acarretaria risco à vida da requerente e a sobrevivência extra-uterina do feto seria inviável.

2.- O ilustrado Promotor de Justiça manifestou as indagações de fls. 11/12, visando a estabelecer juízo de certeza acerca do diagnóstico relatado.

É a síntese. Decido.

3.- O aborto por indicação eugênica não está contemplado em nossa legislação penal. A simples idéia de se negar vida a um ser em gestação, por apresentar deformidades graves, repugna-nos a todos.

A Ciência Médica, entretanto, tem evoluído de tal forma no plano do diagnóstico pré-natal, que enfermidades graves, capazes de colocar em risco a vida da mãe e que inviabilizam por completo a existência do feto, são detectadas com razoável antecedência. Médicos e juristas, nos últimos tempos, têm proposto interpretação mais razoável a essas exceções, excluídas das indicações legais para o aborto.

Em artigo profundo e interessantíssimo (in RJTJESP-Lex 132/9), o Desembargador ALBERTO SILVA FRANCO aborda o tema, oferecendo-nos valiosas conclusões, ora utilizadas nesta decisão.

4.- Dentre as anomalias que podem atingir o feto, encontra-se a anencefalia, consistente em "malformação congênita, por defeito do fechamento do tubo neural, caracterizada pela falta total ou parcial do encéfalo. É geneticamente condicionada por herança multifatorial"(in ZACHARIAS, Manif e Elias. Dicionário de Medicina Legal, EDUCA, 1988, p. 28).

5.- PATRICK VERSPIEREN (in "Diagnostico prenatal y aborto selectivo. Reflexion etica" in "La Vida Humana, Origen y Desarrollo", pág. 178, Universidade Pontificia Comillas, Madrid, 1989 - apud SILVA FRANCO, loc. cit., p. 25), ao abordar esses desvios no

desenvolvimento que se manifestam durante a embriogênese refere-se à anencefalia:

“Um caso que merece especial atenção é o da anencefalia, que consiste na ausência no feto dos dois hemisférios cerebrais. Não corresponde exatamente, no plano médico, à 'morte cerebral'. O sinal inequívoco desta, admite-se hoje, reside na verificação da ausência de função total e definitivamente do tronco cerebral. Pois bem, este está presente nos fetos anencéfalos e permite, em alguns casos, uma sobrevivência de alguns dias, fora do claustro materno. Antropologicamente falando, as duas situações são, sem embargo, similares: a ausência de hemisférios cerebrais, no primeiro caso, e sua afetação definitiva, no segundo, suprime para sempre o suporte indispensável para toda forma de consciência e de relação com o outro. No segundo caso, reconhece-se a morte da pessoa. Não há razão para deixar de afirmar que, no primeiro caso, a vida subsiste não é propriamente falando, uma vida humana, a vida de um ser humano destinado a chegar a ser (ou já) pessoa humana.”

Aqui - ainda na esteira do ilustrado Desembargador paulista - não se está admitindo a indicação eugênica com o propósito de melhorar a raça, ou evitar que o ser em gestação venha a nascer cego, aleijado ou mentalmente débil.

Busca-se evitar o nascimento de um feto cientificamente sem vida, inteiramente desprovido de cérebro e incapaz de existir por si só.

6.- **POSTO ISSO**, nesta vertência, não tenho dúvida em considerar o aborto eugênico causa excludente de ilicitude - por isso o autorizo.

Já devidamente permitido pela gestante e seu marido (fls. 9), deverá ser realizado por médico, preferencialmente em Hospital credenciado pela Administração Pública - no máximo até a 22ª semana a contar da nidificação do ovo.

Sem custas.

P. R. I.

Londrina, 19 de dezembro de 1992.-

MIGUEL KFOURI NETO - Juiz de Direito Substituto
2ª Vara Criminal
Autos nº 112/92
Comarca de Londrina - Pr.

Nota - Vide a respeito deste assunto "Arquivos" nº 37.

CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Conselho promove concurso de melhor monografia de ética médica.

Tema 93: "A Relação Médico-Paciente"

Prêmio 30 Milhões de cruzeiros.

REGULAMENTO.

Art. 1º - O "Prêmio - Monografia de Ética Médica" será anualmente conferido a melhor monografia inédita sobre tema de ética médica, apresentada segundo os critérios expostos.

Art. 2º - Em cada ano um novo tema será escolhido pelo plenário do CRM.

Art. 3º - Ao 1º colocado será conferido um Certificado "Prêmio-Monografia de Ética Médica" e mais importância em moeda nacional. O prêmio atual é de Cr\$ 30.000.000,00.(Trinta Milhões de Cruzeiros).

Art. 4º - A Comissão Julgadora poderá a seu critério, atribuir um certificado de Menção Honrosa à outros trabalhos que julgar merecedores.

Art. 5º - Poderão concorrer ao prêmio, pessoas de qualquer profissão e nacionalidade brasileira;

§Único - Não é permitida a participação de Membros e Funcionários do CRM-PR.

Art. 6º - O prazo para inscrição dos trabalhos se encerrará às 18:00 horas, da 1ª segunda-feira, do mês de agosto de cada ano. Este ano foi concedido prazo até o

dia 15 do mês de Agosto de 1993.

Art. 7º - A entrega do prêmio será procedida em Sessão Solene, no "Dia do Médico", dia 18 de outubro.

Art. 8º - Os trabalhos poderão conter material ilustrativo e deverão ser datilografados em espaço duplo, em um lado de folha tamanho ofício, com no mínimo de 20 e um máximo de 30 laudas, contendo obrigatoriamente os dados seguintes:

- 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.

Art. 9º - Os trabalhos deverão ser remetidos em 3 vias à sede administrativa do CRM, situada à Rua Marechal Deodoro, 497, 3º andar - CEP 80.020-320 - CURITIBA - PARANÁ Fone (041) 223 - 1414. Na frente do envelope deve constar: "Prêmio - Monografia de Ética Médica".

Art. 10 - O trabalho premiado será publicado nos Arquivos do CRM. Aos demais cabe prioridade de publicação aos Arquivos do CRM, se for do seu interesse.

Art. 11 - O julgamento dos trabalhos caberá a uma "Comissão Julgadora" composta de 3 pessoas, escolhidas pelo plenário do CRM.

Art. 12 - A Comissão Julgadora deverá analisar os trabalhos até o dia 10 do mês de setembro.

Art. 13 - A Comissão Julgadora, a seu exclusivo critério, poderá não conferir o prêmio, caso os trabalhos apresentados não atendam os méritos desejados.

Art. 14 - Das decisões da Comissão Julgadora não caberão recursos.

Art. 15 - 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.

Art. 16 - O CRM deverá todo mês de março iniciar a distribuição de cartazes alusivos ao concurso.

Art. 17 - O concurso e o seu resultado serão divulgados pela imprensa.

Art. 18 - os casos omissos serão dirimidos pelo Plenário do CRM.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 23/91

DENUNCIANTE - "EX-OFFICIO"
DENUNCIADO - DR. LUIZ FERNANDO GOMES ESCUDÉRO
RELATOR - CONS. CARLOS EHLKE BRAGA FILHO
REVISOR - CONS. JOSÉ ZINDELUK
ACÓRDÃO - 099/92

EMENTA - MÉDICO OBSTADO A FAZER PARTE DO CORPO CLÍNICO DE HOSPITAL. POR FALTA DE COMPROVAÇÃO DA ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA - MATÉRIA JORNALÍSTICA VEICULADA EM DIVERSOS PERIÓDICOS. COM DURAS CRÍTICAS AO SISTEMA HOSPITALAR - PROCESSO PROCEDENTE POR INFRINGÊNCIA AO ARTIGO 4º DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

O inconformismo mesmo que justo, não autoriza ou valida a busca da imprensa para eventual reparo, existindo, como existe, o órgão de classe para dirimir qualquer problema no relacionamento médico-hospital. Injustificado o ato perpetrado, mesmo porque o médico deverá sempre zelar pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 023/91, em que figura como denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o DR. LUIZ FERNANDO GOMES ESCUDÉRO.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **ACOLHER** a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 4º do Código de Ética Médica, e por maioria, também com os votos dos Senhores Relator e Revisor, em aplicar ao denunciado a pena prevista na letra "c", do artigo 22, da lei 3268, de 30 de setembro de 1957, ou seja, "**CENSURA PÚBLICA EM PUBLICAÇÃO OFICIAL**", conforme Ata nº642, de 28 de setembro de 1992.

Curitiba, 29 de setembro de 1992.

CONS. CARLOS EHLKE BRAGA FILHO
Relator

CONS. WADIR RÚPOLLO
Presidente

Um Roteiro para avaliar as condições mínimas de atendimento em pronto-socorro

Resolução CREMEGO nº 033/90

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA ESTADO DE GOIÁS - CREMEGO, no uso das atribuições que lhe conferem a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentado pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos superiores e fiscalizadores do exercício profissional, zelando pelo padrão da qualidade dos serviços médicos prestados à população,

CONSIDERANDO que este Conselho tem recebido várias denúncias acerca das condições materiais e humanas de atendimento à população nos serviços de pronto socorros, serviços de urgência e serviços ambulatoriais no Estado de Goiás,

CONSIDERANDO que este Conselho, deve estabelecer parâmetros, com as condições mínimas de atendimento de pronto-socorros, serviços de urgências e serviços ambulatoriais, a serem adotados pelos hospitais e clínicas que prestam serviços à população.

RESOLVE:

Artigo 1º - Aprovar roteiro (anexo), para avaliar as condições mínimas de atendimento de pronto-socorros, serviços de urgências e serviços ambulatoriais, em clínicas e hospitais que prestam estes serviços à população do Estado de Goiás.

Artigo 2º - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Artigo 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

GOIÂNIA (GO), 19 de julho de 1990.

Dr. Edson Nunes Vieira
Presidente

Dr. Adriano Alfredo B. Auad
Secretário

1. ROTEIRO PARA AVALIAR AS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE ATENDIMENTO DE PRONTO-SOCORROS, SERVIÇOS DE URGÊNCIAS E SERVIÇOS AMBULATORIAIS.

1 - Tipos de Serviços de urgência.

Os serviços de urgência, de acordo com o tipo de atendimento oferecido à população, foram classificados em:

- a) -primário
- b) -secundário
- c) -Geral

a) -ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Serviços destinados à prestação de primeiro atendimento em geral para posterior encaminhamento dos casos que necessitarem procedimentos especializados ou de maior complexidade.

b) -ATENDIMENTO SECUNDÁRIO

Serviços capacitados além do atendimento primário. Presta assistência integral, na área específica a que se propõe, inclusive internação e cirurgias. Foram considerados serviços secundários:

- PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO
- PRONTO SOCORRO TRAUMATOLÓGICO
- PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO E CLÍNICO
- PRONTO SOCORRO OBSTÉTRICO
- PRONTO SOCORRO PSIQUIÁTRICO
- PRONTO SOCORRO OFTALMOLÓGICO
- PRONTO SOCORRO DE QUEIMADURAS

c) -ATENDIMENTO GERAL

Serviços capacitados a atendimento global, com equipe profissional, equipamento e área física em condições de prestar atendimento clínico, cirúrgico e internações nas diversas especialidades.

2. ROTEIRO PARA AVALIAR AS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE TRABALHO OFERECIDO PELOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.

- 2.1 - ESTRUTURA FÍSICA.
- 2.2 - RECURSOS HUMANOS.
- 2.3 - MATERIAL HOSPITALAR.
- 2.4 - MEDICAMENTOS.

2.1. ESTRUTURA FÍSICA

Análise geral da estrutura física, que deverá adunar-se ao tipo de serviço a que se propõe. Serão analisados:

- Recepção (área disponível, ventilação, bebedouro, cadeiras, sanitários)

- Ambulatório
- Consultório(s)
- Mobiliário
- Impressos e Setor de arquivo ou registro
- Centro cirúrgico
- Setor de Internação
- Posto de enfermagem
- Setor de esterilização (Estufa, Autoclave) e desinfecção

OBS: Higiene e Conservação da Estrutura Física - todos os serviços de urgência, independente do seu tipo de atendimento, deverão primar pela higiene, conservação e funcionamento de todas as suas estruturas.

Serão analisados:

- Limpeza e conservação das paredes e pisos.
- Sistema Hidráulico (Infiltrações, funcionamento de pias, vaso sanitários, etc.)
- Sistema Elétrico (fios, tomadas, lâmpadas, et.)

2.2. RECURSOS HUMANOS

Todo serviço de urgência, independente do seu tipo de atendimento, deverá contar com médico regularmente inscrito no CRM-GO, presente 24 horas nas dependências do mesmo.

A Ausência do mesmo, ou a presença de acadêmico de medicina desacompanhado do médico não se justifica, em nenhum caso.

A presença do pessoal de enfermagem, de portaria, técnicos de RX, etc, será analisado de acordo com tipo e tamanho do serviço de urgência.

2.3. MATERIAL HOSPITALAR

São considerados como equipamentos mínimos ao funcionamento de todos os serviços de urgência (inclusive os de atendimento primário e secundário)

- a) - Estetoscópio
- b) - Esfigmomanômetro
- c) - Termômetro
- d) - Material de entubação e ventilação (sonda endotraqueal, ambu ou ventiladores, laringoscópio)
- e) - Pontos de oxigênio ou bala de oxigênio.
- f) - Material de dissecação de veia.
- g) - Seringas, agulhas e escalpe.
- h) - Material de Curativo.
- i) - Telefone
- j) - Material de Sutura
- i) - Sondas diversas
- m) - Aspirador
- n) - Iluminação de Emergência
- o) - Sistema de Transporte

Todo equipamento supra citado deverá estar em perfeitas condições de uso e de fácil acesso ao médico.

Pronto-Socorro de pediatria, deverão contar com inaladores e material adequados para o uso em crianças (tamanho adequado).

Pronto-Socorro de traumatologia deverão contar com aparelho de Raio X e Técnico de RX.

Os prontos-socorros cardiológicos e centros cirúrgicos deverão contar com monitor cardíaco ou aparelho eletro e desfibrilador cardíaco.

Os Pronto-Socorros de obstetrícia deverão contar com:

- 1 - Mesa de exame ginecológico.
- 2 - Pinar ou Sonar
- 3 - Espéculos e Espátulas.

Os serviços de atendimento secundário e geral, exceto cardiológicos e psiquiátricos necessitam de centro cirúrgico adequado ao seu funcionamento.

Todos os serviços secundários e gerais necessitam de setor de internação adequados.

2.4. MEDICAMENTOS

São medicamentos mínimos necessários a todos os serviços de urgência e que deverão estar de fácil acesso e enfermeiros:

- Soros diversos
- Analgésicos
- Antiespasmódicos
- Medicamentos anestésicos (local e geral)
- Corticóides
- Anti-arrítmicos
- Cardiotônicos
- Adrenalina
- Hipotensores
- Antibióticos
- Água destilada
- NaCl e KCl
- Glicose 25% e 50%
- Benzodiazepínicos
- Antieméticos

Goiânia(GO), 19 de julho de 1990.

Dr. Edson Nunes Vieira
Presidente.

Dr. Adriano Alfredo B. Auad
Secretário.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 17/89

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

ORIGEM - CRM/PR
APELANTE - DR. WILSON SCHNEIDER MOURA
APELADO - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ EX-OFFICIO"
ACÓRDÃO - 10/88

EMENTA - 1 - Praticar atos em nome da medicina, que comprometam e ponham em risco a saúde moral e física de pessoas que estejam sob o critério profissional que atesta o diploma do médico, constitui crime, seja no âmbito corporativo e/ou no âmbito sócio-jurídico.
2 - a prática médica deve ser zelada pelo profissional perante a sociedade com a mesma responsabilidade com a qual lhe é conferido o título de médico.

ACORDAM

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, os membros do Pleno Tribunal Superior de Ética Médica do **Conselho Federal de Medicina**, reunidos em sessão realizada em 10 de dezembro de 1992, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 17/89, em que figura como Apelante o Dr. Wilson Schneider Moura, conforme disposto nas Resoluções CFM nº. **provimento ao recurso** interposto pelo Apelante, **MANTENDO A DECISÃO** do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, que lhe aplicou a pena de "**Suspensão do Exercício Profissional por 30 dias**", prevista na letra "d", do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração aos artigos 42, 43 e 60 do Código de Ética Médica.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto do Conselheiro Relator Antonio Jajáh Nogueira que passa a integrar o presente.

Brasília, 10 de dezembro de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

ANTONIO JAJÁH NOGUEIRA
Relator

COBRANÇA DE HONORÁRIOS PARA "ACOMPANHAR" PACIENTE EM LITOTRIPSIA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA SECÇÃO DE GOIÁS

Ilmo Sr.

Dr. Sebastião Fernandes Moreira

DD. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Sr. Presidente

Com as evoluções tecnológicas que se passam na medicina é necessário que as entidades médicas também assumam atitudes novas no sentido de se preservar os direitos dos médicos.

Com o advento da LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA houve uma ociosidade de 30% para o Urologista nos centros cirúrgicos dos hospitais americanos.

Como deve ser do conhecimento de V.S. Goiânia já conta com três máquinas para este procedimento e a ociosidade dos Urologistas americanos devem estar repetindo-se também em Goiás e em todo o Brasil.

Os Urologistas goianos acham-se com o direito de receberem honorários médicos para **indicar** a Litotripsia Extra-corpórea, **acompanhar** o paciente durante sua permanência na máquina, decidir pela interrupção do tratamento quando isto beneficiar o paciente e **tratar suas complicações** como, cólica renal, hematúria, intervenções cirúrgicas que se fizerem necessárias, etc, independentes do preço que o paciente pagará para o tratamento referido.

A Sociedade Brasileira de Urologia Secção de Goiás vem, através deste, solicitar o pronunciamento deste conselho face a cobrança dos honorários médicos supra citados.

Informa ainda que já existe posição favorável da Associação Paulista de Medicina quanto a este tema e que alguns convênios do Estado de São Paulo já pagam os seguintes honorários médicos para este procedimento:

CABESP 1.300 CH

SUL AMÉRICA 2.000 CH

AMIL 1.300 CH

PLANTEL 1.500 CH

AUTO LATINA 1.300 CH

Na oportunidade deixa aqui as seus protestos de estima e consideração.

Goiânia, 18/10 de 1991.

