

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

IMPRESSO

v.10, n.40 - outubro / dezembro - 1993

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIREÇÃO GESTÃO 1993/1998

Presidente:	Cons. Wadir Rúpolo
Vice-Presidente:	Cons. Odair de Floro Martins
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2º Secretário:	Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Tesoureira:	Consª Mara Albonei Dedeque Pianovski
Tesoureiro-Adjuntos:	Cons. Gerson Zafalon Martins

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Daebes Galati Vieira
Drª Eleusis Ronconi de Nazareno
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Hécio Bertolozzi Soares
Dr. Ivan Pozzi
Dr. João Batista Marchesini
Dr. Kemal Jorge Chammas
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Dr. Luiz Sallim Emed
Drª Mara Albonei Dedeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Drª Monica De Biase Wright Kastrup
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Odair de Floro Martins
Dr. Roberto Bastos da Serra Freire (***)
Dr. Wadir Rúpolo
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTEs

Dr. Adolar Nicoluzzi
Dr. Álvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Drª Ana Zulmira Eschholz Diniz
Dr. Antonio Carlos Bagatin
Dr. Antonio Katsumi Kay
Dr. Carlos Castello Branco Neto
Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Tracy Maciel Meyer (**)
Dr. José Carlos de Miranda
Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Drª Marília Cristina Milano Campos
Dr. Mario Luiz Luvizotto
Dr. Moacir Pires Ramos
Dr. Nelson Antonio Baurfatti Filho
Dr. Ricardo Rydygier de Ruediger
Drª Wilma Brunetti
Drª Zaira Lucia Letchacovski de Mello

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

(*) Licenciado
(**) Falecido
(***) Substituto

SECRETARIA

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

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig
CONSELHO EDITORIAL
 Carlos Ehke Braga Filho
 Duilton de Paola
 Ehrenfried O. Wittig
 Farid Sabbag

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica
 Rua Francisco Scramin, 1855-b
 CEP 80540-320 - Curitiba - Paraná

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos médicos do Paraná

CAPA

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

TIRAGEM

11.000 exemplares

EDIÇÃO

Trimestral

Sumário

Editorial	181
Resolução CFM nº 1401/93 - Atendimento Irrestrito	183
Conveniado ganha ação contra empresa no PR	184
Direito à vida e Anencefalia	186
Receber brindes é ético	190
A importância da Relação Médico - Paciente	208
Pode o médico, recusar atestado de médico particular a perícia ou junta?	218
Autoria de um trabalho científico	221
Indenização: responsabilidade em suicídio hospitalar	224
Realizar exame oftalmológico por ordem judicial em detento não carente sem cobrar honorários	226
Indenização: Erro profissional em Cirurgia Plástica	229
Responsabilidade hospitalar por acadêmico	230
Você reproduz livros? Cuidados com cópias.	233
O direito de ser cidadão	235
Indenização: A responsabilidade do hospital pelo estagiário	237
Laqueadura por determinação judicial	239
Atestado de capacidade laborativa	240
Seguradora: Dependente de doente grave recebe seguro	
Pacientes masculinos assediam as médicas	

MUDOU DE ENDEREÇO?



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

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

NOME:	_____		
Consultório:	<input type="checkbox"/>	Residência:	<input type="checkbox"/>
Rua:	_____		
Nº:	_____	Andar/Sala/Apto.	_____
Bairro:	_____	Fone:	_____
CIDADE:	_____		
CEP:	_____	ESTADO:	_____

Formado na Universidade de _____ Ano _____

Especialidade que pratica _____

Tem Título de Especialista? _____

Qual Sociedade? _____

O Título já foi registrado no Conselho? _____

NOVO!

Data: _____

EMPRESAS DE SEGURO SAÚDE, MEDICINA DE GRUPO, COOPERATIVAS, CONGÊNERES, OBRIGADAS A ATENDEREM TODAS AS DOENÇAS SEM RESTRIÇÕES

RESOLUÇÃO CFM Nº 1401/93

O Conselho de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de Setembro de 1957, regulamentada pelo decreto nº 44.045, de 19 de Julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda 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, conforme determina o artigo 2º da Lei nº 3.268, de 30 de Setembro de 1957;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839, de 30 de Outubro de 1980, institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão da sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM Nº 1342, de 08 de Março de 1991, confere ao Diretor Técnico e responsabilidade de prover os meios indispensáveis à prática médica e de zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares vigentes;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e de tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de Novembro de 1993.

RESOLVE:

Art. 1º - As empresas de seguro-saúde, empresas de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.

Art. 2º - Os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constantes no artigo 1º são:

- a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente;
- b) justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico;
- c) ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente;
- d) inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares pelo paciente e o médico.

Art. 3º - É vedado à empresa contratante estabelecer qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 4º - O registro das empresas referidas no artigo 1º, no Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição, é condição indispensável para o licenciamento do pleno direito de exercício de suas ações na área da saúde.

Art. 5º - As empresas constantes no artigo 1º terão um prazo de 60 (sessenta) dias para adotarem as providências administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Resolução.

Art. 6º - O descumprimento da presente Resolução fará com que os Diretores Técnicos sejam enquadrados nos termos do Código de Ética Médica e as empresas respectivas fiquem sujeitas ao cancelamento de seus registros no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, sendo o fato comunicado ao serviço de Vigilância Sanitária e demais autoridades competentes.

Art. 7º - A presente Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de novembro de 1993.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

HÉRCULES SIDNEI PIRES LIBERAL
Secretário Geral

Parecer Aprovado em
Sessão Plenária de 11/01/93

Conveniados ganham ação contra empresa no PR

O presidente em exercício do Conselho Federal de Medicina (CFM), Crescêncio Antunes da Silveira Neto, disse ontem que os associados de planos de saúde devem comunicar aos Conselhos Regionais de Medicina e às organizações de defesa do consumidor as empresas que estejam desrespeitando a resolução nº 1.401.

A resolução do CFM determina que as empresas de convênios médicos atendam a todas as enfermidades previstas no Código Internacional de Doenças - entre as quais Aids, doenças infecciosas, como meningite, ou crônicas e congênitas, como os distúrbios cardíacos e psiquiátricos. Antunes acrescentou que os associados que estão recorrendo à Justiça contra as limitações contratuais dos convênios têm obtido liminares favoráveis.

Segundo a CFM, só no Estado de São Paulo, 16 liminares foram concedidas a conveniados, permitindo tratamento e internação em casos de doença não previstos nos contratos. Em Curitiba, a historiadora Ediana Barreto da Silva, 40, obteve liminar para que a cooperativa médica da qual é associada pague as despesas de internação, além de quimio e radioterapia para tratamento de câncer de mama.

Segundo o advogado de Ediana, Fernando Dantas, 30, a paciente obteve liminar favorável na 14ª Vara Cível de Curitiba no dia 25 - um dia após ter expirado o prazo para que os convênios médicos se adequassem à resolução do CFM. "A paciente chegou a custear as despesas de uma operação emergencial porque o convênio se recusou a fazê-lo", diz Dantas.

Em São Paulo, o presidente em exercício do CFM sugeriu que a resolução seria mais facilmente aceita se fosse encampada pelo Executivo ou Legislativo Federais, através de decreto presidencial ou projeto de lei.

Transcrito da Gazeta do Povo 01/94.

DIREITO A VIDA E ANENCEFALIA

LEOCIR PESSINI*

Uma das perguntas que sempre surge quando se trata do aborto é a de quando começa a vida humana. Existem várias posturas teóricas. Podemos falar do feto como sendo pessoa? A partir de quando? Estamos falando de seres humanos com vida e direitos próprios ou somente de um conglomerado de células que estão ao bel prazer das pessoas que lhe dão significado humano a partir de seus próprios interesses? A Igreja defende que desde o instante em que o óvulo se encontra com o espermatozóide, isto é, quando ocorre a fecundação, o processo todo deve ser respeitado. Aí já está presente o código genético como constitutivo de todo ser humano. Crescimento e desenvolvimento vão simplesmente explicitar o que já está inscrito no código. Interessante lembrar que o Conselho da Europa, que não é uma instância religiosa, definiu em 1990, que, "desde o momento em que o espermatozóide fecunda o óvulo, aquela diminuta célula já é uma pessoa e, portanto, intocável".

Agora o que pensar eticamente quando nos deparamos com a questão de anencefalia?

Qual é o valor fundamental que protege o "Não abortarás"? O respeito à vida pré-natal? Que vida é esta ou então quais são os critérios que separam a vida da morte? Estas questões há trinta anos atrás praticamente não existiam. Os debates em torno do "coma depressé" e da "morte cerebral" evidenciam que hoje dificilmente podemos evitar estas questões.

Uma caso especial que merece nossa atenção, é a anencefalia, que consiste na ausência no feto dos dois hemisférios cerebrais. Não corresponde exatamente, no plano médico, à "morte cerebral". O sinal inequívoco desta, reside na constatação da ausência funcional total e definitiva do tronco cerebral. Ora, este está presente nos fetos anencéfalos e permite em alguns casos, uma sobrevivência de alguns dias, fora do útero materno. Antropologicamente falando, as duas situações são similares: A ausência de hemisférios cerebrais, no primeiro caso e seu comprometimento definitivo, no segundo, suprime *para sempre* o suporte indispensável para toda forma de consciência e de relação com o outro. No segundo caso, se reconhece a morte da pessoa. "Não existe razão para deixar de afirmar que, no primeiro caso, a vida que subsiste não é, propriamente falando, uma vida humana, a vida de um ser humano a chegar a ser pessoa humana." (Patrick Verspieren)

* Padre Carmeliano. Capelão do Hospital das Clínicas, da USP. Professor de Biética.

A anencefalia tem sido objeto de numerosos intercâmbios nas discussões do Grupo Internacional de Estudo de Bioética da Federação Internacional de Universidades Católicas (FIUC) consagrados às *desordens pré-natais e problemas de neonatologia*". Afirma o Pe. Verspieren, bioeticista católico, francês, que *"se destes colóquios não se tirou nenhuma conclusão definitiva, ao menos parece que se chegou a um consenso sobre este ponto. As linguagens empregadas eram diferentes, porém a interrupção da gravidez em caso de anencefalia, pareceu a todos os que se expressaram sobre este tema, como uma situação que escapa da norma geral relativa ao aborto."* (*Diagnostic antenatal et avortement selectif, reflexion ethique*, p. 206).

Um dos maiores moralistas católicos deste século, Bernhard Haering se pergunta: *"Um feto completamente deformado, carente de substrato biológico para realizar uma vida verdadeiramente humana, dever-se-ia considerar sempre para pessoa? Está claro que devemos proteger, com todo esforço e sacrifício, uma vida biológica concebida por uma mulher quando não existe e nunca existirá nenhuma expressão de humanidade? Trata-se sempre de um aborto no sentido pleno, moral do termo, se o médico, após constatar diagnosticamente uma deformação irreversível (por ex. anencefalia), interrompe a gravidez?"* (Haling, *Ética Médica*, p. 185).

Toda exceção à norma geral, levanta inevitavelmente situações limite. Pode-se associar a anencefalia à hidranencefalia, onde existem às vezes restos de hemisférios cerebrais e em determinados casos extremos de "micro-cérebros?" A perspectiva nossa consiste em não opor uma *"mínima qualidade de vida"* ao dever de *"respeitar a vida"*, nem tampouco em interrogar-se sobre a possibilidade de *"humanizar"* um ser humano afetado de deficiências irreversíveis. A questão aqui é outra, diz Patrick Verspieren: *"O 'fruto concebido', é sempre um ser humano? Ou existiria casos em que o que a mulher concebeu e leva dentro de si, deixou de ser humano, em razão da orientação dada pela embriogênese ou por lesões que são irreversíveis?"* (ibid, p. 207).

O enfoque nestes "casos-limite" exige um trabalho multidisciplinar profundo por parte de teólogos, moralistas, filósofos, médicos e biólogos entre outros profissionais. Estamos apenas começando um exercício de diálogo bioético. No que diz respeito à questão em foco, **direito à vida anencefalica**, duas observações se fazem necessárias: a) A problemática proposta ("Quando é que se pode dizer que é ou não é humano?") pode suscitar temores. Ao entrarmos em tal casuística não se corre o risco de debilitar o vigor da norma "não abortarás"? A resposta depende, de fato, da situação cultural. b) Ao se entrar nesta casuística será difícil de se fixar um limite preciso e incontestável. Pelo tuciorismo, pode ser que muitos recusassem a problemática proposta, porém é bom se perguntar, qual é o fruto do tuciorismo em tal domínio? Um maior respeito aos direitos do ser humano (e da criança) ou uma margem e ocasião de sermos acusados de pusilanidade e de insensibilidade perante o sofrimento de mulheres grávidas que se defrontam com tal problemática?

Nota: A respeito do assunto vide "Arquivos" 37 e 38.

Parte deste artigo foi publicado no jornal do CFM.

A OFERTA DE BRINDES, PASSAGENS, PRESENTES, SORTEIOS E OUTROS BENEFÍCIOS POR LABORATÓRIOS, É ÉTICA?

PARECER CFM

**DECRETO-LEI Nº 7.903, de 27 de agosto de 1945: Capítulo V:
DOS CRIMES DE CONCORRÊNCIA DESLEAL, Art. 178, Inciso IX:**

"É considerado crime dar ou prometer dinheiro ou outra utilidade a empregado de concorrente, para que, faltando ao dever do emprego, lhe proporcione vantagem indevida".

Inciso X

"É considerado crime receber dinheiro ou outra utilidade, ou aceitar promessa de paga ou recompensa, para, faltando ao dever do empregado, proporcionar a concorrente do empregador vantagem indevida".

CÓDIGO VOLUNTÁRIO DE ÉTICA PUBLICITÁRIA - Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica

- Item 5:

"A publicidade de medicamentos populares não deverá usar prêmios, concursos, ou recursos semelhantes que induzam o consumidor ao uso desnecessário de medicamentos".

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

- Art.10:

"O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa".

Art.9º

"A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio".

Art. 65: É vedado ao médico

"Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política".

Art.87: É vedado ao médico

"Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados".

Art. 98: É vedado ao médico

"Exercer a profissão com interinação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produto de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho."

Art. 99: É vedado ao médico

"Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagens pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional."

Art.136: É vedado ao médico

"Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão."

Resolução CFM nº 1.036/80 - DAS ENTREVISTAS, COMUNICAÇÕES E TRABALHOS CIENTÍFICOS - Art. 8º - § 2º - Entende-se por sensacionalismo:

.....
d) Participação em anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza;
.....

Parte I - A Consulta

A CIBRAN - Companhia Brasileira de Antibióticos, no dia 1º de dezembro de 1992, envia carta ao Conselho Federal de Medicina, no seguinte teor:

"Estamos encaminhando a V.Sª um exemplar recente, de um dos artifícios -não éticos - utilizados por algumas indústrias farmacêuticas estrangeiras na divulgação dos seus produtos junto à Classe Médica.