José Rosa de Souza

Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia-Secção de Goiás.

COBRANÇA DE HONORÁRIOS PARA “INDICAR” E “ACOMPANHAR” PACIENTE EM LITOTRIPSIA

Parecer CREMEGO nº 023/91

Designados que fomos para emitir parecer conclusivo sobre correspondência encaminhada ao Presidente do CREMEGO pelo Dr. José Rosa de Souza, presidente da Sociedade Brasileira de Urologia - Secção de Goiás, passamos a fazê-lo da forma que se segue.

PARTE EXPOSITIVA

“Ver correspondência”

PARTE CONCLUSIVA

Pela Leitura da Correspondência do Dr. José Rosa de Souza percebe-se que existe uma preocupação com a ociosidade dos urologistas nos centro-cirúrgicos, determinada pela substituição do tratamento cirúrgico dos cálculos renais pela litotripsia extra-corpórea.

Questiona-se a eticidade da cobrança de honorário médico do paciente para a qual se indicou o procedimento e justifica a cobrança do honorário pelo acompanhamento do paciente durante sua permanência na máquina e pelo eventual atendimento após a realização do ato.

BOLETIM DO CREMEGO

A cobrança de honorários pela indicação daquela modalidade terapêutica não é correta. Pois a prescrição terapêutica faz parte da consulta que de uma forma ou de outra deve ter sido paga pelo paciente.

Quanto à cobrança de honorário pelo acompanhamento ao paciente durante a realização do procedimento, devemos previamente determinar:

- Quem realiza o procedimento LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA é um médico ou um técnico com conhecimento do funcionamento do equipamento?

Em outras palavras: é um procedimento de responsabilidade médica ou um técnico

qualquer pode assumir a responsabilidade pelo procedimento?

A complexidade do funcionamento do equipamento, a necessidade de conhecimento de anatomia e fisiopatologia da doença e a obrigatoriedade de se ter uma pessoa com qualificação para dar o atendimento que o doente venha a necessitar tanto pelo procedimento em si quanto pela doença que o mesmo é portador leva-nos à conclusão óbvia de que:

A LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA É UM PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO DE EXCLUSIVIDADE E DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL MÉDICO.

Dessa forma, compete ao médico que realiza a litotripsia extra-corpórea o acompanhamento do paciente durante sua permanência na máquina bem como o atendimento ao mesmo quanto da ocorrência de complicações ou do surgimento de sintomas decorrentes do procedimento.

Entende-se ainda ser sua responsabilidade a devolução do doente ao médico que o encaminhou, acompanhado de relatório das ocorrências durante a realização do procedimento.

Não deve ser considerado um ato médico, nem tampouco deve ser cobrado o respectivo honorário pelo simples acompanhamento do doente durante a realização da litotripsia extra-corpórea, pelo urologista que indicou o procedimento.

Resta-nos a expectativa de que os urologistas absorvam a evolução tecnológica representada no caso pela litotripsia extra-corpórea como um aliado a mais que a ciência coloca à sua disposição para beneficiar o paciente, e não como um adversário que limita o mercado de trabalho e o seu necessário rendimento financeiro.

Afinal, repetindo nosso mestre, o professor, Dr. Júlio Arantes Sanderson de Queiroz: **O MÉDICO PERSEGUE UM IDEAL OLÍMPICO, LABUTA CONTRA A DOENÇA COM A OBSTINAÇÃO DE VENCÊ-LA, SE CONSEGUIR VENCÊ-LA DE VEZ, ESTARÁ DESEMPREGADO: MAS FELIZ.**

É o meu parecer, salvo melhor juízo

Dr. Daniel do Prado Figueiredo Júnior
Conselheiro Relator.

COBRANÇA DE HONORÁRIOS MÉDICOS APÓS "INDICAÇÃO" DE LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA.

Parecer CFM Nº 0296/92

CEM - art. 87: É vedado ao médico: Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

O Presidente do Conselho Regional de medicina do Estado do Maranhão, em 22 de Janeiro de 1992, envia a este Federal um PARECER da lavra do Conselheiro Dr. José Domingos Soares Miranda, que, em sua opinião, responde a duas indagações:

a) Pode o médico Urologista, ao encaminhar um paciente à Litotripsia Extracorpórea, cobrar ou receber comissão ou remuneração?

b) Pode o médico Urologista, ao receber de volta um paciente submetido a Litotripsia Extracorpórea, apresentando complicações, cobrar pelos cuidados profissionais a ele dispensados?

A primeira (item a), respondemos com inteiro teor do eloquente parecer de autoria do Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado do Goiás, Dr. Daniel do Prado Figueiredo Júnior, que passa a fazer parte integrante deste parecer:

"Pela leitura da correspondência do Dr. José Rosa de Souza, percebe-se que existe uma preocupação com a ociosidade dos urologistas nos centro-cirurgicos, determinada pelo substituição do tratamento cirúrgico dos cálculos renais pela litotripsia extracorpórea.

Questiona-se a eticidade da cobrança de horário médico do paciente para a qual se indicou o procedimento e justifica a cobrança do honorário pelo acompanhamento do paciente durante sua permanência na máquina e pelo eventual atendimento após a realização do ato.

A cobrança de honorários pela indicação daquela modalidade terapêutica não é correta. Pois, a prescrição terapêutica faz parte da consulta que de uma forma ou de outra deve ter sido paga pelo paciente.

Quanto à cobrança de honorário pelo acompanhamento ao paciente durante a realização do procedimento, devemos previamente determinar:

- Quem realiza o procedimento LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA é um médico ou um técnico com conhecimento do funcionamento do equipamento?

Em outras palavras; é um procedimento de responsabilidade médica ou um técnico qualquer pode assumir a responsabilidade pelo procedimento?

A complexidade do funcionamento do equipamento, a necessidade de conhecimento de anatomia e fisiopatologia da doença e a obrigatoriedade de se ter uma pessoa com qualificação para dar o atendimento que o doente venha a necessitar tanto pelo procedimento em si quanto pela doença que o mesmo é portador leva-nos à conclusão óbvia de que: A LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA É UM PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO DE EXCLUSIVIDADE E DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL MÉDICO.

Dessa forma, compete ao médico que realiza a litotripsia extracorpórea o acompanhamento do paciente durante sua permanência na máquina bem como o atendimento ao mesmo quanto da

ocorrência de complicações ou do surgimento de sintomas decorrentes do procedimento.

Entende-se ainda ser sua responsabilidade a devolução do doente ao médico que o encaminhou, acompanhado de relatório das ocorrências durante a realização do procedimento.

Não deve ser considerado um ato médico, nem tampouco deve ser cobrado o respectivo honorário pelo simples acompanhamento do doente durante a realização da litotripsia extracorpórea, pelo urologista que indicou o procedimento.

Resta-nos expectativa de que os urologistas absorvam a evolução tecnológica representada no caso pela litotripsia extracorpórea como um aliado a mais que a ciência coloca à sua disposição para beneficiar o paciente, e não como um adversário que limita o mercado de trabalho e o seu necessário rendimento financeiro.

Afinal, repetindo nosso mestre, o professor, Dr. Júlio Arantes Sanderson de Queiroz: O MÉDICO PERSEGUE UM IDEAL OLÍMPICO. POIS, LABUTA CONTRA A DOENÇA COM A OBSTINAÇÃO DE VENCÊ-LA. MAS, SE CONSEGUIR VENCÊ-LA DE VEZ, ESTARÁ DESEMPREGADO; MAS FELIZ*.

A segunda (item b), concordamos com parte do parecer oriundo do Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão, onde está:

"...Alguns pacientes após fazerem tal procedimento retornam quase que imediatamente para seu Estado, onde podendo ter pequenas complicações que necessitarão procurar o Urologista que indicou, e nestas condições deverão remunerá-lo normalmente."

Até aqui nada mais justo. O que não concordamos, frontalmente, é com a parte do parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão, quando, em seu penúltimo parágrafo, afirma:

"...Achamos que os donos das máquinas é que deverão pagar aos médicos que indicarem tal tratamento, uma percentagem+ (15% a 20%) para que estes continuem enviando os pacientes e os recebendo de volta e inclusive tratando-os das pequenas complicações após o uso da máquina".

Se esta moda pega, qual será a comissão para encaminhar a tal ou qual laboratório de Análises, Serviços de RX, Ultrassom? E para indicar a Farmácia, quanto seu proprietário deverá comissionar o médico pela indicação ou pelo possível efeito colateral que do medicamento resultar?

Com a mais absoluta segurança, opino que:

- a) **A comissão pelo encaminhamento é, sob qualquer argumento, absurda e intolerável.**
- b) **A cobrança (não comissão!) pelos cuidados profissionais, caso ocorra qualquer complicação no pós-Litotripsia Extracorpórea, é justa e perfeitamente devida. Quem deverá arcar com esta despesa é o paciente ou seu possível convênio. Nunca o "dono da máquina", porque aí seria a travestida comissão!**

Este é meu parecer.

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 12/06/92

Brasília, 12 de junho de 1992.

ANTONIO JAJAH NOGUEIRA
Cons. Relator.

** Nota - o negrito foi colocado pelo editor*



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 013/85

DENUNCIANTE - SR. LUTHERO DE ALMEIRA MELLO
DENUNCIADO - Dr. R.I.
RELATOR - CONS. JAIME RICARDO PACIORNIK
REVISOR - CONS. MARCO AURÉLIO DE QUADROS CRAVO
ACÓRDÃO - 012/92

EMENTA - 1) DENÚNCIA APONTANDO IRREGULARIDADES DE TRATAMENTO POR FALTA DE UTILIZAÇÃO DE TODOS OS CONHECIMENTOS TÉCNICOS OU CIENTÍFICOS, TENDO HAVIDO ORIENTAÇÃO, INCLUSIVE, DE "ACOMPANHAMENTO ESPIRITUAL" EFETUADO EM CENTRO ESPÍRITA.
2) QUEBRA DE SIGILO MÉDICO EM PROCESSO POLICIAL, REVELANDO-SE DIAGNÓSTICO E PROBLEMAS DE ORDEM FAMILIAR DE QUE SE TEVE CONHECIMENTO POR FORÇA DO EXERCÍCIO DA MEDICINA.
3) DENÚNCIA IMPROCEDENTE QUANTO AO QUE DISPÕEM OS ARTIGOS 57 E 29 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, SENDO, CONTUDO, CERTA A INFRAÇÃO AO ARTIGO 102 DO MESMO DIPLOMA LEGAL.

O médico na condução do tratamento se houve das técnicas necessárias e conhecidas para alcançar a melhora da paciente, não havendo, em seu proceder, qualquer conduta possível da punição prescrita pelos artigos 57 e 29 do Código de Ética Médica.

De outro lado, indubitável, a quebra de sigilo médico obrigatório ao profissional no exercício de seu mister, posto que a prova, a propósito, é irretorquível. Por este aspecto procede a denúncia para aplicação da pena prevista na letra "b", do artigo 22, da Lei 3.268/57.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional sob nº 013/85, em que é denunciante o Sr. LUTHERO DE ALMEIDA MELLO e denunciado o Dr. R.I.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em absolver o denunciado de infração aos artigos 57 e 29 do código de Ética Médica e, por maioria, acompanhando o mesmo voto, em acolher a denúncia por infração ao artigo 102 do mesmo diploma Legal, para aplicação da pena de "CENSURA CONFIDENCIAL EM AVISO RESERVADO", prevista na letra "b", do artigo 22, da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, conforme Ata nº 655, de 03 de dezembro de 1992.

Curitiba, 04 de dezembro de 1992.

CONS JAIME RICARDO PACIORNIK
Relator

CONS. WADIR RÚPOLLO
Presidente

Arq. Cons. Regional. Med. do PR.

10 (38): 76, 1993

A ÉTICA E A ASSISTÊNCIA AO DEPENDENTE QUÍMICO

Manuel de Jesus Martins *

"HÁ UMA TENDÊNCIA NATURAL DO SER HUMANO
DE SOFRER PARA SER FELIZ".

Os vários códigos de ética dos profissionais do setor de saúde apresentam uma identidade dos preceitos a serem seguidos no trato do paciente e da comunidade. Parece não haver dúvida que a maior susceptibilidade à aquisição da doença, por parte de alguns grupos sociais, participou o recrudescimento de posturas obscurantistas e discriminatórias contra estes. É fundamental que os profissionais de saúde busquem desvencilhar-se dos preconceitos, e para isso a questão ética apresenta-se em dois sentidos:

1. Devem os profissionais de saúde ter presente a natureza de suas profissões, e principalmente sua finalidade;

2. Devem buscar a mais ampla informação possível acerca daquilo que vão cuidar, não só fundamentando cientificamente sua conduta, mas tendo em vista também que o conhecimento é o caminho para a eliminação do preconceito. Assim agindo estarão dando o mais importante passo para assumirem seu papel no combate à doença.

Quanto à relação com o paciente, observa-se:

a)- Recusa do Paciente: o médico pode, no âmbito da clínica particular, recusar seus serviços profissionais a quem não deseja como paciente, ressaltadas as condições em que está obrigado a atender (ausência de outro médico no local, em casos de urgência, ou quando sua negativa puder trazer danos irreversíveis ao paciente).

Entretanto, se o médico mantiver relações de trabalho com entidade pública privada que se dispõe a receber casos de determinada natureza, não poderá ele se recusar a atendê-los. Veja Código de Ética Médica art. 58.

b) Respeito ao paciente: Enfatizando sempre a importância do paciente no que toca, principalmente, à sua dignidade, devemos ter em mente a enorme carga emocional que se vincula à condição de ser dependente químico.

* Médico Psiquiatra

Assim, a cada momento devemos ter clareza de que quando nos encontramos diante deste tipo de doente, acho-nos frente à alguém fragilizado pela própria condição e até hospitalizado por isso. Deve-se procurar agir de forma a atender este sofrimento, visando restaurar o paciente, à medida do possível o respeito próprio e propiciar-lhe condições dignas de existência, resguardando sempre seu pudor.

Além disso, caso o profissional responsável pela revelação de tal resultado não seja especialista no assunto e, como tal, sinta-se pouco à vontade em cuidar desse tipo de patologia, deverá ele fazer o encaminhamento do paciente a um serviço especializado, onde esse possa receber orientação e acompanhamento adequado. Veja C.E.M. art. 59.

c) Abandono do paciente: Não se poderá abandonar o paciente do qual se tenha iniciado tratamento, a não ser que tenha ocorrido fatos que possam prejudicar a relação com o paciente ou o desempenho profissional. Em qualquer caso, comunicação prévia terá que ser feita ao paciente ou responsável legal, devendo assegurar-se da adequada continuação da assistência que vinha sendo prestada. Veja C.E.M. art. 61.

d) Sigilo profissional: O sigilo é a base a qual se assenta uma boa relação com o paciente, pois é fundamentado nele que este revela os aspectos de sua privacidade, essenciais ao perfeito equacionamento do problema. Desta forma é vedado revelar-se dados ou fatos de que se tenha conhecimento, em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente, permanecendo ainda essa proibição, mesmo que o fato seja do conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. Para que este preceito seja integralmente cumprido, até mesmo aos familiares poderá ser negada a informação, uma vez que estes são considerados externos à relação profissional x paciente, caso seja a vontade do paciente. Veja C.E.M. Cap IX, arts. 102-109.

Quanto aos comunicantes há necessidade de se buscar a colaboração do paciente, no sentido de revelá-los ao profissional de saúde, quando for factível o rastreamento da doença. Haverá nestas condições possibilidade de ruptura do sigilo, plenamente justificada, posto que se está a proteger bens de maior relevância, que o bem-estar individual, quais sejam o bem-estar social e a saúde de outras pessoas. A revelação aos comunicantes de determinado paciente, de que este se encontra na condição de dependente químico, deve ser feita com a concordância e colaboração deste. Todavia, havendo recusa do paciente neste sentido, é lícita iniciativa do profissional de informar o comunicante, contra a vontade daquele, pelas mesmas razões acima expostas. Isto vale também para futuros comunicantes. Típico é o caso do paciente que, pretende se casar e deixa de revelar ao seu futuro cônjuge sua condição. Nestas circunstâncias sendo infrutíferos os esforços no sentido de convencer o paciente a tomar a iniciativa, informar ao seu futuro consorte quanto à realidade dos fatos, dever-se-á proceder a tal medida, que se impõe em função do perigo iminente, configurando-se ato de legítima defesa. O segredo poderá ser quebrado no que concerne a informação devida às autoridades sanitárias, pelo profissional, face à exigência dos órgãos competentes. Não haverá ilicitude na revelação nas circunstâncias apontadas, uma vez que se estará agindo no estrito cumprimento do dever legal, que atende o interesse da coletividade. A notificação deve ser feita através de instrumento próprio nunca se usando o telefone. Veja C.E.M. art. 44.

O DEPENDENTE QUÍMICO E AS INSTITUIÇÕES

A instituição poderá recusar o atendimento desde que efetivamente não disponha de recursos para tal, não se destine a este tipo específico de atividade ou clientela e haja na localidade outro estabelecimento em condições de fazê-lo. Ressaltando-se as condições de emergência e urgência onde não se poderá recusar o atendimento, posto que se configuraria omissão de socorro.

Deve-se assegurar à equipe de saúde, além das adequadas condições de trabalho, o acesso à ampla informação acerca da doença, suas características e manifestações, possibilidades de tratamento, meios de prevenção, etc, pois a segurança da equipe multiprofissional depende do processo de estudo da doença e tudo a ela relacionado, que deve ser constante, possibilitando a todos contínua reciclagem.

Cabe ao Estado zelar pela preservação da integridade e da dignidade daqueles que se encontram recolhidos ao sistema prisional. Aos profissionais de saúde cabe empregar o melhor de si para que isso seja atingido, devendo ter ampla informação acerca da doença.

DA ASSISTÊNCIA AO DEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES

Para os fins desta lei, serão consideradas substâncias entorpecentes ou capazes de determinar dependência física ou psíquica, aquelas que assim forem especificadas em lei ou relacionadas pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde.

Lei nº 6.368, de 21/10/1976

Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tóxico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinam dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

CAPÍTULO II

DO TRATAMENTO E DA RECUPERAÇÃO

Art. 8º - Os dependentes de substâncias entorpecentes, ou que determinem dependência física ou psíquica, ficarão sujeitos à medidas previstas nesta Capítulo.