Nesse exemplo, a empresa suíça BIOGALÊNICA (Ciba - Geigy), através de folheto numerado, oferece aos médicos a oportunidade de concorrerem a dois sorteios através da Loteria Federal, cujo prêmio é a participação de 12 médicos, em Congressos Médicos realizados no País, com todas as despesas para 1 pessoa, pagas: inscrição, passagem aérea e hotel.

Essa premiação oferecida aos médicos, agora adotada, veio juntar-se a outras que incluem desde a distribuição de brindes de uso pessoal (canetas, chaveiros, isqueiros, relógios, etc), aparelhos eletrônicos e viagens ao exterior. Paralelamente, são oferecidos brindes e efetuados sorteios de aparelhos eletrônicos (TV's, vídeos e outros), aos balconistas das farmácias.

"São essas mesmas empresas que acusam os laboratórios nacionais de "não éticos" e de "piratas". Esperamos, que em breve exista legislação proibindo tal prática para obtenção de Vendas de produtos éticos..

Parte II - O parecer

Entendemos que nas duas situações, tanto junto ao balconista de farmácia quanto junto ao profissional médico, há, bem caracterizada uma agressão à ética, aos bons costumes e ao respeito ao direito da pessoa fazer uso dos medicamentos que melhor lhe convier, pela indicação ou pelo preço.

A promoção junto às farmácias consiste: a embalagem de um determinado produto tem uma "orelha" numerada que deve ser destacada no ato da venda e colada no impresso, também fornecido pelo laboratório, onde grupos de dez dão direito ao balconista participar dos sorteios de prêmios diversos; vídeo K7, TV a cores, bicicletas, bolsa de viagem, ferro automático e jogos de camisas.

Esta promoção induz o frentista da farmácia a forçar a aquisição, por parte do cliente, de medicamentos que não estão necessitando. É desleal, incorreta e criminosa por dois motivos, pelo menos: transforma o medicamento em um produto qualquer a comercializar e que seguramente não é; e, por último, imprime ao preço do produto um valor adicional correspondente aos prêmios. Sem essa prática o referido medicamento teria um preço inferior e a vontade do cliente seria respeitada, como é o seu direito.

A promoção junto aos médicos é mais desrespeitosa porque invade a intimidade de seu consultório para, cultuando uma fragilidade muito encontrada no ser humano, acenar-lhe com vantagens, induzindo-o a prescrever seus produtos. Tal como a primeira situação, também desrespeita os mais elementares princípios da liberdade de se prescrever e de se decidir pelo melhor para o paciente. Eis que, não satisfeitos em promover apresentações dos produtos em impressos, os mais vistosos e caros, também se acena com possibilidades de vantagem indevida.

De onde virão os valores para cobrir tais prêmios e tais impressos, senão do preço do medicamento?

O médico, ao aceitar participar desse espetáculo de tapeação, está permitindo que seu trabalho seja explorado pela indústria farmacêutica desumana e agressiva (art. 10, CEM), está permitindo que seu valor maior, a Medicina, seja utilizada para gerar lucros abusivos (art. 9º, CEM); fica muito frágil para resistir à tentação de prescrever produtos que podem não ser os melhores para seu paciente (art. 65, CEM); está, de alguma maneira, recebendo remuneração por serviço que não prestou (art. 87, CEM); sutilmente, está emprestando seu nome, sua posição de médico para a empresa produtora de medicamentos utilizar como bem entender (art. 98, CEM); quando o médico não concordar mais com tais comportamentos estará contribuindo para o barateamento dos medicamentos (Art. 99, CEM).

Não raras vezes, vemos em publicações desses laboratórios farmacêuticos nomes de colegas que foram contemplados em concursos, fazendo dest^aarte, anúncios comerciais com seu consentimento.

Por tudo o exposto, e por muito mais que poderia ser aqui enunciado, sou pela reprovação pública a tais procedimentos. Eis que desrespeitam a liberdade do médico prescrever o melhor para o paciente, encarecendo sobremaneira os produtos, disvirtuam a relação médico-paciente, fazendo-a maculada por interesses mercantilista e, finalmente, agridem a Medicina como um bem maior e comum a todos.

Sou pela ação pública e intensiva do Conselho Federal de Medicina junto à classe médica, esclarecendo-a do mal que tais comportamentos trazem ao bem comum. Orientando-a para se posicionar contrária sempre que solicitado sua cumplicidade para práticas desonestas como essas aqui em tela.

Deve o Conselho Federal de Medicina somar-se à Secretaria de Vigilância Sanitária nessa cruzada de desmistificar nomes e fantasias conquistados com muito jogo de interesses mercantis que só prejuízos tem trazido ao consumidor incauto. Alertar à população em geral e à categoria médica em particular, mostrando os riscos embutidos em tais práticas e o desrespeito insidioso, instalado progressivamente, que até conseguiu vestir-se de simpático costume.

Como instituição de defesa da boa prática médica e da melhor assistência à saúde pública, deve o Conselho Federal de Medicina acionar os órgãos de fiscalização do governo para ver tais práticas aniquiladas e pertencentes ao passado.

Este é o meu parecer.

Brasília, 23 de Junho de 1993

ANTONIO JAJÁ NOGUEIRA
Conselheiro relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/11/92

"A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE"

"O Grande Encontro"

*Alzeli Bassetti**

APRESENTAÇÃO

Ao abordar o tema "Importância do relacionamento médico-paciente", faz-se, na verdade, uma inserção na questão maior do próprio relacionamento humano. Lamentavelmente, este relacionamento vem sofrendo desgaste na mesma proporção em que se observa o avanço das descobertas científicas. Tanto mais progride o homem em sua capacidade ilimitada de racionalizar e criar, tanto mais se tem mostrado impotente para estabelecer firmes relações de reciprocidade. Assim o progresso que vem sistematicamente acontecendo em todas as áreas da ciência, mercê da criatividade humana, vem colaborando para um distanciamento entre os homens, quando o ideal - se se considera que o objetivo primordial da ciência é colocar-se a serviço da humanidade - seria um desenvolvimento científico caminhando "pari passu" com o aprimoramento das relações do homem consigo próprio, dele com a natureza e dele com seus semelhantes.

Concebido a partir desta premissa, o progresso científico seria a força motriz e nutriz da humanidade na busca que ela enceta para obter a felicidade terrena. De que valem as mais variadas descobertas, desde as mais simples à mais sofisticada, se não são voltadas para minorar o sofrimento humano? De que valem os mais modernos equipamentos se não cumprem a função de fazer brotar no âmago dos corações humanos uma réstia de felicidade e harmonia? É, portanto, inconcebível um mundo em que o conhecimento humano e a alta tecnologia se estabeleçam em detrimento da condição humana.

Ao usufruir o privilégio único de um contato físico direto com o homem que está a sofrer, o médico sente mais profundamente o impacto desta distorção. Também ele se sente impactado, isolado, solitário. A necessidade e a oportunidade para firmar um relacionamento com o paciente que o procura nas mesmas condições psicológicas obrigam-no a sublimar o enjaulamento. E mais: compelem-no à iniciativa de romper as amarras que aprisionam o paciente. Dupla tarefa, árdua, porém inevitável. Sofrida e consequentemente gratificante. São dois prisioneiros de um "stress" originário do sistema vigente no mundo e na aldeia em que vivem. São dois reféns da mesma ansiedade e uma mesma angústia, de um mesmo sentimento de impotência.

* Jornalista, de Curitiba - PR. Trabalho classificado em 1º lugar no Concurso "Melhor Monografia Sobre Ética Médica - 1993 - A Importância da Relação Médico-Paciente. Promoção do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

O "leit motiv" que os coloca frente a frente é o sofrimento do paciente, quando ele se torna insuportável. O pedido por socorro sensibiliza o médico, que, no relacionamento ideal, consegue romper suas próprias barreiras e sair de si mesmo. Vai mais além: munido de amplo conhecimento e solidariedade, transporta-se para o paciente, entendendo o sofrimento deste. Convoca-o a uma relação de reciprocidade para que se derrubem as barreiras comuns e aquelas impostas pelo estado de enfermidade que afligem o paciente.

Estabelecido o diálogo livre, sincero e fraternal, ocorre um grande encontro de consciências. São duas almas em que um solicita e o outro doa. E ambos saem vitoriosos perante os males que os ameaçavam. Uma vitória que é, em suma, agregada às conquistas da sociedade humana.

Este trabalho se propõe a resgatar, através da análise dos tipos de relacionamento médico-paciente mais comuns e das etapas implícitas em cada relacionamento, a otimização desse vínculo, imprescindível ao objetivo maior de livrar o paciente do mal que o molesta. Ou de muní-lo de coragem estoica para enfrentar a fase terminal da doença. Busca, também, realçar que do relacionamento citado é possível resultar um encontro de comunicação construtiva, e, enfim, se converter num ponto a mais para o aprimoramento das relações humanas. A dor, de todos os matizes e circunstâncias, pode se transformar em alavanca ao crescimento interior de quem a suporta e de quem se propõe debelá-la. Fraternidade e solidariedade, na alegria e na dor, outra não foi a pedra de toque para o relacionamento ideal à humanidade, concebido pelo Criador.

Daí a importância precípua de que o relacionamento médico-paciente se reveste.

DESENVOLVIMENTO

a) Conceito clássico e específico de relacionamento

Num sentido estrito, relacionamento é o ato de efeito de relacionar-se. É a capacidade, em maior ou menor grau, de comunicar-se ou conviver com os seus semelhantes. Num conceito mais amplo, é a ligação de amizade, afetiva, profissional, condicionada por uma série de atitudes recíprocas.

Assim, qualquer tipo de relacionamento não pode prescindir de um vínculo, que pode resultar positivo ou negativo. Por vínculo, entenda-se o que pode ser atado, firmado, compromissado, cuja função é impedir um rompimento de coisas, pessoas ou grupo sociais. É característica fundamental da condição humana, a de estar capacitado para se relacionar com o cosmos e ser o motor da história.

O relacionamento médico-paciente ocorre em circunstâncias específicas. Está no cerne da Medicina a ligação essencial com o humano. Há nela todo um resumo da magnífica experiência humana: sofrimento, alegria, dor, cura, fé, esperança, caridade, vida e morte. E é o primeiro que faz a ligação entre o paciente afligido e o médico que pode aliviá-lo. Na evolução da vida, após o Homem emerge

o médico. Ao lidar com a doença, ele tenta debelar aquela que antecedeu a própria Medicina. Tem diante de si um paciente sofredor buscando conforto, compreensão e cura. Não é um cidadão comum. Trata-se de alguém física, orgânica, afetiva e psicologicamente combalido. Que está doente por inteiro e não parcialmente, restrito a um único mal. E é este estado geral de sofrimento que o impele a solicitar ajuda médica e o converte numa pessoa humana enferma, na maioria das vezes portadora de uma regressão à infância.

Hospitais, medicamentos, operações ou procedimentos cirúrgicos, técnicas de diagnóstico, enfermagem, formação, ensino médico e laboratórios devem estar voltados para esta pessoa humana, em complementação ao relacionamento que ela estabelece com o médico. Este, ao contactar com o paciente, precisa ter em mente esta dimensão total. Diante dele não estão somente as múltiplas faces da doença, e sim todos os graus de alienação a que o paciente está subordinado por sua inserção na sociedade contemporânea. (Estão o paciente e todas as suas circunstâncias históricas.) O processo do relacionamento médico-paciente se constitui do interior de um para o interior do outro. Somente assim a margem de sofrimento se reduz.

Para que esta interpenetração ocorra, propiciando uma profunda identificação, cabe ao médico reverter em aceitação e esperança, a recusa do paciente em se submeter ao sofrimento. Desta forma, o relacionamento se assemelha a uma construção, que não pode prescindir da colaboração de ambos.

Todas essas características e implicações, fazem com que o relacionamento médico-paciente se destaque entre os demais. O fato de ter como ponto de encontro o sofrimento, e ser este o elo entre a humanidade e o médico, de ter como objetivo maior a preservação da vida e de lutar por transformá-la em existência, o distingue-sobremaneira.

b) Conceito clássico e contemporâneo de médico.

O vocábulo latino "medicu" define aquele que é diplomado em Medicina e a exerce. Designa também aquele que pode restabelecer a saúde física e moral. Os romanos costumavam dizer que "o tempo é o grande médico". E a história narra dois outros tipos que se incluem nesta classificação: o médico espiritual, confessor e orientador moral, e o médico feiticeiro, que, nas tribos indígenas, especializou-se na arte de curar doentes, aplicando-lhes práticas mágicas, não raro acrescidas de medicações empíricas e rudimentares. Em Lucas, o médico do Evangelho, encontra-se a primeira advertência: "Médico, cura-te a ti mesmo". Como irá o médico curar seus pacientes sem previamente ter o melhor conhecimento possível de si mesmo? Como irá ele assumir "in totum" a pessoa humana enferma se é para si mesmo um desconhecido, se não conseguiu romper as próprias barreiras, se não está consciente de suas limitações e resta prisioneiro da onipotência a que o "status" de médico, numa sociedade também enferma, o condiciona?

Não é o médico um ser absoluto, como também não é infalível o próprio conhecimento científico. O médico é também um ser histórico, e mesmo quando ele procura absorver o sofrimento do paciente, não se despoja nem foge dessa realidade. A doença incurável e a morte inevitável testam constantemente sua capacidade de resignar-se. Ele sabe não ser possuidor de todas as soluções, mas também está ciente de não poder se desvincular dos problemas. Deste antagonismo, vivenciado diuturnamente, resta sempre o consolo que pode proporcionar ao paciente. Foi Northnagel, professor de Clínica Médica em Viena, quem melhor retratou este conflito interno:

"O médico raramente cura, muitas vezes alivia, mas sempre consola".

Porém, para que se viabilize este consolo, há que criar condições ideais, que extrapolam o conceito clássico de médico. O clínico Régenis Bading Prochmann, em seu "A visão do Médico" coloca:

"Consciente ou inconscientemente, a abordagem médica implica sempre em envolvimento. É preciso assumir o todo do doente, cada doente, todos os doentes".

Esse envolvimento, inevitável e inadiável, ocorre no relacionamento médico-paciente, a cada pessoa humana, cada paciente. Dá-se, então, um processo interligado: o conhecimento do médico-aperfeiçoa o do paciente e ambos lutam para debelar a doença.

Simultaneamente, mestre e aprendiz, o médico ao reconhecer o paciente como sujeito, permuta seu conhecimento científico e sua experiência com o novo que cada paciente lhe traz. Há que aprender a relação de simultaneidade existente entre o indivíduo e o ser paciente. Há que impedir a projeção de suas próprias angústias. Há que traduzir para si todo o complexo do sofrimento desse paciente e renovar-se através de cada um deles. Há que promover uma forma particular, única, de comunicação com cada paciente, uma maneira intransferível de estabelecer o diálogo. Há que adquirir o máximo de consciência de si, do paciente, de cada paciente e de todos os pacientes. Há que estabelecer sempre e indefinidamente um relacionamento por excelência humanizado, abster-se da dominação, impedir a dependência emocional do paciente. Há que, ao mesmo tempo em que combate a doença, lutar contra o sofrimento causado por ela. Há que colaborar para que da comunicação estabelecida entre ele e cada paciente, este passe mais a existir que viver. Enfim, há que buscar incessantemente o aprofundamento da condição humana, até às últimas conseqüências. Em meio à tendência da maioria dos pacientes, culturalmente condicionada, dele exigir condições divinizadas.

É oportuno recordar as palavras de Walter Benevides, ele próprio médico, nascido em 1908 e falecido em 1981, presentes em sua obra "Visitas de Médico":

"Quem é bom médico? Não é necessariamente aquele que cura, nem, muito menos, aquele que sabe. Bom médico é aquele em quem o paciente confia. Assim, o bom médico o charlatão, pois, além do mais, ele resolve tão bem ou

melhor do que qualquer doutor os casos de cura espontânea (que ocupam pelo menos cinquenta por cento da clínica), como atende, ainda em igualdade de condições, os incuráveis".

O médico, pode-se dizer, representa, a própria síntese da humanidade. É a ele que convergem os conhecimentos científicos, os aspectos mitológicos do inconsciente coletivo, o sofrimento humano, as problemáticas políticas, econômicas e sociais, a tristeza e a alegria do mundo. A ele não é dado desligar-se desta realidade, mesmo quando, em vão, tenta recorrer ao isolamento, refugiando-se num mundo somente seu. Entre as facetas da habilidade humana necessária ao cultivo de um bom médico, estão os princípios morais e ético, o poder de atenção e priorização ao paciente, sem interposição de si próprio. A doença, muitas vezes, conta com seus segredos, através de um parêntese causal. O médico deve ter em mente que o paciente deseja ser tratado como um ser humano igual, quer ser mantido razoavelmente informado, teme o abandono ou a negligência. E nunca pode ser visto como um ser isolado, desenraizado: ele é sempre o paciente, inserido na família, na comunidade, no universo.

Há oito séculos, **Moses ben Maimon (Maimonides)** compunha a oração com os requisitos que devem caracterizar o médico:

"Dai-me a oportunidade de melhorar e aprimorar minha prática, uma vez que não há limites para o conhecimento. Ajudai-me a corrigir e a suprir as falhas da minha formação, à medida em que o alcance da ciência e seu horizonte se ampliam dia a dia. Dai-me a coragem de perceber meus erros diários para que amanhã eu seja capaz de ver e compreender de forma mais iluminada o que eu não pude compreender nas foscas luzes de ontem".

c) Conceito clássico e contemporâneo de paciente.

O latim "paciente" define a pessoa que padece, que se encontra em sofrimento pertinaz, acometida de um mal. A nomenclatura médica costuma conceituar como "doente" aquele que não se encontra em condições de saúde e sanidade ideais e adota o termo "paciente" para o doente que está sob cuidados médicos. Para outros mais, "doente" é aquele acometido de um mal restrito, conforme antiga visão do fenômeno, e "paciente" é aquele que tem comprometido seu estado geral. Na linguagem popular, ambos são tidos como sinônimos.

A sutileza, porém, não mascara a realidade. Na filosofia, paciente é aquele que sofre ou é objeto de uma ação. Gramaticalmente, é aquele que recebe a ação praticada por um agente. Já o latim popular "dolente" evoluiu para aquele que tem doença, que está enfermo, fraco, achacadiço. E estende o conceito para aquele que sofre mal moral. Todavia, todas essas definições e outras mais existentes não se contradizem entre si e caracterizam, segundo conceito atual, a pessoa humana, cuja característica circunstancial mais importante é a de não desfrutar de condições plenas de saúde.

Dizia Louis Ramon, um dos maiores clínicos de todos os tempos, que: "paciente é a unidade e não um sistema ou um aparelho que, ao se detectar nele uma peça rompida, troca-se por outra e basta."

O mestre francês resume, com essa colocação, a visão ideal e complexa que o médico dispor naquele ano que, em desespero, por ele procura. Se, por um lado, Ramon alertava sobre a temeridade de se considerar um paciente fragmentado em órgãos, despojado de interrelação e interação, por outro existe o "canto de serias" da possibilidade de, num outro extremo, o médico incorrer na enganosa visão em cadeia, isto é, como mais uma sucessão de pacientes.

Também aqui, cada indivíduo, cada paciente, cada história, cada tipo de atendimento, cada relacionamento. Não se trata de um doente e sim de uma pessoa humana que está e se sente doente, que tem uma disfunção causadora de sofrimento, e que é portadora de uma personalidade específica na reação a essa disfunção. Cada paciente dispõe de uma limitada teoria pessoal e particular sobre a sua doença, desconhece os agentes causadores dela, teme que a extensão do mal que o acomete possa incapacitá-lo ou levá-lo à morte. Mesmo os pacientes de nível cultural acima da média são assolados por estes temores e também reagem a eles no plano intelectual e emocional. Se enfermidade e morte são contingências sempre presentes nas perspectivas futuras de cada ser humano, o aparecimento de sintomas reaviva o medo na mente do doente, que não raro passa a produzir fantasias conscientes ou inconscientes, de conteúdo ameaçador a sua integridade física e mental. Como agravante, este medo o projeta de volta à infância, numa regressão, que, ao mesmo tempo em que faz retomar atitudes desta fase, também lhe reacende antigas sensações e emoções de raiva, insegurança e rebeldia ao sofrimento. O racional é subjugado pelo emocional e a disfunção passa a ser interpretada de forma mais primitiva que lógica.

Quando o paciente procura o médico, traz com ele duas doenças parciais: a disfunção original e a reação de sua personalidade a ela. Não há disfunção sem a concomitante psíquica e somática. A intensidade e o grau desta reação ao sofrimento variam conforme a maturidade do paciente. Do mesmo modo, a maneira pela qual ele vai entrar em contato com o médico depende do tipo de relações que ele mantém e do nível cultural de que dispõe. Assim, há o paciente que espera do médico poderes mágicos e aquele que anseia por um profissional capacitado para livrá-lo da doença. Não raro, o primeiro sai frustrado do relacionamento limitado que se estabelece, pois constata que o médico não é divino. Já o segundo, tem probabilidades de encontrar identificação e colaborar eficazmente com o médico, facilitando de forma ampla a tarefa deste. Em geral, o que o paciente deseja do médico está implícito no primeiro contato entre eles. Uns querem milagres, atenção, carinho e apoio. Outros buscam soluções técnicas, vindas de alguém que conquistou sua confiança e de quem esperam sensibilidade, compreensão e bondade.

Os pacientes portadores de uma personalidade mítica, costumam ambular de um médico para outro, sem jamais encontrar o ser onipotente e onisciente para corresponder às suas carências. Os pacientes de menor regressão, que buscam um médico competente, ético e humanista, ao encontrá-lo, reúnem condições para estabelecer um vínculo, que será, a cada reconsulta ou nova consulta, reforçado.

Mesmo nos pacientes mais estóicos, a ansiedade e ao menos um mínimo de regressão estão presentes. Um fato que nunca deve ser esquecido ou

desprezado pelo médico. Com freqüência, essa ansiedade é amorfa, mas sempre retrata o receio de uma incapacidade para manter digna e significativa sua vida. Além do mais, o paciente se apresenta ao médico num ambiente estranho, num consultório, clínica ou leito hospitalar. E seu objetivo é o conforto, nunca o confronto. Existe, ainda, a singularidade de cada paciente, seja na herança, nas experiências prévias, no ambiente cultural e psicológico, na educação, nas oportunidades, nos sucessos, nos fracassos, nas fantasias, nos compromissos emocionais, nas motivações, nos ajustamentos e soluções conciliatórias que o enfraquecem ou amadurecem.

Os pacientes desejam, acima de tudo, ser ouvidos e compreendidos, já alertava **Wilfred Trotter**, neuro-cirurgião inglês. Cabe ao médico, pois, auscultar essa necessidade primeira, para, em seguida, motivá-lo para lutar pela vida qualitativa a que tem direito.

Assim, se forma a espécie de relacionamento que terão o médico e seus pacientes, pois ao ouvi-los, compreendê-los, auxiliá-los, e, enfim, curá-los ou dirimir-lhes a dor, o médico exerce também uma função social, estabelecendo-se uma relação de reciprocidade. Ademais, cria-se também um certo clima de gratidão que acompanhará as procuras, o que se transformará em um relacionamento duradouro, completo, sendo que o médico saberá sempre como proceder, diante dos males que vierem a sofrer seus pacientes, pois tem ciência de suas circunstâncias pessoais e de seu histórico orgânico e psíquico. Este aspecto pode evitar a imensa estatística de erros médicos ou de choques de emergência, tendo em vista que o conhecimento prévio da situação de saúde do paciente confere ao médico a observação obrigatória de determinados cuidados e de certas cautelas necessárias em situações que se formam em caráter de urgência. Neste sentido, é de se ressaltar a importância do ideal relacionamento entre o médico e seus pacientes.

d) Reciprocidade: tipo ideal de relacionamento médico-paciente.

"Um médico vai ver um doente e lhe diz: "Estamos aqui três presentes, você, eu e a doença. Se quiser ajudar-me a aceitar minhas indicações, seremos dois contra as doenças, que ficará sozinha e poderá ser derrotada por nós".

(Elqueliubi, em "Autores Árabes" de L. Machuel).

A sabedoria árabe somada à lógica matemática explícita com simplicidade a importância da reciprocidade no relacionamento médico-paciente ideal. A iniciativa em promover uma sadia cumplicidade é do médico e para tanto ele faz uso de uma linguagem adequada à compreensão do paciente. Conclama a colaboração e participação direta deste para debelar o mal que a ambos atormenta. Sensibiliza o paciente, fazendo-o ver a importância de uma vontade ativa para se livrar da doença. Mas, não abre mão de dirigir e controlar o processo de cura, que lhe é de competência e responsabilidade.

Uma vez fundamentada essa reciprocidade, ambas as partes saem gratificadas. Consciente de suas limitações humanas e científicas, o médico se empenha por inteiro para corresponder à confiança do paciente por ele conquistada, apelando para a lógica e o objetivo em comum, sem manipulação ou coisificação. A abertura espontânea de um para o outro é uma feliz descoberta, que irá garantir um clima de naturalidade, franqueza, confiança e harmonia ao relacionamento. A parceria, obtida pelo sistemático empenho de ambos para vencer a doença, e desafogar o paciente, geralmente sobrepassa a cura e é comum dela resultar uma amizade duradoura. Não há hierarquia imposta e reina absoluto o respeito de um para com o outro. Não raramente, o médico passa a ser um consultor a todos os familiares.

Assim, se forma o chamado "médico de família", hoje novamente reconhecido como indispensável ao atendimento de cada membro e ao conjunto dos mesmos.

No relacionamento ideal, a credibilidade do médico é intransferível. Muitas vezes, na ausência dele, o paciente prefere suportar por mais tempo o sofrimento a consultar outro profissional. É que o vínculo estabelecido e reforçado gradativamente, mais a empatia e a identificação, representam um bem valioso conquistado, do qual nenhum dos dois quer abrir mão.

Capítulo à parte deve ser reservado às condições ambientais de higiene, silêncio e seriedade que um consultório médico deve apresentar. É ele, juntamente com a postura ética e moral do médico, que propiciam ao paciente a sensação de se sentir à vontade para desnudar seu corpo e desvendar sua alma, nas etapas do processo da mútua descoberta.

Assim, constituído e preservado, o relacionamento irá se transformando em crescente e renovador diálogo de consciências, em que um descobre as qualidades e dirime as aflições do outro, colaborando para o recíproco crescimento interior.

e) Tipos patológicos do relacionamento médico-paciente

Aguém pode apregoar que de qualquer relacionamento médico-paciente advenha uma ajuda. Certo. Todavia, se nele não estiver implícito o intuito de estabelecer um vínculo para melhor servir à pessoa humana enferma, não ocorre o relacionamento ideal. Há somente um contato passageiro, cujo diálogo é permeado de frieza e pragmatismo, sem intercomunicação pessoal. O médico se limita ao enfoque sobre o mal restrito, como se houvesse uma fragmentação entre o órgão e o organismo restante. E supõe que, curando a parte afetada, o estado geral de sofrimento também desapareça.

Ledo engano, no qual tantos esculápios incorrem. Não atentam que os resquícios da doença, disseminados por outros órgãos e pela mente do paciente. Restam negligenciados a curto e médio prazo essa alma não tratada irá precipitar o surgimento de

novas doenças. E, ao dar o doente como curado, o médico fez esvair-se uma chance preciosa de estabelecer um vínculo, única via eficiente para curar efetivamente o paciente.

Não raro, por suas limitações e negligências, o médico se fecha ao diálogo, impedindo que a comunicação ocorra, e que evolua ao ponto de uma confissão. Este comportamento denuncia que também ele pode estar enfermo e a sua disfunção será um entrave para a criação de um tipo ideal de relacionamento. Então, este se configura como mero contato, na maioria das vezes negativo às duas partes envolvidas, limitado a um atendimento linear, de um emissor para um receptor.

Quase automaticamente, o paciente emite queixas e sintomas, o médico ouve, constata e medica. Não há de fato a intenção de firmar um relacionamento, e o contato resulta fugaz, bitolado, frio e insuficiente.

Nos países subdesenvolvidos em que o atendimento à saúde da população não é considerada prioritária, o médico premido pela ameaça de proletarização, não recebe o devido respeito e esta frustração é projetada sobre o paciente. Sem o estímulo proveniente das políticas de saúde, sem condições ideais de trabalho, sem compensação salarial justa, sem apoio mediante oportunidades para reciclagem sistemática, o médico projeta sobre o exercício da profissão e sobre o paciente circunstancial a situação por ele vivenciada. Ferido em sua própria cidadania, tende a ignorar a do paciente, que se torna um número a mais nas estatísticas de atendimento.

Este médico, em geral presente nos ambulatórios, enfermarias, U.T.I.s da rede de hospitais públicos, antes de considerado omissivo e negligente, deve ser encarado como vítima do sistema. Também ele é um enfermo social. O que acaba por impedir que desempenhe o papel de propulsor da iniciativa para construir um bom relacionamento com seu paciente.