Art. 9º - As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

§ 1º - Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptadas, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

§ 2º - O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e seu § 1º sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde.

Art. 10º - O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando

o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicológicas assim o exigirem.

§ 1º - Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.

§ 2º - Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente, até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente.

Art. 11º - Ao dependente que, em razão da prática de qualquer infração penal, for imposta pena privativa de liberdade ou medida de segurança detentiva será dispensado tratamento em ambulatório interno do sistema penitenciário onde estiver cumprindo a sanção respectiva.

CONCLUSÃO

Na prática, nos dias de hoje observa-se que a ética está muito além da consciência dos profissionais, seja pelo seu desconhecimento natural, ignorância por não acreditar nos conceitos éticos e por um meio social tumultuado em que vivemos e que nos coloca na posição de trabalho por sobrevivência e não pelo dever de se ter o compromisso de um trabalho respeitando o outro necessitado dos nossos préstimos. Por outro lado, as instituições na sua maioria, não estão preparadas conforme determina a Lei nº 6368 de 21/10/1976, para assim receberem e dá a este dependente químico o tratamento que ele merece como ser humano. Portanto, nada de novo existe, que não seja o comportamento inadequado de alguns membros responsáveis pelo trabalho desse doente, pois tudo já está definido seja pelo C.E.M. ou pela Lei 6368. Basta apenas nos conscientizarmos delas e colocar em prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA
- 2- CÓDIGO PENAL BRASILEIRO
- 3- MONOGRAFIA APRESENTADA À CADEIRA DE PSICOLOGIA E ÉTICA MÉDICO-HOSPITALAR, DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR DA FUNDAÇÃO DE ESTUDOS SOCIAIS DO PARANÁ (1989)



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 022/87

DENUNCIANTE - "EX-OFFICIO"
DENUNCIADO - Dr. J.C.N.
RELATOR - CONS. HÉLIO GERMINIANI
REVISOR - CONS. OSMAR RATZKE
ACÓRDÃO - 002/92

EMENTA - ATESTADO DE ÓBITO. PACIENTE ATENDIDO POR OUTROS MÉDICOS. DESCONHECIMENTO DO "CAUSA MORTIS". SOLICITAÇÃO DE FAMILIAR À ASSINATURA DO LAUDO. VINCULAÇÃO COM FUNERÁRIA. CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO.

Reconhecimento expresso pelo denunciado da infração cometida. O médico que afirma atestado de óbito sem ter qualquer contato anterior com o falecido, valendo-se unicamente de informações e receituários apresentados por terceiro, indubitavelmente incorre na falta capitulada pelo artigo 114 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 022/87, em que é denunciante o CRM/PR e denunciado o Dr. J.C.N.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **ACOLHER** a imputação feita ao denunciado por infração ao disposto pelo artigo 114 do Código de Ética Médica, aplicando-lhe, por maioria, a pena de "**ADVERTÊNCIA CONFIDENCIAL EM AVISO RESERVADO**", prevista na letra "a", do artigo 22, da Lei nº 3268/57, conforme Ata nº 609, de 30 de março de 1992.

Curitiba, 30 de março de 1992

CONS. HÉLIO GERMINIANI
Relator

CONS. OSMAR RATZKE
Revisor

O ATENDIMENTO PROFISSIONAL A PACIENTES PORTADORES DE AIDS É UM IMPERATIVO MORAL DA PROFISSÃO MÉDICA

Resolução CFM nº 1359

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

CONSIDERANDO que o Conselho Federal 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 técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o artigo 1º do Código de Ética Médica determina que "a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza";

CONSIDERANDO as normas emanadas pela Organização Mundial de Saúde - OMS - e pelo Ministério da Saúde sobre o tratamento dos pacientes portadores de AIDS;

CONSIDERANDO a contínua expansão da epidemia de AIDS pelo país, e a progressiva mudança em seu perfil, atingindo grupos populacionais cada vez mais amplos, aliada à pouca eficiência das campanhas preventivas até aqui desencadeadas;

CONSIDERANDO o profundo impacto que a doença provoca no paciente portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), limitando a sua capacidade física, tornando-o vulnerável física, moral, social e psicologicamente;

CONSIDERANDO os termos dos pareceres CFM nºs 14/88 e 11/92;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de novembro de 1992; **RESOLVE**:

Art. 1º - O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

Parágrafo Primeiro - Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

Parágrafo Segundo - O atendimento a qualquer paciente independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, razão pela qual não se poderá alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para esta recusa de

prestações de assistência.

Parágrafo Terceiro - As instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para sua proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito.

Parágrafo Quarto - É de responsabilidade do Diretor Técnico da instituição a garantia das condições de atendimento.

Art. 2º - O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS, isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente.

Parágrafo Único - Será permitida a quebra do sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (ex: notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito) ou por justa causa (proteção à vida de terceiros; comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusa-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado).

Art. 3º - O médico que presta seus serviços a empresa está proibido de revelar o diagnóstico de funcionário ou candidato a emprego, inclusive ao empregador e à seção de pessoal da empresa, cabendo-lhe informar, exclusivamente, quanto à capacidade ou não de exercer determinada função.

Art. 4º - é vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, em especial como condição necessária a internamento hospitalar, pré-operatório, ou exames pré-admissionais ou periódicos e, ainda, em estabelecimentos prisionais.

Art. 5º - Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Ivan Araújo Moura Fé
Presidente

Hercules Sidnei Pires Liberal
Secretário-Geral

Nota - A respeito do assunto vide "Arquivos" nº 35

RESPONSABILIDADE CIVIL

MÉDICO OFTALMOLOGISTA

Cirurgia seletiva para correção de mioopia, resultando névoa no olho operado e hipermetropia. Responsabilidade reconhecida, apesar de não se tratar, no caso, de obrigação de resultado e de indenização por perda de uma chance.

R.L.X.L., apelante

A.F.D.A., apelado.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos. Acordam, em 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça, à unanimidade, dar provimento em parte, prejudicado o agravo. Custas na forma da lei.

Participaram do julgamento, além do signatário, os Exmos. Srs.Des. Lio Cezar Schmitt e Alfredo Guilherme Englert.

Porto Alegre, 12 de junho de 1990. Ruy Rosado de Aguiar Júnior, Presidente e Relator.

RELATÓRIO

Des. Ruy Rosado de Aguiar Júnior -

A autora promove ação de indenização contra o réu, querendo ser ressarcida do prejuízo sofrido com o insucesso de cirurgia refrativa, realizada em seu olho direito, para cura de mioopia em grau 4.00, da qual resultou com hipermetropia em grau 2.00, apresentando, ainda, cicatrizes radiais na córnea, com invasão das mesmas no campo ótico, o que acarreta distúrbios e deformações.

Contestando a ação, o réu nega sua culpa e atribui o resultado da operação ao comportamento da autora, que deixou de se submeter ao tratamento pós-operatório, indispensável para esse tipo de intervenção, necessário para correções. Afastando-se do tratamento após dois meses, a autora criou as condições para a hipermetropia residual. Quanto aos distúrbios de visão, provocados pelas incisões, passariam com o correr do tempo. Atribui o desconforto sentido pela paciente como consequência da diferença de

gradação entre o olho direito, o operado, e o olho esquerdo, que também apresenta miopia em grau 4.00. Pediu a improcedência, por falta de culpa. Houve réplica.

Realizou-se prova pericial no Serviço Médico do Tribunal de Justiça (fl.137). Foi produzida prova oral, com depoimento do médico-perito, do assistente indicado pelo réu, e da própria autora (fl.178). Inquiriu-se uma testemunha arrolada pela autora. A outra foi indeferida, por apresentado o rol a destempo (fl.177), do que agravou tempestivamente a autora (fl.181).

Em audiência, o ilustrado Dr. Juiz de Direito julgou improcedência a ação, por não demonstrada a culpa do médico.

Apelou tempestivamente a demandante. Reitera o agravo retido e pede pela procedência do pedido. Depois de registrar a dificuldade de fazer prova nessa matéria, sustenta que os autos contêm elementos suficientes demonstradores da culpa do cirurgião. A sua obrigação seria de resultado, em especial nesse tipo de cirurgia facultativa, que não foi absolutamente alcançado, ficando a paciente em situação pior do que estava anteriormente. Teria havido erro do médico, pois de outro modo não se explicaria a hipermetropia de grau 2.00. Insiste na circunstância de que a paciente concordara com a redução de apenas parte da sua miopia, o que deveria ter servido ao cirurgião para limitar sua intervenção. Nega tenha colaborado para o fracasso da operação, pois quando foi procurar outro facultativo já dois meses se passaram e o réu não lhe aplicava nenhum tratamento. Houve resposta. É o relatório.

VOTO

Des. Ruy Rosado de Aguiar Júnior -

A autora era portadora de uma miopia de 4º grau em ambos os olhos e, no dia 31.3.87, submeteu-se a uma cirurgia refrativa efetuada pelo réu (ceratotomia radial), no olho direito, para eliminação do defeito.

A miopia ocorre quando a imagem focalizada é formada em frente ao plano da retina, o olho é demasiado longo e é considerado míope (laudo, fl.140), ou, na clara explicação do contestante: É um defeito, ou uma alteração refracional pela qual o foco das imagens que penetram no olho fique antes da retina, o que faz com que os seus portadores não enxerguem bem para longe (p.23).

Para isso, foram efetuadas na córnea oito cortes radiais retilíneos (laudo, fl.137), destinados a alcançar ao aplainamento dessa curvatura: o aplainamento vai provocar o deslocamento do foco das imagens, que está antes da retina da visão míope, fazendo com que o foco se desloque exatamente para a retina (contestação, fl.24).

Porém, o deslocamento do foco foi maior do que o esperado, projetando-se para além da retina, provocando, então, o inverso da miopia, que é a hipermetropia (astigmatismo) de dois graus no olho direito.

Como resultado dessa intervenção cirúrgica, a paciente ficou com dois problemas: 1- Névoa diante do olho direito, que desaparece com o buraco estenopeico ou colocando o indicador diante do canto interno, deve-se à difração (reflexão) dos feixes luminosos nas linhas das incisões (ficha clínica da autora, preenchida pelo cirurgião, fl.30); 2- anisometropia,

que é a diferença refratométrica entre os dois olhos, que pode ser compensada através de correção óptica (laudo, fl.138), determinante de alteração na fusão das imagens no córtex visual (idem, p.139).

Por causa da anisometropia de seis graus, que pode aumentar (laudo, fl.140), à paciente não se permite mais poder corrigir a deficiência visual com óculos, restando-lhe, apenas, a alternativa de lentes de contato (declaração do perito, fl.178v).

A cirurgia refrativa é alternativa eletiva, diz o perito à fl.178v., sendo uma das opções para o tratamento da miopia, pois a paciente não estava obrigada a realizar a cirurgia para ver o seu problema resolvido, podendo optar pelo uso de óculos ou lentes (perito, fls.178 e 178v).

A técnica para a realização da intervenção deve levar em conta a idade do paciente, pressão intra-ocular, curvatura da córnea, o número de incisões e a profundidade relacionada com o grau a ser corrigido (perito, fl.178).

2. Diante desse quadro, a primeira conclusão a que chego é de que houve erro técnico na intervenção cirúrgica, com a má avaliação dos dados acima explicitados, de consideração obrigatória (idade, pressão, curvatura da córnea, grau a ser corrigido), realizando-se incisões em número e profundidade em desacordo com a situação da paciente, resultando disso uma hipermetropia de dois graus.

Das incisões ainda resultaram seqüelas, com névoa diante do olho direito, conforme consta da própria ficha médica.

Não acredito se trate de uma obrigação de resultado, ainda que a cirurgia seja eletiva, mas neste caso é ampliada a responsabilidade do médico quanto à recomendação da alternativa escolhida e especialmente quanto ao modo de sua realização. Na espécie, a autora foi encaminhada para uma solução da qual saiu grandemente prejudicada, com prejuízo na visão do olho direito (névoa), com hipermetropia de seis graus, quando o máximo admitido é de cinco graus, o que lhe causa sérios embaraços à saúde e a obriga a usar lentes de contato, situação que lhe tem sido extremamente penosa, conforme se colhe da ficha médica.

Contentando-se ela com a redução da sua miopia por metade (ficha médica, fl.30), o resultado ficou muito aquém do aceitável, pois se saiu de uma posição de mais de quatro para menos dois graus. Sabendo o médico do risco de uma hipermetropia, com danos consequenciais por causa do alto grau de miopia, necessariamente deveria ter tomado providências para evitar esse resultado, pois não é razoável uma situação sensivelmente pior do que a anterior.

3. A tese do demandado cifra-se na negativa de qualquer culpa, atribuindo à autora toda a responsabilidade pelo insucesso, uma vez que interrompeu o tratamento dois meses depois da operação, quando seriam necessários três meses para um perfeito acompanhamento, ressaltando que no período pós-operatório poderia realizar os ajustes necessários através de procedimento adequado.

A escusa não pode ser aceita por uma razão principal: a busca de um resultado mais satisfatório seria obtida através de medicamentos, aplicados para alterar a pressão intra-ocular e modificar a curvatura corneana (laudo, fl.141). Isso seria obtido através do uso de colírios (informe do médico-assistente do réu, fl.179).

Contudo, como bem observado pelo apelante, sem contestação nos autos, desde 21.4.87 (ficha médica, fl.30), o réu não mais aplicou nenhum colírio à paciente, quando decorridos apenas pouco mais de 20 dias da cirurgia, de onde se deduz que o cirurgião não mais pretendia fazer uso dessa via e procurava resolver as crescentes dificuldades com o uso das lentes de contato, até que pudesse operar o olho esquerdo (anotação de 8.5.87, fl.30). Portanto, não foi da conduta da paciente que resultou o abandono do uso de colírios, que segundo os informes, seria o tratamento adequado para retificação de alguns defeitos operatórios. Passando mais de dois meses da operação, já abandonado o uso de colírios, sem outra indicação que não o uso de lentes de contato, e persistindo os problemas, razoável que a paciente procurasse uma outra solução.

4. Afasto as conclusões do laudo quanto às questões de natureza jurídica, fora do âmbito de perícia. Lamento que não tenha confrontado os dados constantes da ficha médica da paciente com os achados na perícia, deixando de esclarecer suficientemente o juízo sobre circunstâncias de fato, omitindo-se em responder sobre questões realmente relevantes, por aspectos meramente formais na formulação da pergunta, e respondendo outras de forma dogmática, como especialmente ocorreu na negativa à possibilidade da incisão ser feita com maior profundidade, o que, segundo tudo indica, é evidentemente possível.

Em razão das deficiências dessa prova, foi determinada a diligência de folhas, para o serviço médico, depois procurado pela autora, enviasse os dados ali registrados a seu respeito. Mais uma vez, como é de praxe, não se teve êxito na colheita de informes esclarecedores; daí a necessidade de uma renovada tentativa, igualmente frustrada, de que em nada colaborou para o conhecimento do fato. O que existe, porém, já é bastante para um juízo de procedência da ação.

O réu agiu com culpa ao realizar a intervenção cirúrgica com incisões que provocaram névoa diante do olho direito (fl.30), e produziu hipermetropia ao nível de dois graus no mesmo olho, defeitos cujo corretivo pós-operatório, através do uso de medicamentos (colírio), conforme as técnicas apontam, não foi suficiente para a retificação e os ajustes necessários, e, ainda, por ter abandonado o uso desse tratamento corretivo menos de 30 dias depois da intervenção.

É preciso esclarecer, para efeito de cálculo de indenização, que não se trata de perda de uma chance, a que em certa passagem se referiu o apelante. Na perda da chance, não há laço de causalidade entre o resultado e a culpa do agente (François Chabas, *La Perte d'une Chance em Droit Français*, palestra na Faculdade de Direito, 23.5.90: 'On remarque, dans ces affaires, les traits communs qui sont les caractéristiques du problème: 1. Une faute de l'agent. 2. Un enjeu total perdu et qui pourrait être le préjudice. 3. Une absence de preuve du lien de causalité entre la perte de cet enjeu et la faute, parce que, par définition, cet enjeu est aléatoire. C'est une caractéristique essentielle de la question').

Aqui houve nexó de causalidade entre o comportamento do réu e o dano sofrido pela paciente.

5. Reconhecendo a culpa do réu e dando pela procedência do pedido, defiro à autora indenização nos seguintes termos: 1) reembolso pelas despesas realizadas com a cirurgia efetuada pelo réu, e com tratamento a que se submeteu com o Dr. Telles,

depois com o Dr. Cruz e, finalmente, no Instituto Hilton Rocha, em razão da cirurgia, assim como comprovado nos autos, a ser calculado pelo contador, com correção monetária desde o desembolso e juros desde a citação; 2) despesas com a operação do olho esquerdo, para reduzir a miopia e, conseqüentemente, a hipermetropia, em médico estabelecido no Brasil, de confiança da autora. Essa parcela lhe é deferida pela necessidade de reduzir a hipermetropia, que é de seis graus, quando o máximo adicional é de cinco, desigualdade que resultou do insucesso da cirurgia realizada no olho direito. O orçamento prévio será apresentado ao Juíz, em índices de correção, devendo o réu depositar o numerário em 30 dias. O que faltar ou sobrar será cobrado ou devolvido a posteriori; 3) indenização pelo dano à saúde da paciente, até aqui sofrido, e pelo que lhe resultar de definitivo, após a cirurgia do olho esquerdo, que decorra diretamente da cirurgia do olho direito, conforme o que vier a ser apurado por arbitramento, e que lhe resulte uma situação pior daquela em que se encontrava antes de ter realizado a cirurgia examinada nesses autos.

As custas serão pagas pelo réu e mais honorários de 15% sobre o valor da condenação. Julgo prejudicado o agravo de instrumento. É o voto.

Des. Lio Cezar Schmitt -Peço vênia, Sr. Presidente, para subscrever o voto de V. Exa. Estou de pleno acordo.

De. Alfredo Guilherme Englert -Acompanho.