Médico e paciente se defrontam, então, ambos doentes socialmente, carentes de cidadania, sem condições de fazer parceria contra a doença orgânica, vitimados pelo desequilíbrio emocional. É o que sucede quando um médico desestabilizado encontra um paciente paranóico, avesso ao diálogo, disposto a impor perante o esculápio, o diagnóstico que lhe serve. Em geral, este paciente já passou por vários médicos, é um céptico, e por dispor de poucos conhecimentos sobre seu mal, tenta estabelecer um monólogo na anamnese. Por suspeitar que sua doença seja incurável, mais questiona que informa. O paciente paranóico encara a ocasião como parte de um périplo obrigatório que ele empreende através de variados consultórios médicos e seu interesse maior não é o de implementar um relacionamento e curar-se. Assim, da anamnese advêm informações previamente selecionadas e a intercomunicação é insatisfatória. Interessa-lhe mais colher informações do próprio médico, cuja avaliação ele irá passar adiante na infundável narração dos pormenores supérfluos, resultantes de seu contato com o profissional, sempre acrescidos de pontos e fatos imaginados pelo doente.

Nas ocasiões em que um médico desestabilizado encontra um paciente equilibrado, este faz o discernimento entre a pessoa humana do médico e o gabarito profissional que ele apresenta. Do contato, em geral, é o médico que se detém somente nos aspectos negativos do paciente, embora o diagnóstico correto e a terapia adequada sejam, para ele, ponto de honra. Porém, o objetivo precípua que move o esculápio não é o de restabelecer a saúde integral do paciente, e sim o de acrescentar mais uma massagem ao seu ego.

Vezes há em que os entraves para um bom relacionamento são resultantes das falhas de personalidade do médico. Negligente para com a ética e a moral, este tende a tratar o paciente como uma doença e não como uma pessoa humana enferma. O diálogo é ríspido e linear, pois é o lucro que mais interessa ao médico, em geral narcisista, adorador de si mesmo, que se mostra como ator e personagem central de uma peça - o contato com o paciente - tem no paciente um expectador passivo, regressivo, sem percepção do que lhe está ocorrendo internamente, mas sensível o bastante para perceber que está sendo objeto e não um dos sujeitos do encontro. Na verdade, este encontro, no sentido amplo, não se verifica por desinteresse total do médico.

Ao médico equilibrado que se depara com um paciente extremamente regressivo, - situação mais comum - são exigidos esforços intermitentes, conhecimentos gerais sobre o comportamento humano e dedicação integral. É que a doença fez o paciente voltar aos tempos de infância, quando era prisioneiro de temores, insegurança e imaturidade. O fenômeno da regressão, que atinge a grande maioria dos pacientes, - até os próprios médicos quando enfermos - vem sendo objeto de estudo intermitente. Ela descaracteriza a personalidade do paciente que, ao contatar com o médico, não apresenta a maturidade ideal para estabelecer um bom relacionamento. Cabe ao médico, concomitantemente com a atenção à doença propriamente dita, eliminar as amarras regressivas, devolvendo ao paciente condições de enfrentar a moléstia de forma adulta, participativa e consciente. Neste ítem, é importante que o médico forneça ao paciente ampla informação sobre seu estado geral.

Quando, porém, esse paciente regressivo encontra um médico desestabilizado emocionalmente, o relacionamento se torna impossível. O contato é tumultuado, a informação é parca e fragmentada por parte do paciente e não há um mínimo de interesse em fornecê-la por parte do médico. Não evolui um diálogo, porque o hedonismo de um e a imaturidade circunstancial do outro não permitem a menor comunicação. O paciente está em busca do calor materno e da segurança paterna, e tem diante de si um pretenso dono da verdade absoluta, incapaz de se ligar afetivamente com ele.

Estas distorções e outras mais que proliferam na prática médica, além de impedir que o relacionamento médico-paciente resulte gratificante e reverta o estado doente do paciente, são também algumas das causas de descrédito por que passam Medicina e médico no mundo moderno. Elas estão, outrossim, por trás do crescimento do misticismo religioso e da magia.

f) Etapas do processo de relacionamento médico-paciente

A rigor, são três as etapas implicadas no relacionamento médico-paciente: a anamnese, o exame clínico e o tratamento. Na primeira, o médico cria o ambiente para a explanação por parte do cliente de todas as queixas, dos males por ele sentidos, que são, em suma, a razão de ter procurado o médico. É através deste depoimento, ao vivo, que o médico vai, gradativamente, coletando a informação que lhe é indispensável. É ele quem conduz o diálogo, embora mais ouça que fale. Da informação obtida, ele, atenta e agilmente, vai se inteirando da história objetiva do paciente, selecionando os dados mais importantes na respectiva ficha e adquirindo conhecimentos fundamentais ao diagnóstico.

É na anamnese que o médico assenta os primeiros tijolos na grande construção que será um bom relacionamento contínuo entre ele e o paciente. Selecionando os dados mais importantes na respectiva ficha, quanto mais farta, detalhada e clara a informação, tanto mais fácil se torna para ele o diagnóstico diferencial. Pode-se dizer que estas informações sejam a argamassa da construção. Uma anamnese incompleta, por demais rápida e insuficiente, pode retardar o diagnóstico, confundir o médico, frustrar o paciente e, conseqüentemente, prolongar o período de sofrimento. Nesta etapa inicial, o médico é todo ouvidos, embora sua mente esteja em pleno raciocínio.

O exame clínico que se segue à anamnese trará ao médico a confirmação ou não de um suposto diagnóstico. Nele, o médico garimpa, através do uso de todos os seus sentidos, sinais e respostas confirmatórios de suas suspeitas. O exame clínico é um recurso por excelência esclarecedor, que complementa a parte oral que foi a anamnese. Também ele deve ser detalhado, pormenorizado, compreendendo o corpo por inteiro do paciente. A comunicação é ágil, toda feita de perguntas e respostas breves e suscintas. Mesmo assim, o exame clínico é uma espécie de caixa de Pandora, pois fornece ao médico dados não revelados pelo paciente anteriormente. Ao procurar cuidadosamente os sinais e sintomas, o médico invariavelmente se surpreende com dados novos. Começa a longa e minuciosa costura mental do raciocínio clínico: transformar as embaralhadas informações da anamnese e os achados do exame clínico em possibilidade de diagnóstico. Não raro, para o diagnóstico diferencial, ou para a confirmação de suas suspeitas, o médico solicita o apoio de exames laboratoriais. Esta solicitação tem que levar em conta a relação causa/efeito da situação econômica do paciente. A triagem do que seja exame indispensável, é de competência do médico. Nesta etapa, ele é todo observação, sua expressão oral é mínima e todos os seus órgãos de sentido estão a serviço do raciocínio clínico.

Findo o exame, vem a etapa do tratamento, que tem início com a informação esclarecedora ao paciente do que o médico viu, sentiu, observou, palpou, percutiu, auscultou, e do que supõe seja a causa do estado geral do paciente. Nesta etapa, é ele quem fala, argumenta, justifica, esclarece, explica e orienta. Se o médico, na primeira consulta, não dispuser de certeza suficiente para fazer o diagnóstico, deve colocar o paciente ao par de suas dúvidas. Não há obrigação de um diagnóstico imediato e nem são as dúvidas sinais de incompetência. São, sim, demonstração de seriedade profissional, humildade e franqueza. Qualidades

inerentes ao bom relacionamento médico-paciente e que, no devir, irão lhe garantir credibilidade, confiança e respeito.

Na extensão dessas três etapas fundamentais, estão as possíveis visitas domésticas, hospitalares - nos casos de internamento -, a reconsulta, e a continuidade do processo de tratamento até à cura.

Quanto aos casos de diagnóstico, cuja cura é imprevisível ou mesmo duvidosa, cabe ao médico optar entre expor ao paciente a situação concreta ou omiti-la. Como critério a ser adotado além da sua precaução, ele deve atentar para o psiquismo do paciente, que pode reagir de maneira positiva ou negativa à exposição de uma realidade cruel. No caso de uma opção por não contar, os familiares devem ser notificados sobre a gravidade da doença.

Todas as etapas que formam o relacionamento médico-paciente são essenciais não apenas ao diagnóstico, tratamento, cura, mas também na colaboração eficiente à implantação de uma relação salutar e reciprocamente gratificante.

g) A linguagem médica

A diversidade de tipologias concernentes ao relacionamento médico-paciente é heterogênea e especificada. Variam as personalidades dos médicos e variam aquelas dos pacientes. Assim, um mesmo médico tem necessidade de recorrer a variados tipos de linguagem conforme o contexto cultural e a faixa etária de cada paciente. Se a linguagem do médico for linear e homogênea, existirá o risco de compreensão parcial ou incompreensão total por parte do paciente, e, conseqüentemente, o próprio relacionamento será prejudicado.

Por estar presente em todo o decorrer da vida humana, o médico caminha "pari passu" com as fases etárias. O pediatra, por exemplo, inicia uma linguagem específica e desenvolve a habilidade de interpretar os sons humanos, desde os primeiros vagidos do bebê. Outra é a linguagem para as crianças e outra ainda para os púberes. Já o médico que tem diante de si um adolescente precisa desenvolver outro tipo de linguagem, pois os jovens dispõem de um vocábulo próprio e uma forma de comunicação característica, quando não subjetiva.

Diferem também as linguagens adotadas para um paciente adulto e um idoso, este mais carente de atenção e afeto que o primeiro.

De qualquer forma, a linguagem do médico requer uma elasticidade mais ampla, variando também de acordo com a personalidade de cada paciente. Num consultório médico, adentram pacientes equilibrados, agressivos, deprimidos, oligofrênicos, apaixonados, com tendências ao suicídio, alcoólatras e dependentes de outras drogas. Para cada um, o médico necessita desenvolver um tipo de linguagem e uma forma específica de comunicação.

O evoluir do relacionamento pode, ainda, suscitar no paciente dependência emocional e até chegar ao extremo de uma ilusória paixão. Ante tais situações,

que se interpõem e prejudicam a evolução normal do relacionamento, deve o médico adotar atitudes e palavras esclarecedoras, sem fazer uso da linguagem direta para não ferir as susceptibilidades do paciente.

Este capítulo da amplitude da linguagem médica para com cada espécie de paciente, foi tema de um livro, "Conversando com o Paciente", de autoria do médico Brian Bird, de grande aceitação no mundo científico. Tendo lavrado no citado livro tanto suas próprias experiências como aquelas de seus colegas, Bird alerta ainda sobre a importância de um tipo de comunicação específica para com os pais, familiares e responsáveis pelo paciente. Aborda também aquela necessária aos médicos que atendem primeiros socorros e aos que prestam serviços em enfermarias ou ambulatórios.

Assim, o aprimoramento da técnica do diálogo constitui-se necessidade básica e prioritária para o estabelecimento de um modelo de relacionamento médico-paciente.

h) A ética no relacionamento médico-paciente

São três as responsabilidades da Medicina: a geração e transmissão de conhecimento científico, a utilização desse conhecimento na promoção da saúde individual e comunitária, e o julgamento de cada ato médico que vier a afetar diretamente um outro ser humano. A síntese é de Walsh Mc Dermott, mas a importância exercida pela ética no comportamento social e no relacionamento médico-paciente impede que ela seja abordada "in profundis" e "au complet" nos compêndios correspondentes. A ponto de uma nova disciplina ter sido criada em função dela: a bioética.

A ética, imprescindível portanto à excelência do relacionamento médico-paciente, deve fundamentar a postura, as ações, atos, atitudes, opções e decisões do médico, especialmente nos momentos mais confusos e tumultuados, para evitar que ele se tome presa de dois trágicos extremos, - a precipitação e a indecisão - com trágicas conseqüências sobre o próprio médico, sobre o paciente, sobre a família e sobre a instituição.

O mais recente Código de Ética Médica brasileiro, legitimado pelo aval da sociedade e da comunidade específica, é um instrumento fundamental na regulação das relações dos médicos com a sociedade, particularmente naquelas por ele empreendidas com o paciente. Nele estão presentes não apenas as orientações para a realidade da prática médica hodierna, mas também a perspectiva e o compromisso da transformação dela.

Reza o Código que entre os princípios fundamentais da Medicina estão: a proibição a qualquer tipo de discriminação e preconceito para com o paciente, a comercialização da prática médica, o máximo de zelo ao aspecto profissional e ético da profissão, a reciclagem constante, o uso do melhor progresso científico em benefício do paciente, respeito absoluto pela vida humana - recusando-se a utilizar seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral e a colaborar para o extermínio do ser humano, seja diretamente, seja no acobertamento de

atos cometidos contra a dignidade e integridade deste -, preocupação sistemática para com o meio-ambiente, empenho para o aprimoramento dos serviços médicos e solidariedade para com os movimentos de defesa da dignidade profissional, quer na luta por remuneração condigna, quer nas reivindicações por condições de trabalho compatíveis com o aprimoramento técnico da Medicina e com o exercício ético-profissional.

O respeito deve pautar as relações do médico consigo próprio, com seus colegas e com seus pacientes e familiares. Um respeito que se amplia em solidariedade, mas que não pode incorporar o vezo corporativista.

A omissão do médico ao se deparar com atos inescrupulosos de colegas, supostamente em nome da ética, muito além de ratificar a impunidade, atinge pacientes, a classe médica, a sociedade, e, como bumerangue, a si próprio, de vez que colabora para a generalização errônea de que a classe médica seja uma "máfia de branco".

No caso específico, o critério-ético recomenda a denúncia visando ao bem-comum e não a omissão sob a alegação de preservar o conceito do colega inidôneo. Em geral, lamentavelmente, impõe-se a visão corporativista, bem como a auto-defesa, considerando os riscos implicados numa denúncia. Porém, ao omitir-se, o médico não atenta para as consequências trágicas que seu silêncio irá projetar sobre a sociedade.

Outro ponto de máxima importância ética é o sigilo profissional, vulgarmente chamado de segredo médico, que diz respeito às informações confidenciais obtidas no desempenho das funções médicas, particularmente no relacionamento médico-paciente. Sigilo esse que só poderá ser quebrado no caso em que os interesses maiores do paciente ou da comunidade estejam envolvidos. A tradição médica narra lamentáveis casos em que o sigilo profissional foi usado para servir interesses próprios e de manipulação indigna.

A postura ética está na raiz do relacionamento médico-paciente, que se deturparia se despojado dela. É ela que deve nortear e matizar a práxis diuturna do médico. É ela também o critério maior nos casos de dúvida e decisões fundamentais. Por último, é também ela que irá garantir a liberdade e a segurança profissional, bem como as do paciente, e o respeito da comunidade.

i) O relacionamento médico-paciente específico dos Centros de Emergência Médica

O crescimento populacional incontrolável, nas grandes e médias cidades, causado pela falta de políticas pertinentes, pelo fenômeno das migrações e pela inobservância negligente às leis preventivas de acidentes nos locais de trabalho, como também o desenfrear da violência, são algumas das justificativas à relevância que os Centros de Emergência Médica estão adquirindo nas sociedades atuais.

Também nesses Centros se configura um tipo de relacionamento médico-paciente específico.

Ainda que se caracterizem pela emergência, urgência, imprevisibilidade e exiguidade de tempo para implementar um relacionamento ideal, os atendimentos de pronto-socorro exigem um preparo profissional adequado e atualizado, conforme as mais modernas técnicas de salvamento. Também aqui, o médico deve estar munido de comportamento ético, humanismo e agilidade de raciocínio. Também aqui, ele precisa estabelecer um relacionamento que, embora caracterizado pela fugacidade própria da emergência, venha a criar um elo antes inimiginado.

Há casos em que o paciente se encontra inconsciente, ou apresenta um nível de consciência deprimido, impedindo a formação de um relacionamento recíproco. Resta ao médico a total responsabilidade de prestar o primeiro atendimento sem dispor de uma história clínica nem de mecanismo do trauma.

Evidentemente, essa lacuna não impede que o elo de ligação possa ser iniciado, tão logo o paciente recupere o nível de consciência. Embora prejudicado, na primeira hora, pela inexistência ou insuficiência de anamnese, pelo exame físico sumário e pela necessidade premente de retirar o paciente do local do acidente, o relacionamento ocorre. Numa segunda hora, já no centro hospitalar, esse relacionamento deverá ser recrudescido, podendo se converter em vínculo sólido e até duradouro.

Outras características apresenta esse tipo de atendimento: os pacientes, em geral, são portadores de seqüelas pós-trauma - neurológicas ou ortopédicas - portanto politraumatizados, e, além das lesões, apresentam uma deterioração do estado psicológico. O prognóstico de tal paciente irá depender em muito da qualidade do atendimento e do relacionamento que ambos, médico e paciente, venham a firmar. Porque se faz necessário reintegrá-lo à sociedade e ao trabalho, em plenas condições físicas e psicológicas a este objetivo, o que irá depender do relacionamento edificante entre ambos.

O médico que atua num centro de emergência não dispõe dos mecanismos comuns do clínico. É um médico compreensivelmente estressado pelo ambiente em que trabalha, pela necessidade de atender vários pacientes ao mesmo tempo, pela triagem sucessiva e premente, pelo trato com muitos riscos de vida, pela diversidade de problemas sérios que tem diante de si. Mesmos assim, é possível - ainda que muitas vezes mais extremante - construir um relacionamento saudável.

Os Centros de Emergência Médica estão hoje na linha de frente da Medicina e a resposta positiva que vêm apresentando no atendimento médico à população, capacita-os a se tornarem imprescindíveis a esta. A tendência é ampliá-los em grupos de atendimento domiciliar, para dar continuidade ao tratamento após a alta hospitalar, não apenas auxiliando o paciente ao seu reingresso à rotina doméstica, mas também possibilitando uma rotatividade maior nos leitos hospitalares para o atendimento aos casos de urgência, especialmente os cirúrgicos. Tais grupos, compostos de clínicos, psicólogos, enfermeiros e nutricionistas, se encarregariam de exercer importante papel na recuperação integral do paciente, incluindo a

sublimação do trauma pelo acidente. Mediante a atuação deles, o relacionamento médico-paciente atinge um nível e maior abrangência e possibilidade de êxito.

CONCLUSÃO

Sendo a Medicina uma profissão erudita e humanitária, sua prática exige do médico qualidades pertinentes, que deverão compor o complexo do relacionamento médico-paciente.

A Medicina não é uma ciência e sim uma profissão a ser aprendida, enraizada em outras numerosas ciências, que devem ser aplicadas em benefício do homem. A colocação é de Walsh Mc Dermott, que completou a definição dizendo-a como uma atividade humana voltada para o bem de outrem, seja na área da saúde pública, da "compaixão estatística", ou do tratamento do paciente em particular. É ela também resultante de uma massa mutável de conhecimentos, habilidades e tradições aplicáveis à preservação da saúde, à cura da doença e à atenuação do sofrimento.

A mutabilidade é uma constante na Medicina e a competência médica implica na contínua busca de conceitos sempre cambiantes, que devem ser renovados à medida em que a própria Medicina sofre transformações. Assim, a prática médica é muito mais do que a mera aplicação dos conhecimentos científicos a uma disfunção biológica particular. Tem como "focus" prioritário e propósito contínuo o bem estar do paciente. Esta finalidade tão cristalina expressa na teoria, na prática encontra pressões e fatores inibitórios. Porém, é inevitável que uma doença venha a tornar-se simbolicamente uma entidade para o médico, que precisa familiarizar-se com suas manifestações e disfarces.

Na prática da Medicina, o médico deve ser, ao mesmo tempo e na mesma proporção, o defensor do paciente e o adversário da doença. Para tanto, o relacionamento que ele vai estabelecer com cada paciente deve buscar o ideal da perfeição, em que pese o prévio conhecimento de que as mútuas condições humanas impedem que esse objetivo se concretize plenamente.

É preciso que o médico se aproxime física e espiritualmente do paciente, não como quem curiosamente se achega a um caso ou a uma peculiar doença, mas como pessoa humana cujas queixas e cuja dor imensa transcendem às informações prestadas. Para entrar em harmonia com o paciente, ponto de partida para o relacionamento e o grande encontro, é mister que ele aprenda "in totum" a realidade histórica e contextual do paciente, que vê nele o elo entre si e o mundo real. É dever do médico guiar o paciente através da doença, porque, mesmo quando o tratamento requer a presença de outros profissionais, o elo inicial deve ser preservado e aprimorado.

O relacionamento ideal entre ambos deve ultrapassar a cura circunstancial. Uma vez firmado o vínculo e sistematizada a comunicação de consciências, uma vez ocorrido este grande encontro de enriquecimento espiritual mútuo, as futuras doenças que vierem a acometer o paciente serão consideradas como oportunidade

de reciclagem e renovação do vínculo. Caem por terra os temores, as expectativas, as dúvidas, as inibições, as desconfianças, enfim, todas as barreiras que comumente se interpõem e dificultam a comunicação livre, frutífera, enriquecedora. Ocorrem em substituição a essas amarras, momentos de feliz permuta de experiências, e a doença em seu todo é sistematicamente vencida ou suportada com o mínimo de sofrimento, pela ação da parceria definitivamente firmada.

Por essas razões, entre todos os aparatos que aumentam o poder de observação do médico, nenhum se aproxima em valor ao uso habilidoso das palavras por ambos pronunciadas. Este uso é a principal técnica de diagnóstico, e também na terapia. A despeito dos efeitos quase miraculosos dos auxílios mecânicos e químicos de hoje, as palavras continuam exercendo papel essencial no processo do relacionamento médico-paciente. Para tanto, a técnica do diálogo precisa ser continuamente esculpada e desenvolvida e não como costuma acontecer deixada e relegada à aprendizagem acidental ou incidental. Porque o relacionamento entre o médico e o paciente - que continua sendo o fator central no bom atendimento médico - se baseia fundamentalmente e diretamente sobre o diálogo entre eles.

Ora, conhecer as causas imediatas da enfermidade é se restringir somente aos momentos finais da história da doença. Ao médico, cabe levantar o véu da causa essencial e subjacente do problema. Se o médico não tiver pleno conhecimento das circunstâncias da vida do paciente e não as considerar importantes, jamais conseguirá compreender a incapacidade deste para reagir adequadamente ao tratamento. Ademais, se a ansiedade não for removida, continuará a consumir energia do paciente. Às vezes, o médico não ignora a importância do diálogo, mas, até inconscientemente, deseja evitá-lo. Enxergar além do óbvio, extrair do aglomerado confuso de informações os fatos e sintomas essenciais, diferenciar os itens destoantes e integrar os similares, são objetivos que devem ser insistentemente procurados pelo médico, são imperativos extremados.

A garantia de um desenvolvimento eficaz e gratificante do relacionamento médico-paciente depende, outrossim, do médico assumir a autoridade que lhe compete, sem prejuízo da identificação com o paciente. A aceitação e o exercício desta autoridade pessoal e singular é extremamente necessária, e deve ser exercida sem qualquer vezo de autoritarismo, preconceito, discriminação ou prepotência. A sensação de que sua atitude é especial e insubstituível nos cuidados ao paciente, a compreensão total da incomparável responsabilidade que lhe é atribuída, devem ser constantemente renovadas. Somente assim, visando o legítimo direito de penetrar intimamente na vida e na alma do paciente, toda a "arte médica" - inclusive o relacionamento com o paciente - atingirá um nível acima do comum.

Coube ao médico preservar a vida da última e mais completa criação divina: o ser humano. Neste prisma, é o médico o preservador da obra do Criador, que Ele concebeu para viver em fraternidade e comunicação interrelacional. E a grande porta de acesso a este contínua comunhão de corpos e espíritos, é o relacionamento médico-paciente. Tendo como escopo principal a preservação

e a otimização da qualidade da vida humana, esse relacionamento se converte numa extensão da obra prima do Criador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Código de Ética Médica - Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.246/88 - 1988.
2. Blaya, Marcelo - Relação Médico-Paciente, 1991.
3. Prochmann, Régenia Bading - A visão do Médico, 1.982.
4. Ramon, Louis - Lições de Clínica Médica Prática.
5. Harrison, Tr. - "Principal of Internal Medical".
6. Cecil - Tratado de Medicina Interna, 1.927.
7. Bird, Brian - Conversando com o paciente.
8. Risak, Erwin - Olho clínico (tradução para o português de Dr. Raul Margarido).
9. Benevides, Walter - "Visitas de Médico".
10. Machiel, L. - Autores Árabes.

ATENÇÃO!

SE VOCE EXERCE ESPECIALIDADE

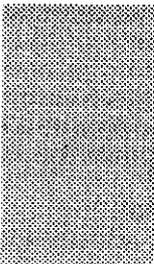
MUITA ATENÇÃO

No próximo número publicaremos uma relação completa de todos os médicos que estão inscritos neste Conselho, com qualificação de especialista.

Você pode exercer qualquer atividade médica, mas não pode se anunciar como especialista ou ocupar cargo de especialista, se não estiver habilitado e registrado neste CRM, como especialista.

Nos números anteriores publicamos normas sobre o assunto. Reveja e verifique o que você necessita para sua inscrição.

Colabore, em seu benefício. Não desejamos notificá-lo de estar exercendo ilegalmente sua especialidade. É simples o registro e a documentação restrita. Veja as normas em nºs anteriores,



PODE O MÉDICO, RECUSAR ATESTADO DE MÉDICO PARTICULAR A PERÍCIA OU JUNTA?

PODE UMA INSTITUIÇÃO EXIGIR A COLOCAÇÃO DO CID?

PARECER CFM

Apreciação e decisão de consulta a respeito do entendimento de disposição normativa de portaria universitária que, com base na Lei Federal nº 8.112/91, para fins de licença de servidor, além de exigir o CID em atestado particular ainda o submete à homologação da chefia do serviço.

Parecer CFM nº 1056/92

01. O presente processo consulta nº 1506/92 (Protocolo CFM nº 1506, de junho de 1992 - fls. 02) tem origem em remessa que faz o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CREMENG) "para apreciação e decisão final" de consulta que lhe foi formulada por médico de sua jurisdição no exercício da chefia do Posto de Saúde da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), onde aguarda parecer "com a possível brevidade" (fls. 04)

"em função de dúvidas surgidas no desempenho de atribuições (...) delegadas pela Portaria UFOP nº 1809, de 29 de novembro de 1991" - da qual anexa um exemplar (fls. 05.06), juntamente com cópia da Lei 8112/91, na parte que interessa à consulta (fls. 07/08),

destacadas pelo próprio médico-chefe consulente (fl. 03) as seguintes questões, que não foram objeto de exame do Conselho de origem (fl. 10/12).

1. Se "a inspeção médica de que trata o art. 1º é considerada perícia médica de que trata o art. 202 da lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990?"

2. se "podem os profissionais designados emitir parecer contrário ao atestado por médico particular (art. 2º)?"

3. se "é correta a solicitação expressa no parágrafo 1º do art. 2º?"

02. de Posse do expediente-consulta (CREMENG fls. 01/10: CFM fls. 01.12), constituído do ofício-consulta do Sr. Médico Chefe do Centro de Saúde da UFOP (fls. 04), com os documentos que o acompanham fls. 05/08) e das peças

de sua rápida tramitação no Conselho de origem (fls. 10/12), o qual entendeu "tratar-se de assunto que implica em interpretação de lei federal e como tal deve ser respondido pelo Conselho Federal de Medicina" (fls. 12), este Conselho, por despacho (fls. 03) manda "juntar cópias de pareceres sobre o assunto" (fls.) 13/50 e designa Relator (fls. 03v), sendo-me os presentes autos (fls. 01/51) remetido pelo Ofício CFM nº 1411, de 18 de agosto de 1992.

03. É o Relatório. Passo de imediato à discussão da matéria que no próprio ofício com que são remetidos estes autos é registrada como sendo "atestado médico".

04. Preliminarmente, não posso silenciar que tenho sustentado neste douto Plenário meu entendimento a respeito da competência originária dos Conselhos Regionais no deslinde de dúvidas atinentes à interpretação e aplicação do Código de Ética Médica. Não vou voltar ao assunto, enquanto interesses particulares, que nada têm a ver com as aspirações profissionais da classe que ocasionalmente representamos, pretenderem sobrepor-se à evidência da estrutura legal dos órgãos de disciplina e fiscalização do exercício da medicina no Brasil. Todavia, não há como não destacar que o resultado nefasto dessa mentalidade está claramente presente na consulta que me coube relatar: o Conselho de origem abstém-se do exame de matéria de sua estrita competência sob o fátuo argumento de se tratar de exame de lei federal.

05. Feito este registro, ainda a modo de preliminar, destaco a decisão constante do primeiro documento juntando aos presentes autos pela Secretaria deste Conselho Federal 9 fls. 13). Trata-se de Parecer datado de 1985, onde o nobre Sr. Conselheiro Francisco Álvaro Barbosa Costa, então Vice-Presidente, no Processo Consulta 19/83, considerando que "o assunto é da alçada de Conselho Regional", opina que "a Consulta seja encaminhada à apreciação" do Conselho de origem.

06. Não pretendo fazer um resumo de toda a documentação trazida aos autos Secretaria deste Conselho Federal, mas merece especial referência o que se contém no processo Consulta 03/85 (fls. 14/15), pelas considerações feitas a respeito do ato de atestar que se baseia "no julgamento profissional criterioso", sem que o atestado médico daí emergente tenha "o caráter de documento reservado".

07. Ainda entendo oportuno destacar, pela precisão conceitual das formulações (fls. 16/17), o que ensina o eminente Sr. Conselheiro Genival Veloso França, no Processo Consulta nº 465/87, neste tópico:

"Como está tradicionalmente conceituado, o atestado médico é uma declaração simples e por escrito, dada por um profissional da medicina, regularmente inscrito no Conselho competente e cuja finalidade é afirmar o estado mórbido ou de higidez, e suas conseqüências. Vale dizer, afirmar

o que resultou do exame feito pelo médico em seu paciente, no que diz respeito à sua sanidade e suas implicações mais diretas."