AS DEZ MAIS DO HOMEM SENSATO

- 1 - Não deixar para amanhã o que pode fazer hoje.
- 2 - Não ocupar outro naquilo que você mesmo pode fazer.
- 3 - Não gastar o dinheiro que ainda não ganhou.
- 4 - Não comprar o que é inútil para aproveitar a oportunidade.
- 5 - Não pagar o preço do orgulho, mais caro do que o da fome, da sede e do frio.
- 6 - Nunca se arrepender de ter comido pouco.
- 7 - Trabalhar de boa vontade para nunca se cansar.
- 8 - Não se afligir com desgraças que ainda não aconteceram.
- 9 - Considerar sempre o lado bom das coisas.
- 10 - Contar até dez antes de falar, quando estiver irritado.

A Responsabilidade Médico-Legal do Anestesiologista em atos Cirúrgicos-Odontológicos

Parer CFM 0032/91

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia, encaminha consulta ao Conselho Federal de Medicina sobre "a responsabilidade médico-legal nos casos de procedimentos realizados por cirurgiões-dentistas (não médico) sob anestesia praticada por médicos anesthesiologistas".

A responsabilidade de médicos (anesthesiologistas) ou dentistas (Cirurgiões-Dentistas) está prevista nos Código Civil, Penal e Ético das respectivas profissões.

"Artigo 1545 do Código Civil diz: "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."

No Código Penal há o Capítulo dos Crimes Contra a Pessoa, onde, em vários artigos, são tipificados os delitos possíveis e as penas correspondentes aos de caráter culposo, que é a modalidade específica ao que hoje denomina-se globalmente de "erro médico".

O Código de Ética Médica em seu art. 29 estabelece: É vedado ao médico: "Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência".

A Resolução CFM 851/78 em seu item nº 04 diz: "Todas as consequências decorrentes do ato anestésico são de responsabilidade direta e pessoal do médico anesthesiologista, inclusive o fornecimento de atestado de óbito em caso de êxito letal decorrente da anestesia".

A Resolução CFM 852/78 em seus itens abaixo diz:

Item 01 - "As solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos à cirurgia por cirurgião-dentista, somente poderão ser atendidas pelos médicos anesthesiologistas, quando forem realizadas em ambiente hospitalar, cujo diretor técnico seja médico e que disponha das indispensáveis condições de seguranças comuns a ambientes cirúrgicos, sendo prática atentatória à ética a solicitação de anestesia geral em consultórios ou ambulatorios".

Item 03 - "Quando o êxito letal for atingido como resultante de prática direta de ato cirúrgico-odontológico poderá ser o atestado de óbito fornecido pelo médico que tenha participado do ato cirúrgico ou pelo Instituto Médico Legal".

Item 04 - "Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia tem a equipe cirúrgica de ser, obrigatoriamente, constituída de médico e cirurgião-dentista, para adequada segurança do resultado pretendido, ficando sempre a equipe sob a chefia do médico".

A ata da 4ª Reunião da Comissão Mista dos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia, no dia 19 de outubro de 1977 (anexa), estabeleceu normas de atuação de médicos e cirurgiões-dentistas na área da cirurgia buco-maxilo-facial.

CONCLUSÃO:

1 - Em ato cirúrgico-odontológico, o cirurgião-dentista é o responsável pela cirurgia e seu resultado ou conseqüências.

2 - o cirurgião-dentista, diante da atual legislação, não possui responsabilidade legal que o autorize a fornecer atestado de óbito decorrente de ato cirúrgico-odontológico.

3 - o médico anestesiológico é o responsável pela anestesia e, conseqüentemente, pelas melhores condições possíveis do paciente suportar o ato cirúrgico necessário.

4 - Do ponto de vista médico legal e pelo que foi citado acima, cabe ao médico, como integrante da equipe de profissionais, atestar fatos relativos à mortalidade do paciente assistido.

5 - Os casos controversos deverão ser encaminhados à investigação médico-legal.

Este é o meu parecer.

Brasília-DF, 23 de julho de 1992.

Dr. Cláudio de Carvalho Lisboa
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/08/92



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 015/90

DENUNCIANTE - "EX-OFFICIO"
DENUNCIADO - DR. GLÁUCIO ROBERTO DE SIQUEIRA CAVALCANTI VERAS
RELATOR - CONS. JOSÉ LEON ZINDELUK
REVISOR - CONS. HENRIQUE DE LACERDA SUPLYCY
ACÓRDÃO - 011/92

EMENTA - AUTO-DENÚNCIA PARA APURAÇÃO DE TRATAMENTO DISPENDIDO À PACIENTE ACIDENTADO - ÓBITO - SUSPENSÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL IMPOSTA PELA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DO HOSPITAL - ARTIGO 57 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO.

Em instrução ficou tipificado ter o denunciado envidado todos os meios técnicos disponíveis em prol do paciente, desnaturando, por consequência, eventual infringência ao disposto pelo artigo 57 do Código de Ética Médica. Sendo certo, dessa forma, não ter o denunciado praticado conduta vedada pelo ordenamento disciplinar ético.

De outro lado, cabe ao Conselho Regional de Medicina, dentro de sua jurisdição, a aplicação de pena a seus membros, jamais à comissão de Ética Médica do próprio Hospital.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de processo Ético-Profissional sob o nº 015/90, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. GLÁUCIO ROBERTO DE SIQUEIRA CAVALCANTI VERAS,

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **NÃO ACOLHER** a imputação feita ao denunciado, de infração ao artigo 57 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 653, de 30 de novembro de 1992.

Curitiba, 01 de dezembro de 1992.

CONS. JOSÉ LEON ZINDELUK
Relator

CONS. WADIR RÚPOLLO
Presidente

MEIO AMBIENTE E ÉTICA MÉDICA

Emir Calluf *

1. INTRODUÇÃO

Partamos de dois fatos: a classe médica é ao mesmo tempo a mais conservadora e a mais revolucionária.

A mais conservadora: Apesar dos avanços extraordinários da medicina científica, a mentalidade do médico é, no geral, ainda **moralista** ao extremo. Ao contrário da **moral**, decisão de procurar o bem do homem concreto e evitar-lhe o mal, o moralismo é uma fixação sentimental-doutrinal em abstrações. A mesma inversão, agora no plano médico, que sucede no plano jurídico: o homem para a lei, em vez de a lei para o homem; a saúde humana subordinada a certas preconcepções e preconceitos, em vez de estas se submeterem àquela.

Ploriferam os exemplos: desde a relutância, quando não-omissão e até oposição a atitudes sexuais diversas das habituais: aborto, anticoncepção, eugenia, eutanásia... até a ignorância diante de questões sexuais, o pudor excessivo diante do corpo, a obsessão química que converte o médico em mero receitador de remédios, a quase omissão nas Faculdades em abordarem tais temas, mais a constante adesão da classe em prol do **status quo**.

O que motiva este conservadorismo? Negativamente, a defesa da própria situação socioeconômica, que posições mais avançadas talvez arriscassem. Positivamente, o contato com o organismo, com uma anatomia e fisiologia que constituem dados ancestrais praticamente imutados e imutáveis.

Ao mesmo tempo a classe médica é, bom ou mau grado dela, **a mais revolucionária**. Porque, mais até incôscia do que consciamente, vem derrubando todos os mitos com que os antigos lidavam com o organismo. Ao manipulá-lo, ao corrigi-lo, ao substituí-lo os órgãos inclusive, ao tratá-lo necessariamente como objeto de pesquisa, tratamento e cura, desfaz na mente pessoal e social, as vetustas explicações míticas e místicas (a epilepsia como possessão, a aids como castigo, a vida como "sagrada"), obrigando-se a encará-lo objetivamente, nos dois sentidos da palavra: como objeto de intervenção e manuseio (aparelho anatomofisiológico) e como algo a ser tratado sem subjetivismos e por isto mesmo prejudiciais à própria saúde.

Paradoxalmente o médico é pois alguém amíde o mais conservador possível, atendo-se até a crenças absurdas, mantidas à custa de lhe impedirem o avanço senão

* Psicólogo, residente em Curitiba. Trabalho premiado em 2º lugar no Concurso de "Melhor Monografia sobre Ética Médica - 1992" — "O Meio Ambiente e a Ética Médica", promovido pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná.

econômico, pelo menos profissional-científico; ao passo que este o obriga na prática a ir demolindo os próprios preconceitos. Se por exemplo, e num caso extremo porém freqüente, atribui à influência de "espíritos" uma doença que não consegue curar, o próprio progresso da medicina, possibilitando a cura, lhe desmente a crença...

Se portanto a ética médica (EM) possui alguma significação, antes de referir-se ao paciente ou ambiente, cumpre atinja o próprio médico: na medida em que se conscientizar da própria dualidade (credulidade e objetividade); em que se esforçar por superá-la; em que por conseguinte agir integramente e integrante - é que agirá eticamente. E em consequência, contribuirá especificamente para o meio ambiente, não, como outros especialistas, defendendo espécies animais ou vegetais em extinção, mas promovendo o homem como influídor e influído.

2. DESENVOLVIMENTO

1. Definição de ética. É a ciência e a arte que distingüe entre o bem e o mal. Não abstratos, mas aqueles que benfazem ou malfazem ao homem. E que por isto o ensina a evitar o mal e praticar o bem. Claro, o homem é ente polivalente: amiúde age e reage em níveis e situações diversos, de modo que nem sempre é claro o que para ele seria bom ou mal, porque o que lhe faz bem num plano ou conjuntura poderia malfazer-lhes noutros. Como porém é ao mesmo tempo uma unidade, é aquilo que o beneficiar fundamentalmente, não como animal ou profissional ou cidadão, mas como pessoa, apesar de exigir que em prol disto sacrifique outros bens, que consistirá em conduta ética, digam o que disserem os códigos das mais variadas origens.

2. Definição de ética médica. Aí é que, mais do que qualquer outra ciência, entra a medicina. Pois é negável que o básico para qualquer comportamento humano positivo é a saúde e portanto aquilo que a promove. E negativo, a doença e causas dela. Por outra: ético é aquilo que sana o homem, que lhe promove a saúde integral; e anti-ético, o contrário. A ética médica consiste pois na aplicação consciente e eficaz dos conhecimentos e técnicas médicas ao bem-estar humano. Isso exclui danterão qualquer doutrina ou crença - a ciência não se prende a qualquer ideologia - pois se atém à razão e à prática: é esta, são os resultados benfazejos desta, que importam, não teorias, credices ou filosofias. Vale portanto para ela aquilo que sana o homem (outroa curativamente, hoje em dia preventivamente). Aquilo que o integra = o torna inteiro, já que saúde significa inteireza, ser inteiro, funcionar integralmente; ao passo que doença, o oposto: aquilo que o desintegra, tanto mais quanto mais gravemente.

A medicina é ética pois não enquanto obedece a este ou aquele mestre, segue uma doutrina ou outra, e sim enquanto realmente contribui para salvar (no sentido original da palavra: dar "salutem", que no latim significa tanto saúde quanto salvação).

O que este princípio, o mais conservador possível, representa de revolucionário, mal avallamos. Até hoje em toda a história humana não houve nada nem ninguém tão coerente, que sobrepusesse a conceitos, preceitos e preconceitos o bem real da pessoa. Mas é para este rumo que a evolução - apesar da resistência subconsciente porém real dos próprios médicos está caminhando: para a evidência de que é bom e portanto ético

tudo aquilo com que a medicina benfaz ao homem como pessoa e mau contrário.

Isto reduziria a medicina a promover um animal sadio apenas? Não: uma pessoa sadia. Pois a saúde é algo indivisível. E é esse talvez o preconceito maior que, para de fato evoluir científica e eticamente, a medicina tem de superar. Tanto a saúde como o homem são indivisíveis. Inexiste uma sanidade física, distinta da mental, assim como inexiste um corpo sadio e uma mente enferma ou vice-versa. Somos uma unidade e é esta que o adoece ou sara.

Só quando se sobrepujar esta dualidade maniquêia entre corpo e alma, esta sobrevivência dentro da própria ciência médica duma concepção pré-científica, é que os médicos individuais suplantarão um certo complexo-de-inferioridade, oriundo do desprezo atávico pelo corpo, pela matéria, complexo que não raro os impele a deturparem (e portanto imoralizarem) a vocação essencialmente concreta de sanarem a pessoa doente, num aconselhamento, num sentimentalismo e até numa doutrinação, os quais não tem nada a ver nem com a medicina nem portanto com a saúde do enfermo.

Está repleto o mundo de pseudomédicos que degeneraram em quase curandeiros, porque apelam muito mais para superstições do que para a ciência. Não só porque naturalmente isto é mais fácil (dispensa-os de estudarem), como porque corresponde à mentalidade não-evoluída deles. Na medida em que são e agem assim são o menos éticos possível, não só porque não é isto que esperam deles a sociedade e a profissão e os doentes, como sobretudo porque impedem, em vez de ajudarem, a prevenção e a eliminação da enfermidade.

Resumamo-nos pois: longe de se confundir com certas mundivisões doutrinárias e até dogmáticas ou com certos complexos pessoais não-resolvidos (por exemplo o sofrimento como provação, a vida como sagrada, a proibição apriorística de intervir no organismo, a preferência de crenças sobre a pessoa em vez da pessoa concreta), responsáveis por um atraso tanto da medicina quanto do médico, a ética médica se rege por um princípio sólido e lúcido: bom é qualquer procedimento que faz bem a este organismo plurifacético chamado homem, aquilo que, em o encarando inteiro e uno, o integra e sana. E mau o contrário. Em vez pois de absolutizar certos princípios, dentro dos quais depois se tenta enquadrar o homem, deforme-se com isto quanto se deformar, absolutiza-se o indivíduo e a este têm de se adaptar os princípios.

3. O meio ambiente. Para uma medicina antiga e alienada, resultante duma cosmovisão egocêntrica do homem, o organismo era uma ilha, as doenças entidades quase autonomas e o tratamento uma concentração de esforços nele e nelas isoladamente. Na visão moderna e ampla, o organismo não só está imerso num ambiente que o faz e que é feito por ele, como consiste numa inter-ação mediante a qual recebe e fornece elementos essenciais de saúde e doença. Se um adoece, contamina o outro e vice-versa. Se sara, idem.

Não é questão de apenas reconhecer com a psicoterapia que escusa tratarmos a neurose, caso ao indivíduo envolva um ambiente neurotizante; nem de com a infectologia, que é do meio que ele absorve e ao qual transmite micróbios e vírus. E sim de muito mais averigüarmos que ele é uma inter-ação contínua e inevitável com o ambiente, mediante desde o ar que inspira e expira, do alimento que extrai dele e nele dejeta, das pressões

mais variadas de clima, barulho, agressão ética, estética ou intelectual, que sofre e provoca. Enfim mediante uma contínua e inescapável estimulação tanto positiva, caso ele e o ambiente sejam relativamente saudáveis, quanto negativa, no caso oposto.

De modo que a doença, que o médico se propõe a curar, melhor, a prevenir, melhor ainda a saúde que visa a incentivar, não pode, sob certeza de fracassar, agir como se o indivíduo existisse isolado, como pois se tratasse dum aparelho a parafusar ou lubrificar com certas substâncias ou aparelhos: de bom ou mau grado se obriga a encarar, além do paciente no consultório ou hospital, além dos remédios e cirurgias, para o mundo e a sociedade em que a pessoa vive e respira e se comunica e trabalha.

Claro, este mundo lhe escapa, só pode mediante medicamentos ou esclarecimentos, influir diretamente sobre o organismo do indivíduo, escapando-lhe qualquer influência maior sobre o ambiente como um todo. Mas, se for honesto e coerente, ético, reconhecerá que é vão o esforço dele em prol da saúde, se, tentando curar ou prevenir os males físicos, devolver o paciente a um meio contaminado e contaminante. Que a ética, injunção de procurar o bem (saúde) da pessoa e lhe evitar o mal (doença), extrapola os limites estreitos da profissão e o faz interrogar como e até que ponto conseguirá influir sobre sobre um ambiente que afeta irrecusavelmente ao paciente. Exemplo premente é o da aids, que, mais do que tratar de eliminar um vírus, trata de toda uma conduta sexual social, de toda uma mentalidade em relação ao sexo e portanto de toda uma visão do homem, da vida e do futuro.

Obviamente a ação do médico individual se limitará e deverá limitar-se ao paciente. Não cabe a ele promover grandes reformas e revoluções sociais, mas, se cada médico e a própria medicina, como é pesquisada, ensinada e praticada, se conscientizarem da relação estreita entre indivíduo e ambiente, dirigirão a ciência medida para um rumo inteiramente novo: aquele que procura o bem (saúde do homem, a integridade humana, num mundo que poria a pessoa acima de tudo e poria tudo em função da pessoa, num mundo ético portanto, não porque obedeça a códigos antigos, veneráveis e antiquados, mas porque, mais do que por causa dum sucesso parcial embora importante no tratamento duma doença ou doente, contribui para a formação dum ambiente humano: aquele que é bom porque nos faz bem, aquele que, mais ao ponto, é sadio, porque sadios somos nós que o formamos.

4. Prática. Se perguntarmos agora como e em que pode o médico agir eticamente em concreto, isto é, procurar o bem real do homem, a saúde integral deste, a integridade dele, é claro que não se trata de ele afiliar-se a e militar em movimentos ecológicos, que os desviariam da missão específica dele: nem seria um médico eticamente correto (interessado que estaria noutros assuntos) nem um ecologista eficiente, pois a preparação dele o levaria noutra direção. Enquanto se preocupasse com o meio ambiente, esquecer-se-ia do paciente concreto, que necessita dele aqui e agora. Mas também, se não quiser frustrar-se na tarefa curativa e preventiva, se não alimtar a um ganha-pão ou fortuna, que, por mais que o sustentem, não o realizam profissionalmente, terá de descobrir como e onde, mediante a ação médica sobre o indivíduo agirá sobre o meio ambiente e vice-versa.

Talvez não tenhamos percebido como esta posição revolucionária não só a medicina, como a própria questão ética. Esta tem se restringindo a ensinar (baseada em que?),

que certas condutas médicas são certas e outras erradas, que bom eticamente é o médico que adota as “certas” e evita as erradas”. Num mundo porém crescentemente consciente da interdependência entre o homem e o ambiente, essa estreita conduta não basta mais: na prática a ética médica se ampliou ao tamanho do mundo e da sociedade. E se resume neste raciocínio: se a meta é a saúde, se ético é o médico que sana o homem, se no entanto homem sadio depende do ambiente sadio e vice-versa, na medida em que sanar o homem, contribuirá para conscientizar a si e a ele da importância da sanidade ambiental; e vice-versa, na medida em que for sanado o ambiente, o homem adquirirá mais condições para tornar-se sadio.