Acrescenta o eminente Conselheiro de tão larga autoridade no campo ético-disciplinar:

"Desse modo, é o atestado médico um documento utilizado pelo profissional da medicina no exercício regular do seu mister, e quando esse instrumento está revestido dos requisitos que lhe conferem validade, atesta a realidade da constatação feita pelo médico para as finalidades previstas em lei. E a exigência de sua veracidade é um direito que tem o Estado de proteger o bem jurídico da fé pública."

08. Também desse eminente ex-Conselheiro são as considerações seguintes, constantes de parecer trazido para estes autos (fls. 18/19) exarados no Processo Consulta nº 962/87, do teor abaixo:

"Estabelece a lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seu art. 17, que para exercer legalmente a medicina deve o médico estar regularmente inscrito no Conselho sob cuja jurisdição se acha o local de sua atividade."

"Deste modo, estando ele inscrito regularmente no Conselho Regional de Medicina competente, poderá praticar todos os atos inerentes à sua profissão. Em suma: possui o médico competência lata para a prática de todos os atos médicos independentemente de sua área de especialização."

Pelo visto, entendemos que condicionar a emissão de atestado à especialização do médico constitui lesão aos princípios constitucionais que norteiam o livre exercício profissional e às normas que regulamentam o exercício da Medicina."

"... pois todo médico possui competência legal para a prática de todos os atos médicos."

09. Processo Consulta CFM nº 712/87, em Parecer do eminente Sr. Conselheiro José Monteiro de Souza Netto, aprovado em Sessão Plenária de 12 de março de 1988, expedem-se considerações sobre a colocação do CID nos atestados, destacando que a "maior luta deve ser no sentido de que o médico de empresa exerça com liberdade a sua atividade, promovendo a saúde dos trabalhadores e melhorando o seu rendimento". Ainda sobre o problema da colocação do CID em atestados médicos, a Secretaria do Conselho Federal trouxe para os autos (fls. 22/24), extraído do processo Consulta nº 1133/87, Parecer do já citado Prof... genival Veloso França, o qual, debruçando-se no exame da Portaria nº 3291, de 20 de fevereiro de 1984, do Ministério da Previdência e Assistência Social que "subordina a eficácia do atestado médico, para justificativa de faltas ao serviço, por motivos de doença, à indicação do "diagnóstico codificado, conforme o Código Internacional de Doença", destaca:

"Tal ato ministerial pode parecer uma forma de proteção ao empregado, dando-lhe condições de, através do atestado médico oficial, fazer provar junto à empresa sua impossibilidade de apresentar-se ao trabalho com uma razão diagnosticada."

"Todavia, é nosso entendimento que a obrigatoriedade do "diagnóstico codificado" no atestado médico oficial, ao invés de proteger o trabalhador, cria-lhe uma situação de constrangimento. Ao ser relatado seu mal, mesmo em Código, suas relações no emprego são prejudicadas pela revelação de suas condições de sanidade, principalmente se ele é portador de doença clínica que lhe afastará outras vezes do trabalho. Assim, a exigência da Portaria, que tenciona proteger, termina comprometendo a estabilidade do empregado por facilitar a publicidade do diagnóstico."

A citada norma regulamentar fere ainda os princípios mais elementares da Ética Médica, além de colocar o profissional na condição de infrator por delito de violação do segredo profissional, tipicado no art. 154 do Código Penal vigente que estatui: "revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tenha ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de 3 meses a um ano ou multa de 1 a 10 mil cruzeiros."

"Pelo visto, a Portaria MPAS nº 32291, de 02 de fevereiro de 1984, no item que impõe diagnóstico codificado, é contraditória, prejudicial ao empregado, comprometedora da fé pública que requerem os documentos oficiais e é ostensivamente ilegal por se colocar em franco conflito com a lei."

"Conclusão: Em face do exposto, somos de opinião, que o Conselho Federal de Medicina envide esforços junto ao Ministério da Previdência e Assistência Social, não no sentido de atualizar texto impresso no formulário de "atestado médico" do INAMPS, mas na inaceitação de qualquer referência diagnóstica, seja ela expressa ou codificada, a não ser por livre e consciente determinação do paciente sob pena de infringência aos ditames da Ética e da Lei."

10. Para o sempre momentoso tema da recusa de atestados médicos particulares por parte de empregadores, a Secretaria do Conselho Federal trouxe para os autos (fis. 29/34), parecer extraído do processo Consulta nº 3222/86, onde Sr. Conselheiro Relator adota Parecer Jurídico, de que destacou alguns tópicos:

"Assim, o atestado passado por um médico presta-se a consignar o quanto resultou do exame por ele feito em seu paciente, sua sanidade, e as suas conseqüências."

"É um documento que traduz, portanto, o ato médico praticado pelo profissional que reveste-se de todos os requisitos que lhe conferem validade, vale dizer, emana de profissional competente para a sua edição - médico habilitado -

atesta a realidade da constatação por ele feita para as finalidades previstas em lei, posto que o médico no exercício de sua profissão não deve abster-se de dizer a verdade sob pena de infringir dispositivos éticos, penais, etc."

"O atestado médico, portanto, não deve, "a priori" ter sua validade recusada porquanto estarão sempre no procedimento do médico que o forneceu a presunção de lisura perícia técnica, exceto se for reconhecido favorecimento ou falsidade na sua elaboração quando então, além da recusa, é acertado requisitar a instauração do competente inquérito policial e, também, a representação ao Conselho Regional de Medicina para instauração do indispensável procedimento administrativo disciplinar."

"... o atestado médico quando fornecido e utilizado para fins de justificação de falta do empregado junto ao seu empregador deve seguir os ditames da legislação trabalhista existente sobre a espécie."

"A Lei nº 605, de 05 de janeiro de 1949, que dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos, determina em seu art. 6º que:

"Não será devida a remuneração quando, sem motivo justificado, o empregado não tiver trabalhado durante toda a semana anterior, cumprindo integralmente o seu horário de trabalho.

§ 1º - São motivos justificados - letra "f" - a doença do empregado, devidamente comprovada.

§ 2º - A doença será comprovada mediante atestado de médico da Instituição da Previdência Social a que estiver filiado o empregado, e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico da empresa ou por ele designado; de médico a serviço de repartição federal, estadual ou municipal, incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha."

"Logo, a própria lei Trabalhista prevê quais os atestados médicos que terão força para justificar a falta do trabalhador."

"Atestados médicos emitidos por outros médicos e em desconformidade com o que é relacionado em lei se revestido de lisura e perícia é um documento válido, porém, será ineficaz para a finalidade a que se destina, qual seja, a de justificar a falta de empregado perante o empregador por motivo de doença, salvo nos casos de urgência comprovada."

"Assim, se a empresa negar eficácia a atestado médico apresentado pelo empregado porque fornecido por profissional em desconformidade com a

seqüência relacionada na lei 605/49 estará agindo corretamente não implicando tal conduta em contestação sobre o seu conteúdo, idoneidade ou veracidade de informações."

"Portanto, a recusa da eficácia do atestado médico nestes moldes não tem o condão de desencadear qualquer atitude por parte do médico porque a empresa estará agindo apenas de conformidade com o texto legal."

"Outra será a atitude a ser tomada se a empresa negar validade e eficácia a atestado médico fornecido em consonância com a legislação pertinente e já citada."

"A empresa que possua em seus quadros médicos ou tenha designado profissional desta área para atender a seus empregados, de acordo com a lista apresentada pela lei 605/49, também deverá aceitar atestados médicos emitidos por: a) médico da instituição de previdência Social a que estiver filiado o empregado; na sua falta; b) médico do Serviço Social; do Comércio ou da Indústria."

"Nesta hipótese, a empresa não poderá exigir que os atestados médicos sejam dados apenas por médicos integrantes do seu quadro ou por ele designados porque igualmente válidos e eficazes são os atestados médicos emitidos pelos médicos da Instituição da Previdência Social a que estiver filiado o empregado ou, na falta deste, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria."

"Somente na falta de profissionais filiados às instituições acima citadas é que a empresa poderá admitir com exclusividade que os atestados médicos sejam dados pelo médico da empresa."

"Por fim, ressalte-se que a empresa que proceder em desconformidade com o disposto na Lei 605/49 ficará sujeita às penalidades previstas em seu artigo 12 devendo o médico, seu paciente, ou mesmo o Conselho Regional de Medicina comunicar este fato à competente Delegacia Regional do Trabalho para as providências pertinentes."

11. Ao Parecer acima amplamente transcrito está anexado outro (fls. 35/37), com elucidações referentes à "revogação da Resolução CFM nº 1.190/84" que se deu pela Resolução CFM nº 1.219/85, com a seguinte conclusão:

"Assim sendo, o médico só poderá fornecer atestados ou relatórios de exames e tratamentos realizados revelando conseqüentemente o diagnóstico, ou o tratamento ministrado, desde que obtenha a expressa autorização do paciente ou seu responsável."

"Esta autorização elide a incidência do disposto nos artigos 45 do Código Brasileiro de Deontologia Médica e 154 do Código Penal, pois constitui a figura da "justa causa" de que fala o mencionado artigo 154 do Código

Penal e que tem o condão de autorizar o médico a revelar o diagnóstico, codificado ou não, sem que isto implique em conduta criminosa ou antiética."

12. Já o Processo consulta nº 1134/90 tem por objeto a **"colocação de CID nos atestados médicos"**, sendo seu Relator nosso eminente Conselheiro Hércules Sidnei Pires Liberal.

Este parecer, (fls. 38/40), faz um apanhado da matéria em diversas manifestações anteriores deste Conselho e acentua que o disposto no anterior Código Brasileiro de Deontologia Médica (art.4 6), continua vigente "sob o artigo 102 do Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 1246/88" que, ao médico fora das hipóteses previstas em lei, é vedado fazer tal revelação sob pena de além de incidir em falta ética também cometer um crime".

A seguir, no Parecer que estamos percorrendo, o ilustre parecerista busca "a norma que obriga o uso do CID" e examina o "seu objetivo e sua legalidade", transcrevendo o que chama de "posição definitiva deste Conselho Federal de Medicina", em texto onde fala "o mestre Genival Veloso de França", e que já reproduzimos em página anterior que trata da Portaria MPAS nº 3291, de 20 de fevereiro de 1984.

Assim, no momentoso parecer de nosso eminente Conselheiro PITRES LIBERAL, conclui:

"O médico, portanto, somente poderá fornecer atestados revelando o diagnóstico, na forma codificada ou não, nas hipóteses do dever legal ou da autorização expressa do paciente."

"Inaceitável, portanto, conforme conclusão do citado mestre "qualquer referência diagnóstica, seja ela expressa ou codificada, a não ser por livre e consciente determinação do paciente, sob pena de infringência aos ditames da Ética e da lei."

13. Ainda quanto aos pareceres trazidos aos presentes autos pela Secretaria deste Conselho, destaca-se o que foi lançado no Processo Consulta nº 0214/87 (fls. 42/48), onde, uma vez mais, transcreve-se na íntegra Parecer Jurídico. Já aqui amplamente reproduzido, com o qual são respondidas perguntas como as seguintes: a) as empresas podem negar validade a atestados médicos particulares? b) como deve proceder o médico que teve seu atestado recusado por outro médico (serviço de empresa) e como proceder quando esta recusa for feita por leigos (serviço pessoal administrativo da empresa)?; c) é ética a colocação de CID nos atestados médicos?; d) qual o procedimento dos Conselheiros Regionais de Medicina quando procurado por médicos cujos atestados tenham sido recusados pelas empresas? A resposta está dada em item anterior, onde se transcreve o art. 5º da lei nº 605, de 05 de janeiro de 1949, que é novamente trazido no presente parecer.

14. Para concluir o exame do extenso apanhado normativo carregado para os presentes autos, ainda o parecer exarado no Processo Consulta n 0380/90 (fls. 49/50), que examina a questão do fornecimento de "atestado médico para pessoa da própria família" e que traz esta conclusão:

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

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

15. Embora tendo no início dito que não pretendia resumir todo o material normativo traduzido aos autos pela Secretaria do Conselho Federal de Medicina sobre o atestado médico, resolvi, ao mergulhar neste trabalho, que seria extremamente útil essa ampla síntese das manifestações deste plenário sobre o ato de atestar como um ato do dia a dia do médico, o comprovante indelével da relação médico-paciente que é a razão de ser do próprio Código de Ética. Esse amplo leque de análises inclui a parte referente ao CID nos atestados que integra objeto da consulta que me coube analisar e decidir.

16. Com efeito, o consulente quer saber do Conselho ao qual se dirigiu - e que indevidamente repassou a matéria a este - a respeito do entendimento de disposição constante na lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, vale dizer, quer que o Conselho se transforme em exegeta de uma Portaria universitária e de uma lei Federal, já que a matéria está em nossas mãos, cumpre-nos analisá-la, embora ressalvado que tal análise pudesse e devesse ter sido feita no Conselho de origem.

17. O caminho para essa análise é um só: ir aos artigos que estariam gerando a perplexidade do consulente na chefia do Centro de Saúde da Universidade Federal de Ouro Preto.

Ele quer saber se "a inspeção médica de que trata o art. 1º (da Resolução nº 1.890, de 29.11.91, da referida Universidade) é considerada perícia médica de que trata o art. 202 da lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990". Vejamos o que diz o art. 1º da Portaria:

"Art. 1º - Vincular o Chefe do Centro de Saúde à coordenação dos Recursos Humanos para a inspeção médica em casos de afastamento de servidores para licença de até 30 (trinta) dias, nos termos do art. 203, caput, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990."

Igualmente, vejamos o que diz o art. 202 da lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990:

"Art. 202 - Será concedida ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus."

Não está nessa pergunta do consulente, mas se encontra expresso no art. 1º da citada portaria, o subsequente art. 203 de lei em questão, deste teor:

"Art. 203 - para licença de até 30 (trinta) dias, a inspeção será feita por médico do setor de assistência do órgão de pessoal e, se por prazo superior, por junta médica oficial.

§ 1º. Sempre que necessário, a inspeção médica será realizada na residência dos ervidor ou no estabelecimento hospitalar onde se encontrar o internado.

§ 2º. Inexistindo médico do órgão ou entidade no local onde se encontra o servidor será aceito atestado passado por médico particular.

§ 3º. No caso do parágrafo anterior, o atestado só produzirá efeitos depois de homologado pelo setor médico do respectivo órgão ou entidade."

Como se vê, há todo um conjunto normativo invocado pelo art. 1º da Portaria UFOP nº 1.890/91, e esse conjunto abrange toda a Sessão IV da Lei 8.112/90, onde se trata da licença para Tratamento de Saúde" (arts. 202 a 206).