Evadimo-nos pois da estreita e tacanha noção do médico como receitador de remédios, anestesiador de dores ou cortador de tecidos e órgãos... ou da fictícia e sentimentalóide noção dele como sacerdote dos corpos em oposição ao das almas... e partimos para, num mundo em expansão, a meta do médico como o maior contribuidor para a saúde dum homem que prolonga o ambiente e a quem o ambiente prolonga. Em concreto ele não se contentará mais com receitar um remédio, que, embora eficaz, não influiria em nada sobre o ambiente, o qual, mesmo que não o adoecesse, o impediria de desabrochar; ou em operar um organismo decadente, para lhe restituir um funcionamento normal, que logo continuará afetado por circunstâncias adversas. E sim trabalhar, por mais humilde e ocultamente que seja, a fim de melhorar (sanar) o ambiente em que o homem vive e trabalha neste ambiente. Apenas assim escapará não só da irrelevante noção de ética médica como um conjunto de preceitos limitadores e infundados e antiquados, como da frustração de estar sempre enfrentando novas doenças, sem que jamais atinja o objetivo da saúde. A ética médica consistirá numa atitude e de quanto depende dele contribuir para um ambiente sadio, que sana o homem e um homem sadio que sane o ambiente.

E aqui tocamos no cerne da questão. Não é o ambiente que adoce o homem, é o homem que adoce o ambiente. E portanto, na medida em que se sanar o homem, em que o caso o médico, o esclarecer que a saúde dele depende não tanto do remédio quanto de ele criar um ambiente saudável, é que atingiremos a saúde: não apenas um funcionamento fisiológico relativamente perfeito, mas como na etimologia: **salutem** = salvação ou conservação e ampliação da vida.

5. Superpopulação. Pormenorizando: no que é que o homem tem mais pervertido e dessavado o ambiente e até que ponto deve o médico eticamente orientado interferir nisto, evidencia-se a resposta: embora nem os ecologistas nem lamentavelmente a Rio 92 e tenham quase mencionado, a destruição do meio ambiente (e conseqüente adoecimento do homem) galopa nas costas da superpopulação: nosso planeta é um ecossistema frágil demais para suportar esta multidão descontrolada de humanos, não suporta a coexistência e convivência de tantas espécies com uma que se descontrolou numericamente. E que portanto não só vai esgotar, pela simples quantidade, os recursos necessários até para sobreviver e em conseqüência destruir-se (como já acontece na Índia, China e partes da América Latina), num nível de doença, sordidez e indignidade. Quando nascerem mais cem milhões de brasileiros, o que farão, aonde irão, senão ocupar e derrubar a Amazônia, por mais que os ecologistas berrrem a favor da preservação das florestas e espécies tropicais?

Se os médicos têm se ocupado não só em salvar as vidas mas de sana-las, no sentido de contribuir para uma saúde sem a qual não vale a pena ser vivida, hoje em dia deve mudar-lhes a cabeça a questão e a consciência do meio ambiente, a menos que, seja sob que pretexto for, se resignem a uma impotência crescente (pois a deterioração do meio ambiente inutilizará quaisquer esforços em prol dum homem sadio), cumpre-lhes reconhecer, superando, superando o conservadorismo e aderindo à evolução: a grande doença, para sanar e sobretudo prevenir a qual tem de contribuir uma medicina ética, é a sub-humanidade, é o homem não conseguir viver como gente, sobreviver até abaixo do nível animal. Porque não só mais infeliz do que este, como sobretudo aquém das próprias potencialidades.

Se o médico antigo era venerado por acorrer as populações sãs mais carentes e vaciná-las e medicá-las, atenuava os efeitos sem atingir as causas. Ora uma ética médica honesta, atacará as causas, mediante o que eliminará os efeitos. Ora a causa primária da sub-humanidade e conseqüente destruição implacável do meio ambiente é a superpopulação: há gente demais para recursos de menos, gente de mais para possuírem recursos que os humanize, como triste e inativamente assistimos neste Brasil, onde se multiplicam as crianças de rua, sem que se tome nenhuma medida concreta, nem mesmo por parte duma medicina que se diz e se quer ética, para extirpa-lhe a causa: a procriação indesejada e indesejável.

Concluimos logo que não é mais ético o médico e a fortiori a medicina que se contentam com obedecer o preceito tradicional de fazer o bem quase como filantropia. Pelo contrário a evolução ética se faz noutra direção: se a quantidade se opõe à qualidade e se só a qualidade justifica a vida; se a quantidade é má para o homem como pessoa porque dificulta e até impossibilita a humanidade da vida - ético é aquele que promove a qualidade da vida (saúde), não aquele que a promove sem qualidade e até contra ela (doença). Se a doença mais grave, porque base de todas as outras, é a sub-humanidade, cabe à medicina e ao médico a conduta ética de impedir a sub-humanidade, fornecendo recursos para o cerceamento da quantidade.

Outroa a medicina se empenhava e salvar o maior número de vidas possível baseada no hoje questionado e questionável pressuposto de que qualquer vida é sagrada. Em conseqüência interferiu na seleção natural e conseguiu sobrevivessem milhões que ela eliminaria, porque careciam das mínimas condições para uma existência humana. Foi uma conquista cientificamente notável, que atualmente tem de evoluir para uma mais notável ainda: a de partir da quantidade para a qualidade. Não é ético, não é decente, não é humano, salvar uma vida sem se importar se ela possuirá as mínimas condições para tornar-se humana. A vida só merece ser vivida na proporção em que é humanizável. Daí que se deve esclarecer por um lado e por outro fornecer os recursos para que ela cresça em qualidade. É esta a ética médica atual; ao invés se contradiria de todo uma deterioração anti-ética: aquela que contribuísse para uma deterioração da vida humana (sub-humanidade) e em conseqüência do meio ambiente que a sustenta. E a isto nos conduziria a mentalidade conservadora, ainda prevalente em parte dos médicos, de que absurdamente lhes cabe eximir-se de qualquer atitude neste assunto. Enquanto a omissão deles contribui o mais poderosamente possível para que, explodindo em quantidade, a vida, a qualidade

da vida vá se detiorando irremediavelmente.

No fundo a ética, médica ou não, é uma questão de amor à vida. Ou o homem (e o médico) se ama suficientemente para promover uma vida decente, para só aceitar uma vida humana e portanto em harmonia com o ambiente; ou destrói ao ambiente e a si mesmo mediante uma procriação exagerada e desrespeitosa. Mais ao ponto: ou médico e medicina se conscientizam de que hoje cabe a eles mais do que a ninguém a autoridade, não dos ditadores ou políticos mas da ciência, limitar a quantidade de vidas, a fim de lhes melhorar a qualidade, ampliar o conceito de saúde para o de integridade humana, para o de humanidade, pois sadio é o homem que é humano ao máximo e humano ao máximo é aquele que se harmoniza com o ambiente necessário para humanizá-lo. É isto que a quantidade impede irremediavelmente.

Isto significa que o médico e a medicina eticamente orientados (não financeiramente, interesseiramente, politicamente ou tradicionalmente orientados) não apenas vão descontinuar a mentalidade curativa do passado, por mais necessária que tenha sido e continue a ser; nem só que vão contribuir mediante a pesquisa crescente e a prática cotidiana para esclarecer e fornecer os recursos para uma limitação eficaz da natalidade, mas que compreenderão a função deles como não meramente receitadores de remédios ou consertadores de organismos, e sim como a de humanizadores do homem: contribuir eficazmente para que o homem seja íntegro=inteiro=sadio=realize aquilo que existe potencialmente na natureza deles: a humanidade, entendida como desabrochamento global (físico, mental e social e como para isto ele precisa de ambiente sadio e íntegro também, a este recorra e conserve com esse intuito. E como o maior inimigo desta integridade, saúde, humanização, ambiente é a quantidade, empenha-se em reproduzir-se qualidade não quantidade.

Esta é que seria a atitude médica mais ética para com o meio ambiente: a de contribuir para que, em vez de consumi-lo e afinal consumir-se uma massa insaciável, se estabeleça o círculo virtuoso do homem que procria em harmonia com o meio ambiente e dum meio que sustenta esta procriação harmoniosa, ninguém mais do que a medicina pode e deve encarregar-se desta função. Se ou a preterir ou a desconsiderar, tudo o que chamar ainda de ética médica se reduzirá a auto e hetero-engano.

6. Eugenia. Médico e medicina eticamente motivados encaminhar-se-iam para aos poucos (porque populam ainda os tabus contra ela) para uma direção mais ousada: a da eugenia. Por que senão por preconceitos (doutrinações antigas) ou confusão-ignorância (confunde-se com genocídio!) evita-se até tocar neste tópico? Por que se aplica sem hesitação aos animais, como se importasse mais produzirmos bichos aperfeiçoados do que filhos mais sadios? Por que não se extirpariam geneticamente as doenças que hoje nos limitamos a curar quando possível ou a tolerar quando não? E por que, mais radicalmente, não desenvolveríamos qualidades superiores que hoje nos restringimos a apreciar, quando aparecem por acaso?

Custa compreendemos que um homem eugênico se harmonizaria melhor consigo, não só com o meio ambiente, mas consigo e com os semelhantes, dotado que seria de maior humanidade? E que portanto em última análise e num progresso decisivo, aí se ofereceria a resposta para todo o conflito existente entre homem e meio ambiente, entre

homem e homem, entre saúde e doença, entre vida sub-humana portanto digna de ser vivida porque crescentemente humana, entre médico anti-ético, porque indiferente à qualidade de vida e ética médica, porque põe esta a qualidade acima de tudo.

3. CONCLUSÃO

Para a maioria dos médicos, que nos consultórios e hospitais se dedicam a curar ou prevenir doenças, tudo isto soará como divagação teórica. Gostariam de saber qual a atitude ética na prática deles. Mas é das grandes visões que se originam as ações mais nobres. E mesmo o médico mais humilde só ganhará com abrir a cabeça: como compreender-se não qual mero mecânico ou químico ou encanador do corpo e sim como alguém cuja conduta ética vai contribuir grandemente para a evolução humana. E esta conduta ética consistirá em algo simples embora dificultado pelo preconceito: que lhe cabe incentivar tudo o que for bom para o homem e desestimular tudo o que for mau. E que bom para o homem é aquilo que o humaniza, mau o que desumaniza. E que, tenham sido como tiveram outras épocas, não é nelas que vive e sim na nossa. E na nossa o que mais desumaniza o homem é antes de tudo a quantidade, a superpopulação que destrói o meio ambiente necessário para a saúde integral dele. E que o que o humanize é a qualidade resultante duma harmonia como meio ambiente, a qual exige que, antes do que multiplicar-se destrutivamente desabroche nas qualidades que, em vez de o rebaixarem a um mero perpetuador da espécie, o transformem em indivíduo são e sandor.

Toda esta questão de relação entre meio ambiente e ética médica, é muito simples: cabe ao médico não tornar-se um ecologista com nome de médico ou médico especializado em ecologia e sim simplesmente indagar-se: como vou contribuir para a saúde, o bem, deste paciente e lhe evitar o mal? Já que ele vive em inter-ação com o ambiente? Como vou contribuir para a saúde, o bem, deste ambiente e lhe evitar o mal, já que é nele que o paciente vive? E a resposta é óbvia: ninguém mais do que um médico e uma medicina livres de preconceitos e donos de recursos inauditos, conseguirá contribuir mais para a qualidade de vida, a compreensão de que o indivíduo que respeitar será respeitado, e que contra isso tudo está a quantidade.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 012/88

DENUNCIANTE - CRM/PR
DENUNCIADO - DR. JOÃO SAID SALLUM
RELATOR - CONS. ELIAS ABRÃO
REVISOR - CONS. SÉRGIO AUGUSTO DE MUNHOZ PITAKI
ACÓRDÃO - 007/92

EMENTA - ATENDIMENTO POR ACADÊMICO EM PLANTÃO DE PRONTO SOCORRO - MÉDICO RESPONSÁVEL NO CENTRO CIRÚRGICO - IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NO MOMENTO-DENÚNCIA IMPROCEDENTE.

Se não houve prova conclusiva de falta de atendimento no plantão do Pronto Socorro não se pode imputar ao denunciado a figura da omissão de socorro.

Relevante o fato de na ocasião o denunciado encontrar-se com operação de emergência, impossibilitado de atender o paciente no Pronto Socorro.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional sob nº 012/88, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o DR. JOÃO SAID SALLUM.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **NÃO ACOLHER** a imputação feita ao denunciado, de infração ao artigo 35 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 634, de 17 de agosto de 1992.

Curitiba, 18 de agosto de 1992.

CONS. ELIAS ABRÃO
Relator

CONS. WADIR RÚPOLLO
Presidente

O DIREITO DOS JUÍZES

Paulo Heerdt*

1. INTRODUÇÃO

Na expressão de Winfried Hassemer, desde o início do atual século, a teoria do Direito e o ensino metodológico compreendem-se como sendo, preponderantemente, o debate da polaridade da norma legal de um lado e da sentença judicial de outro¹.

O debate acentuou-se a partir das codificações das lei e das obras jurídicas que passaram a ditar as normas ao Juiz, determinando como deve decidir os casos a ele submetidos, tendo como consequência natural a vinculação do julgador à lei.

A existência das Codificações afetou e atingiu de maneira substancial a ação do Juiz e, conseqüentemente, ficou a indagação a respeito de que funções deve desempenhar², na ação do Juiz, e de que forma deve ser compreendida a sua vinculação à norma legal. A resposta está em que grau se deva entender a coatividade da lei sobre a atividade judicial².

De um lado, sustenta-se que o Juiz deve subsumir o caso concreto na norma codificada, de tal sorte que a sentença está correta quando somente aplica a lei, sem nada acrescentar ou subtrair. A decisão do Juiz não tem outra função do que a de concretizar o conteúdo da norma legal, da lei para e no caso a ser decidido. A vinculação do Juiz à norma legal é coativa (Zwingend). O ideal de segurança e certeza do direito (Rechtssicherheit) parece ter sido atingido. As decisões judiciais individuais são ab initio prognosticáveis, pois que desembocam da norma jurídica pré-formulada³.

Esta idéia, em realidade, é antiga. Desde a época do Iluminismo pensou-se estabelecer a segurança jurídica absoluta, através de normas rigorosamente elaboradas, especialmente para garantir uma absoluta univocidade a todas as decisões judiciais e a todos os atos administrativos.

Ainda recentemente - como lembra Karl Engisch - expôs Bockenlmann, mais uma vez tal concepção, em termos preciosos: 'O Tribunal, ao aplicar o Direito, deve funcionar como um autônomo, com a única particularidade de que o aparelho em função não é um mecanismo automático, mas um mecanismo lógico'⁴.

No dizer ainda de Engisch, a desconfiança que havia chamado sobre si os Juizes no Período da Justiça de arbítrio e de gabinete (quer dizer, de uma justiça que se acomodava às instruções dos senhores da terra), e, por outro lado, a adoração da lei animada por um espírito racionalista, fizeram com que a estrita vinculação do juiz à lei se tornasse um postulado central⁵. Daí a chegar-se ao exagero

* Juiz de alçada e Professor de Direito Civil e Processo Civil do Rio Grande do Sul

1 HASSEMER, Winfried. *O Sistema do Direito e a Codificação. A Vinculação do Juiz à Lei*. Rev. AJURIS, 36/80.

2 *Idem, Ibidem*, p. 181.

3 *Idem, Ibidem*, p. 182.

4 ENGISCH, Karl, *Introdução ao Pensamento Jurídico*. Lisboa, Calouste Gulbenkian, 3ª ed. p. 170.

5 *Idem, Ibidem*, p. 171.

foi um passo, pois que se estabeleceram insustentáveis proibições de interpretar a comentar a lei. O Juiz deveria ser escravo da lei.

No decurso do séc. XIX percebeu-se, porém, impraticável o postulado, pois não é possível elaborar as leis com tanto rigor e tão exatas, de modo que toda a dúvida quanto à sua aplicação seja afastada⁶.

À medida em que os Tribunais se foram libertando do poder dos senhores da terra e passaram a ter autonomia, como verdadeiras autoridades judiciais independentes, passou-se a pensar ser lícito desembaraçá-los das amarras da lei, a fim de disporem eles daquela liberdade de decisão, de que precisam para dominar a vida na pluralidade de suas formas e na sua imprevisibilidade⁷.

No início deste século, passou ao extremo oposto com a Escola do Direito Livre, encabeçada por Kantorowicz (*Der Kampf um die Rechtswissen* 1906) e Eugen Erlich (*Freie Rechtsfindung und freie Rechtswissenschaft*, 1903) Na primeira obra, como se sabe, Kantorowicz publicou, sob o pseudônimo de Genaeus Flavius, o programa do Direito Livre, do qual depois Erlich foi seu defensor.

Afirmava entre outras coisas⁸ que, ao lado do Direito Estatal, se apresenta como igual, pelo menos em potência e em influência, o Direito Livre, produto da obra jurídica dos membros da sociedade, a ciência do Direito e das sentenças dos Juizes.

Descrevendo esse novo movimento, Alfredo Buzaid salienta que dele participaram vários juristas da mais alta autoridade, todos empenhados na busca de medidas tendentes a solucionar o problema das fontes do Direito e dos limites ao poder de o Juiz formar livremente o Direito⁹.

O pensamento de um deles (Oscar von Büllow) foi assim sintetizado por Chiovenda: 'O ofício do Juiz se realiza com base em uma operação lógica, mas não se reduz a um simples silogismo. A sentença, como vontade concreta, se diversifica da lei, obriga com força maior de uma simples norma abstrata. Um puro Juízo lógico pode fazer-se também pelo particular, mas o particular não pode sentenciar, nem condenar. Se o Juiz não devesse senão declarar a lei, o objetivo da ciência jurídica se reduziria ao conhecimento de normas já contidas na lei. O próprio florescer da ciência jurídica demonstra o contrário. Historicamente o Juiz aparece a princípio livre em seu julgamento, conquanto orientado pelo senso comum jurídico ou pelo costume: é graça à obra dos Juizes que se forma lentamente a legislação'¹⁰. Rudolf Stammler destacava que o Direito tem o sentido de que seus preceitos sejam fundados intrinsecamente. E todo preceito jurídico deve estar sempre em busca do justo¹¹.

Apostando no equilíbrio, Karl Engisch vaticinou que as leis são hoje, em todos os domínios jurídicos, elaboradas de tal forma que os Juizes e os funcionários da administração não descubrem e fundamentam suas decisões tão somente através da subsunção a conceitos jurídicos fixos, a conceitos cujo conteúdo seja explicitado com segurança através da interpretação, mas antes são chamados a valorar autonomamente e, por vezes, e decidir e a agir de modo idêntico ao do legislador. E assim continuará sendo no futuro. Será sempre questão de uma maior ou menor vinculação à lei¹².

Também François Géný assumiu posição de equilíbrio, pois que, segundo ele, a ordem jurídica positiva de um país não está jamais plenamente satisfeita pelas disposições de suas leis escritas. E ainda que se desenvolvam estas numa lógica precisa e que delas se tire tudo o que pode dar uma aplicação intensiva das faculdades intelectuais para a penetração de um texto redigido por homens,

6 *Idem, Ibidem*, p. 171.

7 *ENGISCH, Karl. Op. cit.*, p. 171.

8 *TREVES, Renato. Introducción a la Sociología del Derecho. Madrid, Taurus Ed. 1978, p. 59.*

9 *BUZAIID. Apresentação da obra Hermenêutica Jurídica de Francisco de Paula Baptista, Ed. Saraiva, 1984, p. 3.*

10 *CHIOVENDA, Giuseppe. Principi di Diritto Processuale Civile. Napoles, 1965 p. 70.*

11 *STAMMLER, Rudolf. Apud Alfredo Buzaid, op. cit.*

12 *ENGLICH, Karl. Op. cit.* p. 172.

fica-se abaixo das necessidades a que corresponde o ideal do Direito. As Relações humanas são muito numerosas, muito complexas e mutáveis, para encontrar um regulamento suficiente em algumas fórmulas verbais, editadas em um determinado momento e em presença de uma situação impossível de abranger em um único relance de olhos, que se trate de distinguir entre os fatos da vida social, quando mereçam sanção pública, quer tendam a determinar as condições, a natureza e os efeitos desta solução¹³.

Mais tarde, Hans Kelsen, tratando da interpretação da lei, magistralmente conclui que: "O ato jurídico que efetiva ou executa norma pode ser conformado por maneira a corresponder a uma ou outra das várias significações verbais da mesma norma, por maneira a corresponder à vontade do legislador - a determinar por qualquer forma que seja - ou, então, à expressão por ele escolhida, por forma a corresponder a uma ou outra das duas normas que se contradizem ou por forma a decidir como se as duas normas em contradição se anulassem mutuamente. O direito a aplicar forma, em todas estas hipóteses, uma moldura, dentro da qual existem várias possibilidades de aplicação, pelo que é conforme o Direito todo o ato que se mantenha dentro deste quadro ou moldura, que preencha esta moldura em qualquer sentido possível"¹⁴.

A interpretação de uma lei - assinala o mestre de Viena - não deve necessariamente conduzir a uma única solução, mas a várias - que têm igual valor - se bem que apenas uma delas se torne Direito Positivo no ato do órgão aplicador do Direito. Dizer que uma sentença judicial é fundada na lei não significa, na verdade, senão que ela contém dentro de moldura ou quadro que a lei representa; não significa que ela é a norma individual, mas apenas que é uma das normas individuais que podem ser produzidas dentro da moldura da norma geral¹⁵.

Entre nós, Carlos Maximiliano confessa sua preferência por um meio termo, destacando no prefácio da primeira edição de sua principal obra que adotou a medianeira entre as estreitezas do passado e as audácias do futuro; esposei a doutrina consagrada, vigente, aceita pela maioria dos juristas contemporâneos¹⁶.

Modernamente, de forma vigorosa, ressurgiu o debate. Na lição de Juarez Freitas, 'o problema da injustiça das leis torna-se, não raro, centra, mormente quando é imenso o contraste entre os valores do ordenamento jurídico positivo e o sentimento de justiça preponderante na sociedade, a que é - ou deveria ser - epistemologicamente, a fonte jurídica por excelência'¹⁷.

O correto - afirma - é sustentar que a lei, quando rechaçada pela maioria da população, sobretudo pelos espíritos desinteressados, é a tal ponto despótica, que falecem seus atributos de lei ou se infirmam parcialmente, por não conseguir ser uma imagem física da lei Social¹⁸.

De sua vez, o Juiz Amilton Bueno de Carvalho sustenta que a lei injusta não deve ser aplicada. Evidente que o Juiz deve pensar a lei em todas as possíveis interpretações e, não encontrando nela respaldo para o justo deve negá-la, porque os anseios sociais assim o exigem¹⁹.

E acrescentando o magistrado: "O mundo do Juiz, o seu campo de luta, o local onde realiza sua obra de arte, sua fonte de realização pessoal, e onde sela seu compromisso com a sociedade, é no reinado do caso concreto. Ali ele é soberano para buscar a justiça. Ao legislador cabe a criação de normas genéricas, tão-só"²⁰.

13 GÉNY, François. *Méthode d'Interpretation et Sources en Droit Privé Positive*. Paris, 1932, 2/404.

14 KELSEN, Hans. *Teoria Pura do Direito*. Armênio Amado Ed., Coimbra, 4ª ed.p.466.

15 *Idem*, *Ibidem*, p. 467.

16 MAXIMILIANO, Carlos. *Heremênutica e Aplicação do Direito Forense*, 10ª ed. p. XIII.

17 FREITAS, Juarez. *A Substancial Inconstitucionalidade da Lei injusta*. Ed. Vozes, Petrópolis, 1989. p. 13.

18 *Idem*, *Ibidem*, p. 13.

19 CARVALHO, amilton Bueno de. *Rev. AJURIS* 39/144.

20 *Idem*, *Ibidem*, p. 145.

2. Os Critérios de Interpretação da Lei

A hermenêutica clássica, como exposta por Karl Larenz, sempre sustentou que, se a interpretação não deve ser deixada ao arbítrio do intérprete, mas decorrer de modo seguro e comprovável, então é preciso ter determinados critérios de interpretação, em conformidade com os quais o intérprete deva se guiar²¹. Tais critérios foram desenvolvidos pela metodologia jurídica.

Já Savigny distinguia os elementos gramatical, lógico, histórico e sistemático. E - segundo Larenz - assinalava também que estes distintos elementos não podiam ser isoladas, mas deviam sempre atuar conjuntamente²².

Alertando que seus critérios de interpretação só parcialmente coincidem com os de Savigny, sustenta Larenz que toda a interpretação de um texto há de iniciar-se com o sentido literal, por tal devendo entender-se o significado de um termo ou de uma cadeia de palavras no uso linguístico geral. Pode-se - diz o jurista - aceitar que aquele que quer dizer algo usa as palavras no sentido em que comumente são entendidas. O legislador serve-se da linguagem corrente, porque se dirige ao cidadão e deseja ser entendido por ele. Além disso, serve-se em grande escala de uma linguagem técnico-jurídica especial, na qual ele se pode expressar com mais precisão e cujo uso o dispensa de muitos esclarecimentos circunstanciais²³.

A linguagem da lei não se deve distanciar demasiadamente da linguagem comum, pois que, além de facilitar a ação do intérprete, é destinada ao povo que deve entendê-la para cumpri-la.

O nosso Código Civil, por exemplo, quando usou a expressão 'loucos de todo o gênero', como sendo incapazes e sujeitos à interdição, não poderia ter sofrido tantas críticas, pois qualquer pessoa sabe que louco é aquele que têm deficiências mentais e não físicas.

Já o Decreto nº 24.559/34, utilizando-se de expressão diversa, ou seja, 'psicopatas', para designar o doente mental, gerou dúvidas, pois sequer a Medicina Legal ou a Psiquiatria sabem precisar quem possa ser classificado como psicopata.

Quanto menos o sentido literal - afirma Larenz - conforme o uso linguístico geral ou, também, conforme a um uso linguístico especial, for capaz de fixar desde logo de modo definitivo o significado de uma expressão, tanto menos se deverá prescindir de seu conhecimento, devendo, pois, por-se em marcha o processo do compreender mediante o de interpretar²⁴.

Invocando Meier-Hayoz, ensina que o teor literal tem uma dupla função: é ponto de partida para a indagação judicial do sentido, e traça, ao mesmo tempo, os limites da sua atividade interpretativa. Uma interpretação que se não situe já no âmbito do sentido literal possível, já não é interpretação, mas modificações do sentido²⁵.

O critério sistemático de Savigny, denominado por Francisco de Paula Batista como sendo o elemento científico²⁶, é tratado por Larenz como o 'critério significativo da lei'. Entre as várias interpretações possíveis segundo o sentido literal, deve ter prevalência aquela que possibilita a garantia de concordância material com outra disposição²⁷.

Norberto Bobbio, tratando de unidade do ordenamento jurídico, saliente que, por mais numerosas que sejam as fontes do Direito num ordenamento complexo, tal ordenamento constitui uma

21 LARENZ, Karl. *Metodologia da Ciência do Direito*. Lisboa, 2ª ed. p. 384.

22 *Idem*, *Ibidem*, p. 385.

23 *Idem*, *Ibidem*, p. 386.

24 LARENZ, Karl. *Op. cit.* p. 386.

25 *Idem*, *Ibidem*, p. 387.

26 BAPTISTA, Francisco de Paula. *Hermenêutica Jurídica*. Ed. Saraiva, 1984. p. 14.

27 LARENZ, Karl. *op. cit.* p. 391.

unidade pelo fato de que, direta ou indiretamente, com voltas mais ou menos tortuosas, todas as fontes do Direito podem ser remontadas a uma única norma²⁸.

Já a critério histórico, segundo Larenz, corresponde à indagação da intenção reguladora do legislador histórico. A intenção reguladora do legislador e as decisões valorativas por ele encontradas para alcançar manifestamente esse desiderato continuam a ser arrimo obrigatório para o juízo, mesmo quando adequa a lei, por via da interpretação teleológica ou do desenvolvimento do Direito, a novas circunstâncias, não previstas pelo legislador histórico, ou quando as complementa.²⁹

Admite, porém, que seria inútil investigar as idéias de todas as pessoas que tornaram parte no processo legislativo ou, pelo menos, daquelas que aprovaram a lei. Nem sempre tais idéias podem ser conhecidas e, se pudessem, muitas vezes seriam divergentes.

Estas dificuldades, como se sabe, deram margem à infundável polêmica entre a teoria subjetivista ou teoria da vontade do legislador (Windscheid e Bierling) e a teoria objetivista, ou teoria da interpretação imanente à lei (Kohler, Binding e Wach), contrapondo à *mens legis* à *mens legislatoris*.

Na lição ainda de Larenz, nenhuma delas pode ser aceita sem limites. A verdade da primeira está em que a lei jurídica, ao invés da lei natural, é feita por homens e para homens, é expressão de uma vontade dirigida à criação de uma ordem tanto quanto possível justa e adequada às necessidades da sociedade.

A verdade da segunda está em que a lei, logo que aplicada, irradia uma ação que lhe é peculiar, que transcende aquilo que o legislador tinha tentado.

A lei intervém em relações de vida diversas em mutação, cujo conjunto o legislado não podia ter abrangido, e dá resposta a questões que o legislador ainda não tinha colocado a si próprio. Adquire, com o decurso do tempo, cada vez mais uma vida própria e se afasta das idéias de seus autores.³⁰

Por fim, aponta Larenz a critério teleológico-objetivo, asseverando que os fins que o legislador tenta realizar por meio da lei são fins objetivos do Direito, como a manutenção da paz e a justa resolução dos litígios, o equilíbrio de uma regulação no sentido da consideração otimizada dos interesses que se encontram em jogo, a proteção de bens jurídicos e um procedimento judicial justo.

Além disso, todos aspiram a uma regulação materialmente adequada. Só quando se supuser esta intenção de parte do legislador, se chegará, por via da interpretação, a resultados que possibilitam uma solução adequada também do caso concreto³¹. Interpretação teleológica quer dizer interpretação de acordo com os fins cognoscíveis e as idéias fundamentais de uma regulamentação.

Invocando Friedrich Müller, criador da expressão 'domínio da norma', Larenz diz que a norma jurídica não é nenhuma forma vertida autoritariamente da realidade, mas uma consequência ordenadora e disciplinadora a partir da estrutura material do próprio setor social regulado³².

A par desses critérios clássicos, não podemos deixar de lembrar a advertência de Carlos Maximiliano, feita nos primórdios do século atual: 'A interpretação sociológica atende cada vez mais às consequências prováveis de um modo de entender e aplicar determinado texto; quanto possível busca uma conclusão benéfica e comparável com o bem geral e as idéias modernas de proteção dos fracos, de solidariedade humana. Faça-se justiça, porém de tal sorte que o mundo prossiga o rumo de seus altos destinos'³³.

Os mestres contemporâneos - adverte o hermenêuta, invocando François Gény - introduzem

28 BOBBIO, Norberto. *Teoria do Ordenamento Jurídico*. Ed. Polis, UNB, 1989, p. 49.

29 LARENZ, Karl. *Op. cit.*, p. 395.

30 LARENZ, Karl. *Op. cit.*, p. 381.

31 *Idem*, *Ibidem*, p. 402.

32 *Idem*, *Ibidem*, p. 403.

33 MAXIMILIANO, Carlos. *Op. cit.* p. 168.

combinações de maneira a encarar os assuntos e como uma derrocada, inversão ou substituição de valores, que levem a modificar a inclinação geral, em favor de um Direito igualmente seguro, porém menos abstrato e mais verdadeiramente humano³⁴.

E conclui com a lição de Stammler: 'Entre os traços característicos da corrente que vai predominando, ressaltam a restrição das discussões de palavras ou dos argumentos lógicos em proveito das considerações morais, econômicas, sociais, penetradas de uma intuição simpática: o sacrifício dos conceitos à utilidade; apreciação dos interesses, justaposta, senão substituída, à construção teórica'³⁵.

3. A lei injusta e a aspiração a uma solução do caso concreto

Se de um lado os objetivos do princípio da vinculação do Juiz à lei são os de formar uma jurisprudência iterativa e uniforme, com decisões judiciais previsíveis, o que implica segurança do Direito, como afirma Hassemer³⁶, não é menos verdade que a maior aspiração de todos - e não só do Juiz - há de ser a busca da solução justa para o caso concreto.

Ainda que o justo seja pressuposto de toda a lei, é certo que nem sempre a lei é justa se aplicada como foi formulada. Para a injustiça da lei contribuem a má-fé de seus autores, por vezes, comprometidos com minorias dominantes.

O Direito - no dizer de Juarez Freitas - não pode ser somente forma, sob pena de perecer com ela. O jurista não pode fechar os olhos à absolutidade do justo, sem a qual a lógica dialética não subsiste³⁷.

O Juiz que interpreta uma lei - afirma Larenz - fá-lo em vista a um caso concreto que tem de resolver, que consiste em resolver 'justamente' o caso que lhe é submetido. A globalidade de ordem jurídica está submetida à exigência obrigatória de justiça, somente a partir da qual é capaz de justificar, em última instância, a sua pretensão de validade. O Juiz deve entender por uma resolução justa do caso aquela que de conta do interesse legítimo de ambas as partes, estabelecendo uma ponderação equilibrada dos interesses e que, por isso, pode ser aceita por cada uma das partes, na medida em que também considera adequadamente o interesse da parte contrária. Mesmo que esta meta não possa ser sempre alcançada, aspirar a ela é para o Juiz um imperativo de ordem moral³⁸.

Qual é o papel do Juiz - pergunta Amilton Bueno de Carvalho - quando, na apreciação do caso concreto, em confronto com a lei, notar que da aplicação do dispositivo legal exsurgirá a injustiça? Deve aplicar a lei ou não? o Judiciário deve legitimar o injusto³⁹?

O Juiz que não aprende a tirar do texto algo mais do que ali vê, ou seja, que não aprende vê-lo à luz do caso que tem de julgar, na verdade, não julga: aplica aos fatos uma lógica que se pretende jurídica, mas na verdade apenas, transfere para os textos de lei ou jurisprudência que invoca uma responsabilidade que lhe pertence de direito⁴⁰. Buscar o justo no caso concreto significa buscar o ético.

O Direito - assevera Juarez Freitas, invocando Recasens Siches - sob pena de não realizar-se como tal, deve buscar coincidir com o ético, que é mais do que o razoável ou prudente. Dito de outra maneira, não pode o Direito ser uma 'mera' busca de equilíbrio entre o lógico e o extralógico, mas do justo concreto, em todos os casos⁴¹.

34 MAXIMILIANO, Carlos. *Op. cit.* p. 169.

35 *Idem, Ibidem*, p. 169.

36 HASSEMER, Winfried. *Op. cit.* p. 183.

37 FREITAS, Juarez *Op. Cit.* p. 17.

38 LARENZ, Karl. *Op. cit.* p. 419.

39 CARVALHO, Amilton Bueno de *Op. cit.* p. 137.

40 CHAGAS, Wilson. *A Cena Judiciária Coleção Ajuris*, 2ª ed. 1983, p. 45.

Disso tudo se deve concluir que dentro de um sistema positivado de Direito, em princípio vige o postulado da vinculação do Juiz à lei. Cabe ao legislativo a elaboração das leis e partir daquilo que pensa ser o justo e o melhor para os destinatários da lei.

Ao judiciário cabe aplicar a lei, interpretando-a segundo os princípios gerais de interpretação, havendo de conseguir, na absoluta maioria dos casos, encontrar - dentro da moldura legal - realizar sua obra de arte que é a de fazer a justiça do caso concreto.

Entretanto, se, embora, valendo-se de todos os meios que a técnica de interpretação lhe coloca ao alcance, nem assim encontrar o ético e, portanto, o justo para as partes envolvidas, é-lhe lícito, em razão de compromisso moral seu, reescrever a lei de molde a exercer sua independência e a atender seu dever de consciência.