Parece-nos salvo melhor juízo, que a Lei 8/112/90, em seu art. 202, estabelece a perícia médica como base para a licença ao servidor para tratamento de saúde. O art. subsequente diz como essa perícia deve ser realizada: um é o modo, para licença de até trinta dias; esta será feita por médico do setor...; inexistente este, por médico particular..., nas condições estabelecidas; e outro é o modo, se por prazo superior a trinta dias, quando é exigida junta médica oficial.

A perplexidade do consulente tem toda procedência de vez que a lei no artigo 202 estabelece a perícia médica como base para a licença, ao definir o modo da inspeção chega a aceitar atestado passado por médico particular, desde que homologado.

À luz do exposto, não pode haver outra resposta:

toda e qualquer inspeção, para os efeitos do art. 202, é perícia.

18. A segunda questão formulada pelo consulente reporta-se ao art. 2º da Portaria 1.890/91, deste teor:

"Art. 2º - O atestado emitido por médico particular, no caso previsto no § 2º do artigo 203 da Lei nº 8/112/90, só produzirá efeito depois da homologação pelo chefe do Centro de Saúde, mediante inspeção médica."

Destaque-se desde logo que a Portaria não inova, apenas transcreve a lei. É a Lei que diz que o atestado passado por médico particular obedece a duas condições: 1ª - inexistência de médico do setor. 2ª - homologação pelo setor. Ora, a Lei exige para a homologação que seja feita inspeção, o que é perfeitamente ético, eis que o médico não pode atestar a respeito de ato que não praticou. Logo, a homologação não é pura formalidade, sob pena de transformar-se em falta ética, e se deve inspecionar, é crucial que pode discordar, isto é, emitir parecer contrário ao atestado particular, mesmo porque as duas inspeções não serão concomitantes. O momento da inspeção homologatória será sempre posterior obviamente ao da Inspeção particular, sem esta não há lugar para aquela. A inspeção particular, que só é válida nas condições que a própria lei estabelece, é pressuposto para a inspeção homologatória.

À luz do exposto, também não pode haver outra resposta: a inspeção homologatória pode ser contrária à inspeção particular.

19. O consulente ainda quer saber se "é correta a solicitação expressa no § 1º do art. 2º, que tem este teor:

"Art. 2º ...

§ 1º. Os atestados médicos particulares deverão conter o CID (Classificação Internacional de Doenças) ou diagnóstico da patologia do servidor."

Os princípios éticos que regem a indicação do CID estão amplamente discutidos neste parecer, valendo reafirmar o já reiteradamente decidido por este Plenário que **somente os dispositivos legais e/ou a solicitação expressa do paciente autorizam a aposição do CID em atestados médicos.**

É o meu Parecer, s.m.j.

Porto Alegre, 21 de setembro de 1992.

Mário Marques Henrique Filho
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/04/93

Nota - O **negrito** foi colocado pelo editor.

AUTORIA DE UM TRABALHO CIENTÍFICO

ANDY PETROIANU*

RESUMO

A autoria de um trabalho científico, com vista aos direitos à posição de primeiro autor e ordenação dos co-autores, é discutida neste artigo. Examina-se, ainda, o papel do orientador da pesquisa. O tópico "agradecimento" é também comentado.

UNITERMOS: Trabalho científico, autoria, orientador, agradecimentos.

INTRODUÇÃO

Ao se concluir um trabalho científico em que vários pesquisadores estão envolvidos, questões relacionadas à ordenação dos autores são muito frequentes. Esse assunto pode se tornar ainda mais delicado quando a pesquisa assumir um papel importante na vida de seus elaboradores. Se eventualmente, os resultados da investigação puderem repercutir favoravelmente sob pontos de vista científicos, financeiros ou sociais, surgirão interesses fortes na autoria principal da publicação, com conseqüentes desentendimentos de difícil solução. Para evitar tais constrangimentos, prejudiciais tanto para os autores quanto para a própria pesquisa e comunidade científica, é fundamental o comportamento ético e aberto entre os componentes da equipe de trabalho.

Em princípio, qualquer pesquisa pertence a quem a sugeriu. Se o dono da idéia participar da investigação, ele será naturalmente o autor principal e todos que o auxiliaram ou orientaram se tornarão co-autores ou receberão agradecimentos. Mesmo sem ter sido quem mais se dedicou ao trabalho, seu idealizador continuará sendo o autor principal pois, a pesquisa provavelmente não teria sido executada por aquela equipe ou naquele momento sem a sua contribuição inicial. Por outro lado, se a investigação tiver sido realizada com a autorização do seu criador, porém sem a sua presença, este perderá o direito à autoria principal, tornando-se co-autor. Ao entregar uma idéia a quem assuma integralmente os trabalhos, concede-se também os direitos à autoria principal.

* Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; Docente Livre da Escola Paulista de Medicina; Pesquisador I do CNPq. Instituição: Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Uma outra situação é a de um ou mais interessados caso, o orientador, que geralmente é também o responsável principal pelas idéias, é quem decidirá sobre a autoria principal da investigação. Se algum dos discípulos assumir o trabalho e todos os conhecimentos a este relacionados, enquanto o orientador permanecer com a função de dirigi-lo, este discípulo poderá ter o privilégio da autoria principal. Todavia, se o orientando não adquirir autonomia sobre a investigação e obrigar à participação direta do orientador durante todo o experimento, a autoria principal permanecerá com o orientador. Todas as dúvidas e atritos que ocorrerem entre os componentes de uma equipe de pesquisa deverão ser esclarecidos e resolvidos imediatamente e na presença do orientador, para evitar possíveis comprometimentos dos trabalhos.

A autoria de uma investigação pertence a todos que estiverem envolvidos diretamente tanto com a parte intelectual, quanto com sua execução. A decisão sobre a disposição seqüencial dos autores pertence ao autor principal, que deve ser colocado em primeiro lugar. Quando houver um orientador, este terá que ser consultado, para diminuir a possibilidade de erros nessa ordenação. Se o orientador participar diretamente do trabalho, ele poderá ser colocado em segundo lugar entre os autores, porém se sua colaboração se restringir à parte intelectual, ele deve optar espontaneamente por ser o último autor.

Para evitar embaraços, é prudente que o pesquisador escolha apenas um orientador e, se houver necessidade, este o auxiliará na decisão de convidar eventuais co-orientadores. Entretanto, no final do trabalho, somente o pesquisador e o seu orientador poderão designar a ordenação dos autores. Os co-orientadores que não participarem diretamente do trabalho não terão direito à sua autoria, mas deverão ser mencionados no tópico de "agradecimentos" do artigo a ser publicado.

Os autores devem manifestar gratidão por todos que auxiliaram direta ou indiretamente na elaboração dos experimentos. Os responsáveis pelas instalações utilizadas na realização dos trabalhos e que não participarem de sua execução, também merecem o reconhecimento dos autores. Os auxílios destacados à parte técnica por parte de indivíduos não envolvidos com a elaboração intelectual do trabalho não podem ser esquecidos nos agradecimentos. Por último, é obrigatório mencionar todos os suportes financeiros recebidos pelos pesquisadores.

Por mais que se tente, não há como colocar normas rígidas ao relacionamento humano. As idéias colocadas neste artigo poderão ser úteis para a integração de uma equipe de trabalho. Contudo, o diálogo aberto e honesto entre todos os seus componentes é o mais importante na condução de qualquer pesquisa. Durante a realização de um trabalho, é inevitável a existência de atritos, porém o respeito mútuo e o enriquecimento de todos com a atividade científica deverá ser sua recompensa maior.

SUMMARY

Authorship of a scientific paper

A discussion about the authorship of a scientific paper with regards to the rights to the position of first author and ordering of co-authors is carried out on this article. The role of the mentor is presented as well. The topic "acknowledgments" is also commented.

UNITERMS: - Scientific paper, authorship, mentor, acknowledgments.

Transcrito de AMNFCMSCSP 11:43/44, 1991

ÍNDICE REMISSIVO COMPLETO

CONSULTE NºS 30 E 36

Indenização: RESPONSABILIDADE EM SUICÍDIO HOSPITALAR

INDENIZAÇÃO - Responsabilidade civil - Hospital - Suicídio de paciente - Falta de objeto lícito alegada pelo réu - Rejeição no saneador - Necessidade de análise dos elementos probatórios coligidos ou a serem complementados, durante a instrução do processo - Recurso não provido.

Agravo de Instrumento n. 134.864-1 - São Paulo - Agravante: Hospital Sorocabana - Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana - Agravados: Marleide Nascimento da Silva, por si e representando seu filho menor.

ACÓRDÃO

ACORDAM, em Terceira Câmara Civil do Tribunal de Justiça, por votação unânime, negar provimento ao recurso.

1. Visa o agravante Hospital Sorocabana - Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana o acolhimento de preliminar, rejeitada no saneador da ação indenizatória movida por concubina e seu filho, entendendo impôr o seu reconhecimento, em face da alegação de que houvera suicídio do companheiro e pai dos agravados, o que implica na impossibilidade jurídica do pedido, faltando-lhe "objeto lícito", pressuposto do direito de ação e que, conseqüentemente, deve ser invalidado o pedido por não preencher condição indispensável ao direito de agir.

Formado o instrumento, sem manifestação dos agravados, mas com intervenção do Ministério Público, em sentido contrário à pretensão do agravante, foi mantido o entendimento esposado no saneador.

A Procuradoria-Geral da Justiça é pelo improvimento do recurso.

2. Na verdade, não pode merecer guarida a pretensão do agravante, por prematura a apreciação da matéria posta no recurso, que exige análise aprofundada, somente possível em face da globalidade dos elementos probatórios a serem coligidos no curso da instrução do processo.

Não se trata, dessa forma, consoante busca o recorrente, em seu imediato desiderato, de reconhecimento da ausência de "objeto lícito" no pedido indenizatório, em decorrência do apontado suicídio do paciente, que estaria a comprometer o

direito de ação e ainda o "interesse de agir", sem que tivesse contribuído o nosocômio para o trespasseado evento.

Alegaram os proponentes da ação, em compasso de desenvolvimento, que não foram tomadas as providências cabíveis in vigilando, pois se tivesse procedido como determina os regulamentos médico-hospitalares não poderia o falecido ter se suicidado, porque não podemos chamar de ato espontâneo, alguém cuja capacidade tanto física como mental estava prejudicada (fls. 10-11).

Aduziram, mais, que "o caso em tela, expressa que o suplicado laborou com negligência e a sua responsabilidade decorre de culpa in eligendo por não ter tomado as preocupações devidas ao paciente, ou por mal ter escolhido os seus funcionários permitindo assim o suicídio".

As colocações postas, efetivamente, implicam em mérito. Sobraria, no entanto, e a questão constitui matéria a ser desde logo solucionada, apreciar ponto fundamental focado na pretensão recursal, qual seja, a do suicídio cometido pelo paciente.

O Código Civil, tratando do contrato de seguro, no artigo 1.440, permite a estimação como objeto segurável, da vida e das faculdades humanas contra os riscos possíveis, como o de morte involuntária, inabilitação para trabalhar, ou outros semelhantes.

O parágrafo único traz a seguinte definição:

"Considera-se morte voluntária a recebida em duelo, bem como o suicídio premeditado por pessoa em seu juízo".

Conquanto não tenha a ver o assunto em referência com a hipótese versada no agravo sub examen, perdurou largo desentendimento no tocante à obrigação de pagamento de seguro de vida em decorrência de morte de pessoas que haviam feito contratos desse alcance e tivessem posteriormente cometido suicídio.

Os julgados tribunálicos pacificaram o entendimento no sentido de que nas hipóteses de suicídio involuntário subsistia a obrigação de pagamento do prêmio ("RT", vols. 464/83, 569/221 e 591/91; "RJTJEPS", ed. LEX, vols. 70/194 e 88/248; "RTJ", vol. 71/551), chegando a ser equiparado à morte natural ("RJTJESP", ed. LEX, vol. 76/147; e "RTJ", vol. 37/628).

Em resultando, porém, haja decorrido o suicídio de forma premeditada por pessoa em seu juízo, evidencia-se óbvia a desobrigação de responsabilidade, o que não ocorre com aquele que põe termo à vida, destituído de consciência no tocante ao ato praticado.

Em suma, dentro do enfoque especial do problema exposto e objeto do agravo, não há condições de seu acolhimento, cabendo perquirição detalhada quanto ao enquadramento da ação do suicida, o que, repita-se, tem a ver com a análise dos elementos probatórios coligidos ou a serem complementados durante a instrução do processo indenizatório em trâmite.

Em face do exposto, nega-se provimento ao recurso.

Taxa judiciária a cargo do agravante.

O julgamento teve a participação dos Senhores Desembargadores Flávio Pinheiro (Presidente) e Toledo Cesar, com votos vencedores.

São Paulo, 21 de agosto de 1990.

SILVÉRIO RIBEIRO, Relator.

**REGISTRE SEU
TÍTULO DE
ESPECIALISTA**

REALIZAR EXAME OFTAMOLÓGICO POR ORDEM JUDICIAL EM DETENTO NÃO CARENTE SEM COBRAR HONORÁRIOS?

PARECER CFM

PARTE I - O RELATÓRIO

"Esclareço-lhe que, não havendo médico nesta especialidade que atenda gratuitamente, tal deverá ser feito por Vossa Senhoria, independentemente de pagamento de consulta."

Em 10 de junho de 1992, a Juíza de Direito, da Comarca de Cassilândia - MS, determinou que o Dr. Carlos André fizesse um atendimento médico-oftalmológico, conforme despacho acima. Este, por carta ao Conselho Federal de Medicina, pergunta se está obrigado a realizar o referido exame gratuitamente, eis que o referido detento não é carente e o médico não é credenciado nem tem qualquer vínculo com órgão público.

Provocada, a Consultoria Jurídica deste Conselho Federal, esta se manifestou afirmando que, de acordo com o art. 277, do Código de Processo Penal, o médico está obrigado a fazer tal atendimento, sob pena de ser o mesmo conduzido.

O Prof. Dr. Genival Veloso de França, em seu livro *Direito Médico - 5ª Edição* - discorrendo sobre o assunto assim se expressa: "O Código de Processo Penal, em seu art. 277, diz claramente que o perito está obrigado a aceitar o encargo, sob pena de multa, salvo escusa atendível e prevista em lei... Incorre nas mesmas penas se deixa de atender à intimação ou ao chamamento da autoridade ou não der o laudo, concorrendo para que a perícia não seja feita.

Assim, não resta dúvida que o médico nomeado perito pela autoridade competente numa ação penal está obrigado a aceitar, cabendo-lhe, no entanto, o direito de cobrar do Estado a justa remuneração pela perícia realizada. Não é justo que o poder público explore com habitualidade o trabalho médico, quando cabe a esse poder a obrigação de aparelhar adequadamente a Justiça na sua relevante missão.