De se fazer, porém, um alerta. Se a interpretação há de ser acima de tudo sociológica, no sentido de buscar o equilíbrio entre as partes, rejeitando dispositivos que consagram a prepotência de uma casta sobre a maioria desprivilegiada, não pode, porém, o Juiz fazer prevalecer teimosamente seu conceito particular do justo e do concreto. É o juiz uma pessoa só e, como tal, dificilmente será o único dono da verdade, dificilmente será mais sábio e mais justo que o lote de cidadãos que pensaram e elaboraram o texto legal.

Se é verdade - como afirma Roberto Aguiar - que o Direito nada mais é do que a ideologia vencedora que sanciona⁴², não menos verdadeiro que, utilizando-se o Juiz de subjetivismo ideológico próprio, estará incorrendo em idêntico erro.

Não pode o Juiz seus conceitos pessoais de justiça, pois que o que é justo para ele Juiz pode não ser justo para os demais Juizes que viessem a decidir o mesmo caso, muito menos ser justo para ambas as partes em litígio. Não pode o Juiz se olvidar que é órgão da sociedade, que age em nome desta e para esta e não em nome próprio⁴³.

Não atuando por si, como senhor absoluto e dono da verdade, há de buscar o Direito Justo - Não aquele Direito que ele, muitas vezes comprometido com uma minoria e equivocado em seus conceitos econômicos e sociais ou morais, pensa ser a aspiração de todos.

O Direito é vida, é realidade e outra coisa não busca senão o bem-estar de todos. O Direito, antes de ser meio de repressão, é - no dizer de Max Webber - um meio efetivo de direção da sociedade, que se pretende justa e organizada, capaz de levar a felicidade a todos⁴⁴.

4. O Juiz e as Lacunas da Lei

Dentro do tema que nos propusemos enfrentar, almejamos demonstrar que a atividade do Juiz, embora, em princípio, vinculado à lei, é função criadora do Direito e contribui extraordinariamente para o desenvolvimento de seus postulados e para a finalidade precípua do Direito que é a busca do 'justo'. não se limitando simplesmente à função de escrava da lei e cumpridor cego das determinações do legislador.

Muito a respeito do tema se poderia escrever, enfrentando, por exemplo, a posição do Juiz diante dos conceitos indeterminados, dos conceitos normativos e descritivos e dos conceitos discricionários, quando a liberdade do intérprete é quase ilimitada.

Ater-nos-emos, porém, apenas a uma rápida das lacunas do Direito, em que mais se revela a atividade do Juiz como criador do Direito.

41 FREITAS, Juarez *Op. cit.* p. 20.

42 AGUIAR, Roberto. *Direito, poder e Opressão*. Ed. 1984., p. 79.

43 REHBINDER, Manfred. *Sociologia del Derecho*. Ed. Pirámide S.A. Madrid, 1981, p. 67.

44 REHBINDER, Manfred. *Op. cit.* p. 73.

Além da unidade e da coerência, como características do ornamento jurídico, aponta Bobbio uma terceira que geralmente lhe é atribuída: a completude.

Em outras palavras, um ordenamento jurídico é completo quando o Juiz pode encontrar nele uma norma para regular qualquer caso que se lhe apresente, ou melhor, não há caso que não possa ser regulado com uma norma tirada do sistema. Para dar uma definição mais técnica de completude, podemos dizer que um ordenamento é completo quando jamais se verifica o caso de que a ele não se pode demonstrar pertencentes nem uma certa norma, nem a norma contraditória⁴⁵.

A falta de uma norma para um caso concreto chama-se 'lacuna'. A incompletude consiste, pois, no fato de que o sistema não compreende nem a norma que proíbe um certo comportamento, nem a norma que o permite. Se se pode demonstrar que nem a proibição nem a permissão de um certo comportamento são dedutíveis do sistema, da forma como foi colocado, é preciso dizer que o sistema é incompleto e que o ordenamento jurídico tem uma lacuna⁴⁶.

Resumindo a posição de Brunetti quanto ao problema das lacunas, Bobbio apresenta três situações: 1) o problema de o ordenamento jurídico, considerado em si próprio, ser completo ou incompleto. Tal problema não tem sentido; 2) o problema de ser completo ou incompleto o ordenamento, tal como é, comparado a um ordenamento jurídico ideal: esse problema tem sentido, mas as lacunas que aqui vêm à baila são lacunas ideológicas, que não interessam aos juristas; 3) o problema de ser completo ou incompleto o ordenamento legislativo, considerado como parte de um todo e confrontado com o todo, isto é, com o ordenamento jurídico: esse problema tem sentido e é o único caso em que se pode falar de lacunas no sentido próprio da palavra⁴⁷.

Admite Bobbio que a terceira hipótese pode ser enquadrada na categoria das lacunas ideológicas, isto é, na oposição entre aquilo que a lei diz e aquilo que deveria dizer para ser perfeitamente adequada ao espírito de todo o sistema. Estas lacunas reais e lacunas ideológicas podem também se chamar de lacunas próprias e impróprias⁴⁸.

Preleciona Karl Engisch que a mudança das concepções de vida pode fazer surgir lacunas que anteriormente não haviam sido notadas e que temos de considerar como lacunas do Direito vigente e não apenas lacunas jurídico-políticas⁴⁹.

Voltando a Bobbio, afirma ele que o que ambas têm em comum é que designam um caso não regulamentado pelas leis vigentes num dado ordenamento jurídico. O que as distingue é que a lacuna própria se observa dentro do sistema; a imprópria da comparação do sistema real com o sistema ideal. Além disso, distinguem-se quanto à forma pela qual podem ser eliminadas: a lacuna imprópria somente através da formulação de novas normas, enquanto a outra mediante as leis vigentes. Estas são completáveis por obra do intérprete⁵⁰. Nossas leis civil e processual civil prevêem expressamente complete o intérprete as lacunas próprias.

Dispõe a Lei de Introdução do Código Civil: 'Quando a lei for omissa, o Juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de Direito' (art.6º).

Já o art. 126 do CPC, taxativamente, impõe ao Juiz o dever de sentenciar, mesmo em caso de lacuna da lei, ao dispor: 'O juiz não se exime de sentenciar ou despachar, alegando lacuna ou obscuridade da lei. No julgamento da lide, caber-lhe-á aplicar as normas legais; não as havendo, recorrerá à analogia, aos costumes e aos princípios gerais de Direito'.

45 BOBBIO, Norberto *Op. cit.*, p. 115.

46 BOBBIO, Norberto, *Op. cit.* p. 145.

47 *Idem, Ibidem*, p. 142.

48 *Idem, Ibidem*, p. 143.

49 ENGISCH, Karl. *Op. cit.*, p. 287.

50 BOBBIO, Norberto. *Op. cit.*, p. 144.

Destes dois dispositivos se percebe que o nosso Direito Positivo consagra, como regra geral, o princípio da vinculação do Juiz à lei, cabendo-lhe interpretá-la. Mas, se houver lacunas em sentido próprio, exige recorra à analogia, aos costumes e aos princípios gerais de Direito. Logo se vê que, ao menos quanto às lacunas reais, é a própria lei que permite e até determina atuar o Juiz como criador do Direito.

De ressaltar, porém, o Direito Penal, já que, quanto a este, prevalece a máxima de que não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal (art. 5º, XXXIX, da CF).

A questão, contudo, assume maior relevância quanto às denominadas lacunas impróprias ou ideológicas. Pode o Juiz substituir-se ao legislador ou deve aplicar a lei vigente, mesmo em detrimento da justiça?

Em parte já respondemos à pergunta quando dissertamos sobre a posição do Juiz frente à lei injusta. De lembrar, ainda, porém, o disposto no art. 5º da LICC: 'Na aplicação da lei, o Juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum'. Para atender aos fins sociais, haveria de atender especialmente ao critério histórico e ao critério teológico, mas, e quando os fins sociais visados pelo legislador não atendem mais à realidade presente?

Afirma Larenz que o intérprete, ao partir dos fins estabelecidos pelo legislador histórico, mas examinando ulteriormente as suas conseqüências e ao orientar a eles as disposições legais particulares, vai já para além da vontade do legislador, entendida como fato histórico, e das idéias normativas concretas dos autores da lei, e entende a lei na sua racionalidade própria⁵¹.

Adverte, contudo, o jurista: 'Não pode, com certeza, impedir-se o Juiz de formar uma opinião preliminar relativa à resolução que há de achar. Ele pode esperar vir a encontrá-la confirmada pela lei. Mas esta fidelidade à lei a que está obrigado exige dele a disponibilidade para permitir que a sua opinião preliminar seja retificada pela lei. Não é lícito introduzir na lei o que deseja extrair dela'⁵².

E prossegue: A aspiração a uma justiça do caso é assim um fato legítimo no processo de decisão judicial, conquanto não induza o Juiz a manipular a lei de acordo com as suas convicções. A tentação continua do Juiz em substituir as pautas legais pela sua idéia pessoal de justiça é muito perigosa. O Estado de Direito não pode renunciar, sobretudo nas complexas relações do nosso tempo, nem às leis bem pensadas, nem a uma magistratura que tome a sério a sua vinculação à lei e ao Direito⁵³.

4. Conclusão

Como procuramos demonstrar, tem o Juiz o compromisso de fazer cumprir a lei, cabendo-lhe interpretá-la e aplicá-la, como dever funcional. Para bem exercer seu mister, deve valer-se de critérios jurídicos e sociológicos de interpretação, buscando, dentro da moldura da lei, ou seja, dentro das possibilidades que lhe oferecem o texto legal, fazer a justiça do caso concreto.

Assim, interpretando a norma de acordo com a realidade e com as mutações da vida social, sua atividade é criadora do Direito. É fenômeno conhecido e reconhecido que as decisões judiciais, a cada dia mais intensamente, se constituem em verdadeira fonte primária do Direito. Não são poucas as leis que se vêem modificadas e revogadas pelo legislador, mercê da constância das decisões judiciais.

Contudo, se o Juiz tem autonomia e independência na função de intérprete da lei ao caso concreto, deve saber bem pesar sua liberdade.

51 LARENZ, *Karls. Op. cit.*, p. 401.

52 *Idem, Ibidem*, p. 420.

53 *Idem, Ibidem*, p. 421.

Se efetivamente injusta a lei, dentro da concepção geral da Justiça - não dentro da concepção particular e, às vezes, condicionada e deturpada do Juiz - deverá negar vigência à lei.

Na pertinente expressão de Carlos Maximiliano, o Direito nasce na sociedade e para a sociedade; não pode deixar de ser um fator de desenvolvimento da mesma. Para ele não é indiferente a ruína ou a prosperidade, a saúde ou a moléstia, o bem-estar ou a desgraça⁵⁴.

O Direito - continua o mestre - é um meio para atingir os fins colimados pelo homem em atividade; a sua função é eminentemente social, construtora; logo, não mais prevalece o seu papel antigo de entidade cega, indiferente às ruínas que inconsciente ou consciente possa espalhar.

O excesso de juridicidade (*summum jus, summa injuria*) é contraproducente; afasta-se do objetivo superior das leis; desvia os pretórios dos fins elevados que foram instituídos; faça-se justiça, porém do modo mais humano possível⁵⁵. Não se esqueça, porém, o Juiz que o melhor regime é o democrático, em que prevalece o Estado de Direito, com a observância das leis que são elaboradas pelos representantes do povo, por ele eleitos.

Diz-se-á que os legisladores são comprometidos com as elites minoritárias e não como o povo. Ainda que haja um fundo de verdade nisso, não se pode negar que somente a prática democrática haverá de ensinar a maioria constituída tristemente de desafortunados, incultos, sem influência e sem poder. Só a prática democrática os ensinará a, cada vez menos, se equivocar na escolha de seus representantes e responsáveis pela feitura de leis injustas.

Se o Juiz - que por ocasião de sua investidura jurou cumprir a Constituição e as leis - não honrar seu compromisso e usurpar o poder que não é seu, será tão ou mais indigno que o legislador que não cumpriu seus compromissos para com os cidadãos que o elegeram. Dentro do Estado de Direito, cabe ao Juiz, acima de tudo, respeitar a Constituição que separa os poderes da nação, atribuindo a cada um deles tarefas próprias.

Ainda que se reconheça ao Judiciário a missão de fazer a justiça do caso concreto e, entre o legal e o justo, optar por este último, não se pode conferir a ele o poder de censura indiscriminada aos outros poderes constituídos democraticamente.

Costuma-se afirmar que a pior é a do Juiz. Ainda que não se possa qualificá-la como a pior das ditaduras, indubitavelmente todas as ditaduras são desastrosas para a maioria sem poder benéficas somente para as minorias influentes.

O postulado da estrita vinculação do Juiz à lei - é bom lembrar - se fortaleceu exatamente em reação à desconfiança que havia chamado sobre si os Juizes do arbitrio e de gabinete, cuja justiça se acomodava aos senhores da terra, porque se orientavam ao benefício de grupos. Não da sociedade como um todo.

Não pode a justiça orientar-se para grupos, sejam fracos, sejam poderosos. A justiça é para todos. Manter o equilíbrio é sua principal função.

54 MAXIMILIANO, Carlos. *Op. Cit.*, p. 168.

55 MAXIMILIANO, Carlos. *Op. Cit.*, p. 169.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, Roberto. *Direito, Poder e Opressão*. Ed. Saraiva, 1984.
 - BAPTISTA, Francisco de Paula. *Hermenêutica Jurídica*. Ed. Saraiva, 1984.
 - BOBBIO, Norberto. *Teoria do Ordenamento Jurídico*. Ed. Polis, UNB, 1989.
 - BUZAID, Alfredo. *Apresentação de Hermenêutica Jurídica de Francisco de Paula Baptista*. Ed. Saraiva, São paulo, 1984.
 - CARVALHO, Amilton Bueno de. *A Lei. O Juiz. O Justo*. Rev. AJURIS n. 39, 1987.
 - CHAGAS, Wilson. *A Cena Judiciária*. Coleção AJURIS, 2ª ed. 1983.
 - CHIOVENDA, Giuseppe. *Princípios di Diritto Processuale Civile*. Napoles, 1965.
 - ENGISCH, Karl. *Introdução ao Pensamento Jurídico*. Ed. Calouste Gulbenkian, Lisboa, 3ª ed.
 - FREITAS, Juares. *A Substancial Inconstitucionalidade da Lei Injusta*. Ed. Vozes, Petrópolis, 1989.
 - GÉNY, François. *Méthode d'Interpretation et Sources em Droit Privé Positive*. Paris, L. G. D. J., 1932, vol 2.
 - HASSEMER, Winfried. *O Sistema do Direito e a Codificação. A Vinculação do Juiz à Lei*. Rev. AJURIS n. 36, 1986.
 - KELSEN, Hans. *Teoria Pura do Direito*. Ed. Armênio Amado, Coimbra. 4ª ed.
 - LARENZ, Karl. *Metodologia da Ciência do Direito*. Lisboa, 2ª ed.
 - MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e Aplicação do Direito*. Ed. Forense, 10ª ed.
 - REHBINDER, Mandred. *Sociologia del Derecho*. Ed. Pirâmide, S.A. Madrid, 1981.
 - TREVES, Renato. *Introducción a la Sociologia del Derecho*. Ed. Tarus, Marid. 1978.
- Transcrição Autorizada. AJURIS, nº 55, Ano XIX, 1992. Porto Alegre - RS.

OS CONSELHEIROS TAMBÉM SÃO JUÍZES



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 014/85

DENUNCIANTE - CRM/PR
DENUNCIADOS - DRS. WILSON SCHNEIDER MOURA, A.J.S., CLAUDIO FERNANDO MATTANA CAROLLO E ITAMAR CÔRTEZ.
RELATOR - DR. LUIZ FERNANDO CAJADO DE OLIVEIRA BRAGA
REVISOR - DR. GILBERTO SACILOTO
ACÓRDÃO - 010/88

EMENTA - DENUNCIADO - DR. WILSON SCHNEIDER MOURA
EXAGERO NO DIAGNÓSTICO - REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÕES DESNECESSÁRIAS E PREJUDICIAIS - DENÚNCIA PROCEDENTE - INFRAÇÃO AOS ARTIGOS 42, 43 E 60 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

Se no transcorrer do processo, em várias oportunidades, ficou constatado que o denunciado, realizou cirurgias esterilizantes sem indicação terapêutica e algumas com consequências prejudiciais às pacientes, resolve-se como comprovada a infração aos artigos 42, 43 e 60 do Código de Ética Médica.

EMENTA - DENUNCIADO - DR. A.J.S.
MÉDICO AUXILIAR - CIRURGIA DESNECESSÁRIA - PLENO CONHECIMENTO DA IRREGULARIDADE - INFRAÇÃO AO ARTIGO 79 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - DENÚNCIA PROCEDENTE.

Restando comprovado pelas provas juntadas ao processo, que o denunciado, dentre as cirurgias em que participou como auxiliar, em quatro delas, tinha conhecimento de que eram desnecessárias, resolve-se como demonstra a sua responsabilidade e consequente infração ao artigo 79 do Código de Ética Médica.

EMENTA - DENUNCIADO - DR. CLAUDIO FERNANDO MATTANA CAROLLO.
AUXILIAR DE CIRURGIAS - IMPOSSIBILIDADE DE CONTESTAR DIAGNÓSTICO - INEXISTÊNCIA DE INFRAÇÃO ÉTICA - CIRURGIÃO RESPONSÁVEL - CIRURGIA NÃO COMPROVADAMENTE DESNECESSÁRIA - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.

Restando comprovado pelas provas juntadas ao processo que o denunciado, nas cirurgias em que participou como auxiliar, não poderia ter contestado a indicação terapêutica, não lhe advém daí nenhuma responsabilidade e consequente infração ética.

Por outro lado, nas duas outras cirurgias em que atuou como cirurgião responsável, não se comprovou também a falta de indicação terapêutica, não se caracterizando pois, infração ao artigo 79 do Código de Ética Médica.

EMENTA - DENUNCIADO - DR. ITAMAR CÔRTEZ.
MÉDICO ANESTESISTA - DESCONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO - NÃO INTERFERÊNCIA NO ATO CIRÚRGICO - INEXISTÊNCIA DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 79 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.

Se o médico anestesiata exercendo sua especialidade, não interfere no diagnóstico e na execução do ato cirúrgico, não se lhe pode imputar infração ao artigo 79 do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional sob nº014/85, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciados os médicos WILSON SCHNEIDER MOURA, A.J.S., CLAUDIO FERNANDO MATTANA CAROLLO e ITAMAR CÔRTEZ,

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, quanto aos denunciados Wilson Schneider Moura e A.J.S., em **ACOLHER A IMPUTAÇÃO** feita ao primeiro, de infração aos artigos 42, 43 e 60 do Código de ética Médica, e acolher também a imputação feita ao segundo, de infração ao artigo 79 do Código de Ética Médica, e, ainda por maioria, em aplicar lhes respectivamente as penas de "**SUSPENSÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL POR 30 DIAS**", prevista na letra "d", do § 1º, do artigo 22, da Lei 3268/57 e de "**CENSURA CONFIDENCIAL EM AVISO RESERVADO**", prevista na letra "b", da mesma lei. Acordam ainda, contra os votos dos Senhores Relator e Revisor em **ABSOLVER** o denunciado Claudio Fernando Mattana Carolo, da imputação lhe feita de infração ao artigo 79 do Código de Ética Médica. Acordam também, de conformidade com os votos dos Senhores Relator e Revisor, em **ABSOLVER** o denunciado Itamar Côrtes, de infração ao artigo 79 do Código de Ética Médica, conforme ata nº 400, de 1º de agosto de 1988.

Curitiba, 02 de agosto de 1988.

CONS. LUIZ FERNANDO C.O. BRAGA
Relator

CONS. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente

A MORTE NA SOCIEDADE ATUAL

Anna Maria Laporte

"Assim que o homem começa a viver, tem idade suficiente para morrer" - Heidegger pensa um homem como um ser para a morte: sua completude, sua totalidade se dá com a finitude. É um ser em processo, inacabado, incompleto, porque lhe falta a última experiência que fechará seu ciclo vital: a morte; logo, pensar a morte é pensar sobre a vida, a contraditória completude na nadaificação.

O estranho é que a vida luta e permanece apesar da desordem, da degradação e da entropia e se serve da própria entropia para explicitar-se com mais força - afinal é a morte.

Por que, então, a sociedade contemporânea procura negar a morte?

Negar a morte não significa o terror à morte. Esse medo acompanha o homem desde os primórdios de sua evolução. A descoberta da individualidade gera o terror à morte porque ela representa a perda da consciência de si, a desintegração do próprio centro, a impossibilidade total do desejo, a volta irreversível ao em-si sartreano.

Para fugir a esta impossibilidade suprema de permanecer, o ser humano cria a idéia de vida após a morte, o sentido de imortalidade, continuidade e eternidade.

O problema hoje não é o terror à morte, mas percebê-la como tabu, proibida impensável.

Será a morte o último interdito a ser derrubado depois da liberação geral do sexo? Por que?

Enquanto o homem da antiguidade morria cercado pelos familiares e expressava aos filhos e esposa seus últimos desejos, apoiado pelo amor dos amigos, o homem contemporâneo inscreve a morte como algo que deve ser escondido, um mal contagioso.

Dizer que alguém morreu causa constrangimento; nos hospitais nunca existem doentes terminais; os médicos desconversam, usando uma linguagem altamente rebuscada de termos técnicos, para dizer que seus pacientes estão à morte; às crianças diz-se que seus entes queridos foram para uma viagem irretornável.

O morrer, antigamente, era algo inerente à condição humana, enquanto hoje, a morte é algo fora do homem, morre-se anonimamente, assepticamente nas Unidades de Terapia Intensiva.

Devido a este interdito inconsciente, uma grande parte das pessoas não quer que o morto seja velado em sua própria casa entrando em ação a parafernália das funerárias com coroas, caixões, arranjos e capelas mortuárias.

Por que a repressão da única certeza do homem?

A sociedade ocidental desenvolveu-se a partir da ideologia do liberalismo. O "laissez faire et passer" gerou o capitalismo, e o capitalismo o imperialismo antropofágico, que vigora, principalmente, nos países subdesenvolvidos. Uma das bases do capitalismo é a lei da oferta e da procura que cria a liberdade de mercado - a "liberdade da raposa livre no galinheiro livre" - porque a especulação toma

* Professora do Departamento de Filosofia da PUC-PR.

conta do mercado financeiro gerando a exploração e a usura, indo, assim, contra o próprio princípio que lhe deu origem; e o que ocorre, apesar dos ventos libertários que varrem as ditaduras do Leste Europeu, é a delificação do lucro, da retenção de mercadorias, da produção de enghocacas supérfluas - paga-se pela embalagem, cada vez mais sofisticada, enquanto o produto se torna cada vez mais desagradável. A produtividade leva à loucura do consumo desvaariado: a ordem é produzir e consumir, e esta ordem é levada, também, às relações interpessoais.

Qual o lugar da morte em uma sociedade que endeusa o ter como valor máximo?

O homem, enquanto moribundo, representa uma fonte de lucro para hospitais e médicos, e é mantido neste estado o máximo possível - são implantados órgãos, são feitas pontes de safena, são aplicadas transfusões, são ligados e desligados aparelhos sofisticados - usando, para encobrir esta verdade, a famosa frase ideológica: "enquanto houver vida, haverá esperança".

O ser humano é despojado, assim, da dignidade da própria finitude.

Quando, enfim, consegue morrer, e não é mais um bom investimento para hospitais e médicos, é jogado rapidamente nas capelas mortuárias destes nosocômicos, não deixando qualquer vestígio nas unidades de terapia intensiva, quarto e corredores: os médicos e enfermeiras desaparecem, como por encanto indiferentes à dor da família.

O segundo ato deste teatro macabro fica por conta das funerárias que, apesar das "Centrais de Luto", manipulam, de forma dantesca, a agonia da perda, o vazio lancinante sentido pelos entes queridos do morto, para vender-lhes, o mais caro possível, caixões, coroas e flores. O morto é consumido até baixar a sepultura, pagando um alto preço para poder transformar-se em pó.

A incoerência da sociedade atual consiste em impedir ao homem a consciência de sua finitude, de sua dor, de sua agonia e de seu luto e, ao mesmo tempo, levá-lo a morrer, quando consegue lucrar e arrancar dele até o último "penny" (o dólar parece ter se transformado em moeda oficial no país) e o último suspiro. Este transformar o homem em objeto de lucro é a suprema necrofilia; logo, ao mesmo tempo que a sociedade nega a morte, busca desesperadamente o morrer.

Será, ainda, possível ao ser humano o resgate à dignidade na morte?

Poderá pensar-se como um valor, possibilitando a transcendência?

Poderá o homem ter o direito de morrer em paz?

Conseguindo reverter este processo de desumanização, o homem poderá tomar consciência de seu mistério. É um ser que pode conhecer o seu caminho, e seu caminho é a vida que é a morte.

A meu pai meu último adeus.

Transcrito da Gazeta do Povo

OBRIGATORIEDADE DE REGISTRO DOS HOSPITAIS E CLÍNICAS NOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM

Parecer CFM nº 3447/93

Por concordar com o parecer de nº 010, da Assessoria Jurídica deste Conselho Federal, adoto-o integralmente, transcrevo-o abaixo.

"Refere-se a consulta acerca do exemplo trazido do Rio de Janeiro quando uma clínica foi admoestada judicialmente pelo Conselho de Enfermagem daquele Estado para registrar-se no órgão fiscalizador devido a contemplar em seu staff o exercício da enfermagem. A decisão judicial em ambas as instâncias foi desfavorável à clínica fundamentando-se no poder-dever da administração constituindo do Poder de Polícia, o qual deve resguardar, acima de tudo, o interesse público.

Inicialmente, cumpre dizer que o assunto em tela encontra-se bastante respaldado pela legislação especial, senão vejamos, "in verbis".

art. 28 do Dec. 20.931/32:

"Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal." (grifo nosso)

art. 11º da Resolução 997/80, "in verbis":

"O Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriedade sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente." (grifo nosso)

Conforme se observa, o poder-dever de fiscalizar os órgãos hospitalares e clínicas, enquanto staff técnico e seu funcionamento, é da competência legal dos médicos habilitado poderá funcionar um nosocômio, constituindo-se extensiva a interpretação que deseja dar o Conselho de Enfermagem. Deve-se observar que o dever de fiscalizar a atividade dos enfermeiros nos hospitais e clínicas independente do registro dessas entidades no Conselho de Enfermagem, pois cada profissional por lei está subordinado ao órgão de

fiscalização da categoria.

A contráriu sensu, seguindo a lógica exarada pelo COREN e pela justiça do Rio de Janeiro, teríamos que, para cada profissional integrante do corpo clínico, seria obrigatório um registro da instituição no órgão da categoria afim, o que, além de burocratizar o serviço inviabilizaria devido à sobrecarga tributária que recairia sobre o hospital ou clínica, prejudicando o serviço de interesse público.

Por fim, cabe ainda ressaltar que a decisão proferida pela 1ª Vara de Justiça Carioca produziu efeitos apenas no sentido inter-partes, não constituindo jurisprudência no caso.

Conclusão

Pelo exposto, concluímos pela improcedência do requerimento efetuado pelo Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia, até porque não há entendimento pacífico no âmbito judicial até a presente data.

Este é o parecer.

Brasília, 05 de maio de 1993

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/5/93

TAREFA

Morder o fruto amargo e não cuspir
Mas avisar aos outros quanto é amargo
Cumprir o trato injusto e não falhar
Mas avisar aos outros quanto é injusto
Sofrer o esquema falso e não ceder
Mas avisar aos outros quanto é falso
Dizer também que são coisas mutáveis
E quando em muitos a noção pulsar
Do amargo e injusto e falso por mudar
Então confiar à gente exausta o plano
De um mundo novo e muito mais humano

Geir Campos

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS CRM-PR

GESTÃO - ABRIL/1991 - JUNHO/1993

RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
PROCEDIMENTO	TOTAIS
OFÍCIOS EMITIDOS.....	4834
OFÍCIOS CIRCULARES.....	29
PORTARIAS.....	547
DECLARAÇÕES.....	312
CERTIDÕES.....	198
TELEGRAMAS ENVIADOS.....	30
REUNIÕES PLENÁRIAS.....	144
REUNIÕES DE DIRETORIA.....	102
REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS.....	9
ASSEMBLÉIAS GERAIS.....	4
RESOLUÇÕES APROVADAS.....	6
SES. SOLENES PARA ENTREGA DE CARTEIRAS.....	38
CONSULTAS RESPONDIDAS.....	319
PARECERES APROVADOS.....	281
PALESTRAS REPRESENTAÇÕES E OUTRAS ATIV. DIVERSAS.....	199
REGISTROS DE ESPECIALIDADE APROVADOS.....	642
REGISTROS DE ESPECIALIDADE INDEFERIDOS.....	68
REVALIDAÇÃO DE TÍTULOS DE ESPECIALIDADE.....	164
ANOTAÇÃO DE ESPECIALIDADE EM CARTEIRA.....	504
RELAÇÕES DE ESPECIALISTAS PARA APROV. EM PLENÁRIA.....	76
INSCRIÇÕES PRIMÁRIAS.....	775
INSCRIÇÕES SECUNDÁRIAS NO CRMPR.....	123
TRANSFERÊNCIAS PARA O CRMPR.....	342
INSCRIÇÕES SECUNDÁRIAS EM OUTROS ESTADOS.....	213
TRANSFERÊNCIAS PARA OUTROS ESTADOS.....	427
CANCELAMENTOS DE INSCRIÇÃO PRIMÁRIA A PEDIDO.....	46
CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA.....	62
AUTORIZAÇÃO 90 DIAS.....	56
FALECIMENTOS.....	35
AUSÊNCIA DO PAÍS.....	37
RETORNO AO PAÍS.....	20
RETORNO AS ATIVIDADES MÉDICAS.....	5
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA.....	13
AQUISIÇÃO DE SOFTWARE.....	12
SISTEMAS INFORMATIZADOS DESENVOLVIDOS NO CRMPR.....	3
LISTAGEM E ETIQUETAS EMITIDAS PELO CPD.....	197
CARTAS DE COBRANÇA PESSOA FÍSICA.....	3852
CARTA DE COBRANÇA PESSOA JURÍDICA.....	102
DOCUMENTOS PROTOCOLIZADOS.....	9776
PROCESSOS INSTAURADOS.....	71
CÂMARAS INSTAURADAS.....	79
PEÇAS ACUSATÓRIAS.....	71
PROCESSOS JULGADOS.....	35
AUDIÊNCIAS REALIZADAS.....	460
AUDIÊNCIAS REALIZADAS - COFEP.....	80
INSCRIÇÃO DE EMPRESAS CRMPJ APROVADAS.....	70
INSCRIÇÃO DE EMPRESAS CRMPJ CANCELADAS.....	22
REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO APROVADO.....	25
DENÚNCIAS APURADAS - COFEP.....	56
CONSULTAS RESPONDIDAS - COFEP.....	73
VISITAS DE FISCALIZAÇÃO PESSOA JURÍDICA.....	9
ALTERAÇÕES NO CADASTRO DOS MÉDICOS.....	3055
DOCUMENTOS ENTREGUES.....	2698
ANOTAÇÃO DE APENAÇÃO EM CARTEIRA.....	2
RECIBOS EMITIDOS.....	7309
PENDÊNCIAS	
SISTEMAS INFORMATIZADOS EM DESENVOLVIMENTOS.....	1
REGISTROS PENDENTES - CQP.....	47
DENÚNCIAS EM ANDAMENTO - COFEP.....	3
CONSULTAS EM ANDAMENTO - COFEP.....	6

MÉDICOS ATIVOS INSCRITOS NO CRMPR

RESIDENTES EM	TIPO DE INSCRIÇÃO	MÉDICOS	TOTAIS 1	TOTAIS 2	TOTAL
CURITIBA	PRIMÁRIA	4.350			
	SECUNDÁRIA	374	4.724		
DEMAIS CIDADES DO PARANÁ	PRIMÁRIA	4.488			
	SECUNDÁRIA	515	5.003	9.727	
OUTROS ESTADOS	PRIMÁRIA	133			
	SECUNDÁRIA	216	349	349	10.076

MÉDICOS INSCRITOS NO CRMPR X ATIVOS NO BRASIL

CFM	CRMPR	%
204.500	10.076	4,93%

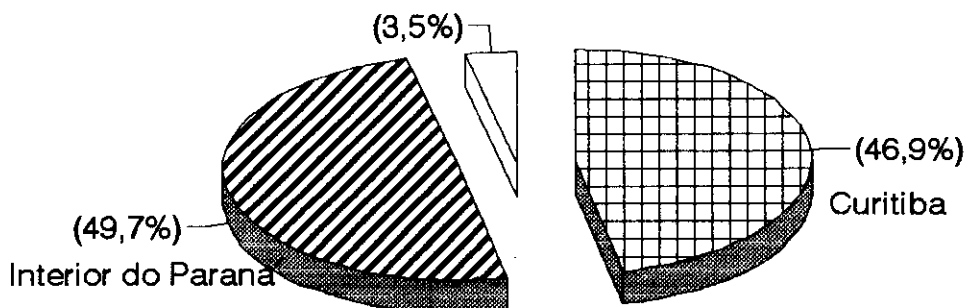
MUNICÍPIOS ATENDIDOS NO PARANÁ

TOTAL	ATENDIDOS	%
371	297	80,05%

Curitiba, 09 de julho de 1993

MÉDICOS ATIVOS INSCRITOS NO CRMPR POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

Outros Estados



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 Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Cons^a. Tânia Mara Cunha Schaefer
- 2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO**
Cons. Farid Sabbag (Presidente)
Cons. Carlos Augusto Ribeiro
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Editor da Revista - Dr. Ehrenfried Othmar Wittig
- 3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**
Cons^a Solange Borba Gildemeister (Presidente)
Cons. Carlos Erike 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 Egidio de Carvalho (Presidente)
Cons. Carlos Henrique Gonçalves
Cons. Valdir Sabedotti
- 7. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS**
Cons. José Leon Zindeluk (Presidente)
Cons. Luiz Sallim Emed
- 8. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS**
Cons. Hélio Germiniani (Presidente)
Cons. Henrique de Lacerda Suplicy
Cons. Gilberto Saciloto
Cons. Marco Antonio Rocha Loures
- 9. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO**
Cons. João Zeni Junior (Presidente)
Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Nelson Emilio Marques

DELEGACIAS REGIONAIS

- DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ**
Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Colaborador)
Dr. Minao Ikawa (Suplente)
Dr. Carlos Alberto Ferri (Suplente)
Dr. José Carlos Amador (Suplente)
Dr. Nelson Couto de Rezende (Colaborador)
- DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA**
Dr. Ivan Pozzi (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. João Fernando Cáfaro Góis (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Polonio de Oliveira (Suplente)
Dr. Junot Cordeiro (Suplente)
Dr. Carlos Alberto de Almeida Boer (Colaborador)
- DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA**
Dr. Gilberto Saciloto (Presidente)
Dr. Reinaldo Rocha Martins (Secretário)
Dra. Sônia Margaret C. da Costa (Colaboradora)
Dr. Belarmino Antônio Baccin (Suplente)
Dr. João Guerino Cato (Suplente)
Dr. Floriano Kaiss (Suplente)
- DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA**
Dr. Luiz Antônio de Melo Costa (Presidente)
Dr. Paulo Afonso de Barcelos (Secretário)
Dr. Ivan José Cardoso Frey (Colaborador)
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)
Dr. Francisco Martinez Cebrian (Suplente)
Dr. Edison Morel (Suplente)
- DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL**
Dr. Vilmar Rizzo (Secretário)
Dr. Univaldo Sagae (Colaborador)
Dr. Raul Miranda (Suplente)
Dr. Faustino Alferes Garcia (Suplente)
Dr. Milton de Oliveira (Suplente)
Dra. 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 Nadai (Suplente)
Dr. Geraldo Trentini (Suplente)
Dr. Isac S. Melnick (Suplente)
- DELEGACIA SECCIONAL DE PARANAGUÁ**
Dr. Mario Budant de Araújo (Presidente)
Dr. Eduardo Marecki (Secretário)
Dr. José Michel Gantus (Colaborador)
Dr. Ivo Petry Maciel Junior (Suplente)
Dr. Mario Percegon (Suplente)
Dr. Lauber Macedo de Mattos (Suplente)