Por outro lado, não se admite que o perito cobre da vítima os exames realizados, pois entre eles não existe uma relação contratual de médico e paciente".

Entendo que o ângulo examinado pelo professor, na matéria acima transcrita, refere-se à perícia médica: instrumento que irá auxiliar na produção da justiça. Até porque o artigo referido do CPP está incluído no Capítulo VI - DOS PERITOS E INTÉRPRETES.

No entanto a matéria consultada refere-se a uma consulta médica devido a um sofrimento físico instalado em um presidiário: "... em razão de notícia de que encontra-se com problemas sérios no olho direito, em vias de perda de visão." Em pessoa que reúne condições de efetuar o pagamento, segundo informa o médico consulente. E mais, trata-se de uma pessoa que se encontra sob a responsabilidade do Estado.

Do mesmo modo que entendo ser o médico obrigado, moralmente, a atender alguém com sofrimento, sendo carente, sem cobrar, entendo que o médico não está obrigado a realizar qualquer atendimento em alguém possuidor de condições financeiras suficientes, sem o justo pagamento. Nenhum juiz tem o poder de determinar que um profissional trabalhe de graça. Nem mesmo quando o paciente não pode pagar. Nesse caso, ou o profissional, de livre vontade, abre mão do pagamento ou o juiz determina ao Estado a sua quitação.

Quando a Constituição Federal determina que é do cidadão o direito e do Estado o dever, referindo-se à saúde, não transfere ao profissional médico o encargo de trabalhar gratuitamente para que ele, Estado, cumpra com sua obrigação. Até porque o médico não é obrigado a socorrer o Estado em suas incompetências administrativas. Enquanto houver médicos que prestem atendimentos gratuitos, quando for do Estado prover tal atendimento, este, o Estado, nunca vai se equipar devidamente.

Entendo, finalmente, ser do médico o dever de atender ao paciente e requisitar do próprio paciente ou do Estado o devido pagamento.

Este é meu parecer s.m.j.

Brasília, 10 de agosto de 1993.

ANTONIO JAJAH NOGUEIRA
Cons. Relator

Parecer aprovado
Sessão Plenária de 11/11/93

Indenização: Erro profissional em Cirurgia Plástica Responsabilidade Hospitalar

RESPONSABILIDADE CIVIL - Cirurgia plástica - Erro profissional - Deformação - Indenização - Hospital responsável.

Há responsabilidade civil de estabelecimento hospitalar por erro profissional de sua equipe médica quando ocorre culpa *in eligendo*.

Na cirurgia estética existe responsabilidade do médico quando há resultado diverso do pretendido pelo paciente.

Apelação cível 23.341 - Rio de Janeiro - Apelante: Clínica Dermatológica de Ipanema - Apelada: Antonieta Pereira Bornhausen.

ACÓRDÃO - Vistos, relatados e discutidos estes autos de apelação cível 23.341, em que é apelante Clínica Dermatológica de Ipanema e apelada Antonieta Pereira Bornhausen: Acordam, por unanimidade de votos, os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro em negar provimento ao agravo retido e em dar provimento parcial ao recurso para excluir da condenação a indenização de dano moral. *custas ex lege*.

E assim decidem, integrando neste o relatório de fls., quanto ao agravo retido de fls., por não ser a mulher casada processualmente incapaz, podendo ingressar em juízo sem outorga marital, salvo nos casos previstos no art. 10 do CPC, em cujo elenco não se enquadra a presente ação. Quanto à incerteza do pedido, não tem procedência também o agravo. A autora, deformada por tratamento médico, só poderia pleitear, pelo menos, o restabelecimento de sua imagem anterior (*statu quo ante*), mediante cirurgia plástica, na presunção de a ciência médica poder obter esse resultado. No processamento da ação, ou seja, com a perícia médica, é que poderia ser verificada a possibilidade científica de ser alcançado tal resultado. Assim, antes da perícia a autora não poderia formular outro pedido, pois o que lhe interessava era a sua aparência, a sua imagem, e não dinheiro. Mas, no correr da ação, com a perícia, verificou-se a impossibilidade científica da remoção da deformidade. A autora, que recorreu a uma clínica especializada, na zona sul da cidade, em Ipanema, só poderia pretender, com a presente ação, ficar, pelo menos, com as pequenas marcas ou cicatrizes, decorrentes de problema de acne, que anteriormente apresentava em seu rosto, dissimuláveis por maquiagem. Não poderia imaginar - e nem seu advogado - a irreversibilidade dos danos resultados do tratamento. Assim, o pedido é certo. Como cirurgia estética

ou tratamento médico especializado, para resultado estético, a ser imposto pela sentença, na forma pleiteada na inicial, é obrigação de fazer, e como, segundo a perícia, não é possível ser restabelecida a imagem da autora e nem removidos, por cirurgia estética, os danos resultantes do tratamento, a solução é o pagamento de perdas e danos (art. 879 do CC). Pedindo a autora a imposição de determinada obrigação de fazer - a única que poderia pleitear, levando-se em conta a motivação (estética) do tratamento, que a levou a se submeter na clínica ré - e se pericialmente foi constatada a impossibilidade da mesma, resolve-se a obrigação em perdas e danos, como está na orientação, que, por isso, não é **extra petita**. Por tais motivos, im procedem o agravo retido e a preliminar de decisão **extra petita**.

Quanto ao mérito, há responsabilidade civil do estabelecimento hospitalar, ora apelante, pelo dano sofrido pela apelada, que, como evidenciam as fotografias constantes dos autos, ficou desfigurada com o tratamento médico a que foi submetida na clínica, ora apelante. Sofreu a autora, em consequência do tratamento, deformidade permanente. As lesões, irremovíveis, que sofreu estão localizadas no rosto, que, esteticamente, prejudicam-na, não podendo ser escondidas e nem disfarçadas. A responsabilidade civil do estabelecimento hospitalar por erro profissional de sua equipe médica funda-se em culpa **in eligendo** (Ap. cível 19.453, 8ª C. Cível, 22.12.81). Nesse caso, não se discute a questão da natureza do contrato, se de meios ou de resultado, ou seja, não se apura a culpa profissional. A documentação que instruiu a inicial comprova ter sido o contrato celebrado com a apelante (fis.). O dano sofrido pela apelada é irreversível. A cirurgia estética, como dito, não pode removê-lo. A apelada procurou embelezar-se e acabou deformada. Há, portanto, além da deformidade, acima referida, dano estético. Em se tratando de culpa **in eligendo**, só a culpa da vítima excluiria a da empresa, que incorre. Destarte, inegável a culpa da apelante.

Mas, mesmo que assim não fosse, **ad argumentandum**, em se tratando de tratamento médico-estético com emprego de **peeling**-químico e ação mecânica de **dermo-abrasão**, a que foi submetida a apelada, o resultado é levado em conta. Nessa hipótese, o médico **pode não garantir o resultado**, ou seja, embelezar o paciente, respondendo, entretanto, se for alcançado resultado negativo, ou, melhor, diverso, ou seja, se agravar os defeitos ou se deformar a paciente. Se a paciente submetida a cirurgia estética ou a tratamento médico-estético, como é o caso dos autos, não alcançar o **resultado** visado pelo tratamento ou pela cirurgia, não há culpa do médico. Mas, se o tratamento estético **agravar os defeitos, deformar, enfear**, em vez de embelezar, nesse caso o **resultado** é levado em consideração, havendo culpa do médico, porque as contra-indicações do tratamento ou da cirurgia devem ser, em cada caso, pesquisadas com muita cautela antes de se submeter o paciente a tratamento médico ou médico-cirúrgico. Assim, se a finalidade - embelezar - não é atingida, não responde o médico, mas, se alcançado **resultado oposto** com o tratamento estético, ou seja, a imagem da pessoa, do ponto-de-vista estético, piora com o tratamento, o **resultado** é considerado, havendo, nesse caso, também culpa profissional. Tal ocorreu, como vimos, no presente caso. Portanto, seja por culpa **in eligendo**, seja por culpa profissional, inegável a obrigação de

indenizar da apelante, por pertencer à sua equipe médica o médico que executou o tratamento (peeling-químico e ibramento) na apelada. Houve, pois, dano estético, que não precisaria, in casu, de perícia médica para confirmá-lo, bastando a comparação das fotografias da apelada antes do tratamento médico e depois do mesmo, que se encontram nos autos. Mas a indenização do dano estético exclui a indenização do dano moral, por estar implícito naquele (RE 93.169-RJ, RTJ 97/463), como, aliás, já decidiu esta E. Câmara em caso análogo (Ap. cível 21.816, 22.6.82).

Assim, é dado pela Câmara provimento parcial do recurso para excluir da condenação o dano moral, mantida, no mais, a sentença recorrida.

Rio de Janeiro, 21 de setembro de 1982

- DOURADO DE GUSMÃO, pres. e relator.

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

MEMÓRIAS

ANOS DE EDIÇÃO EM

MEMÓRIAS DO MÉDICO

DEPARTAMENTO DE
MÉDICA GERAL
NÃO SABIA

Você Reproduz Livros? CUIDADOS COM CÓPIAS.

Lei nº 6.895, de 17 de dezembro de 1980.
Dá nova redação aos arts. 184 e 186 do Código Penal, aprovado pelo Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Os arts. 184 e 186 do Código Penal, aprovado pelo Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passam a vigorar com a seguinte redação:

Art. 184 - Violar direito autoral:

Pena - detenção de três meses a um ano, ou multa de CR\$ 2.000,00 a CR\$ 10.000,00.

§ 1º - Se a violação consistir na reprodução, por qualquer meio, de obra intelectual, no todo ou em parte, para fins de comércio, sem autorização expressa do autor ou de quem o represente, ou consistir na reprodução de fonograma e videofonograma, sem autorização do produtor ou de quem o represente:

Pena - reclusão de um a quatro anos e multa de CR\$ 10.000,00 a Cr\$ 50.000,00.
§ 2º - Na mesma pena do parágrafo anterior incorre quem vende, expõe à venda, introduz no País, adquire, oculta ou tem em depósito, para o fim de venda, original ou cópia de obra intelectual, fonograma ou videofonograma, produzidos com violação de direito autoral.

.....

Art. 186 - Nos crimes previstos neste Capítulo somente se procede mediante queixa, salvo quando praticados em prejuízo de entidade de direito público, autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação instituída pelo Poder Público, e nos casos previstos nos §§ 1º e 2º do art. 184 desta Lei."

Art. 2º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.
Brasília, em 17 de dezembro de 1980.
159ª da Independência e 92ª da República.

JOÃO FIGUEIREDO
Ibrahim Abi-Ackel

O DIREITO DE SER CIDADÃO

MAX ROSENMANN*

Como uma pessoa pode exercer sua cidadania se não conhece e nem tem o direito de exercer a escolha do que fazer com o próprio corpo? Como poderá ser produtiva, saudável e feliz se não lhe damos as garantias de viabilizar o direito de saber o tamanho da prole que quer gerar?

Se é indiscutível que o número de filhos é decisão exclusiva da família, ou da mulher, que o estado, cumprindo o que está expresso na própria Constituição, assuma a responsabilidade de executar uma política de planejamento familiar ampla, verdadeira que forneça desde a mais básica informação, até programas de atendimento e instrumentalização dos meios contraceptivos disponíveis.

E planejamento familiar é, num país de Terceiro Mundo como o nosso, resgatar a dignidade e a cidadania de quem hoje está entregue a sua própria ignorância, miséria e violência.

Até agora, escondidos atrás de falsos moralismos dogmáticos, omissão ou fingindo desconhecimento, fugimos à discussão do problema como se as milhares de concepções indesejadas e os milhares de nascimentos desprezados que acontecem a nossa volta apenas porque as famílias menos favorecidas não dispõem das mesmas informações e acesso aos meios disponíveis de planejamento familiar.

É hora de paramos de enfrentar grandes problemas com meias soluções. Chega de falarmos em teorias ou nos escondermos atrás de pudores que, na prática, continuam permitindo que nossa sociedade continue cada vez mais violenta e violentada em seus direitos mais primários, entre eles o de conhecer o funcionamento do próprio corpo e o saber quando e como parar de ter filhos.

Sem conhecimentos e sem meios de exercer esses direitos, nossas famílias, homens e mulheres, continuam procriando como se isso fosse vontade inabalável do destino ou obra do divino. Colocam filhos no mundo como se fossem o fardo que a vida lhes reservou, quer queiram ou não. Sequer imaginam que podem tê-los ou não se assim decidirem.

Somos um país onde as famílias com condições financeira tudo podem enquanto aquelas que realmente precisam continuam mergulhadas em injustiça.

* Deputado Federal PR.

É por isso que nós, que fazemos parte da privilegiada camada da sociedade que teve acesso aos alimentos do estômago e do saber, que podemos fazer opções e nos darmos ao direito de escolhas, precisamos criar condições para que essa grande maioria possa ter os mesmos direitos que nós mesmos, na intimidade de nossas famílias. A trágica realidade dos nascimentos desprezados precisa frear os discursos demagógicos daqueles que publicamente mostram-se contra determinados métodos contraceptivos mas na sua intimidade os utilizam sem constrangimentos.

É claro que o problema maior que atinge a população brasileira é a falta de informação e que enquanto não desenvolvermos um amplo programa educativo que promova o exercício da livre escolha baseada em conhecimento não estaremos cumprindo nosso papel enquanto Nação. Entretanto, precisamos ser honestos conosco mesmos e entender que algo precisa ser feito para evitar que milhares de mulheres continuem procriando apenas porque não têm acesso às informações e métodos contraceptivos existentes.

Respeitar o ser humano, para mim, é oferecer-lhe as mesmas oportunidades que eu próprio tenho. Por isso, planejamento familiar não pode ser visto como um instrumento de controle populacional nem uma forma de fazer com que as famílias pobres deixem compulsoriamente de procriar.

Planejamento familiar é um direito, inalienável, de todo ser humano enquanto ser humano, dono do seu próprio corpo e fazendo prevalecer sua vontade. Planejamento familiar é a associação da informação - que o estado deve disseminar através de programas abrangentes - e a livre escolha do método contraceptivo. É um exercício de cidadania.

Se hoje as famílias das classes média e alta conseguem fazer uma escolha real porque só a elas, com dinheiro para pagar os procedimentos médicos, são oferecidas todas as informações e métodos, que o estado assuma, através do SUS, um programa de planejamento familiar capaz de atingir o resto (grande maioria) da população sem recursos.

Sou a favor da vida, sempre fui. Basta verificar que votei contra os projetos da pena de morte e do aborto, mas chega de fazermos as coisas pela metade. Chega de aceitarmos laqueadura e vasectomia em nossas famílias e impedirmos que as famílias pobres as utilizem.

Não proponho vasectomia ou esterilização em massa, mas defendo que o estado assuma o controle do processo de planejamento familiar e não omita esses dois métodos, garantindo assim a verdadeira livre escolha.

Precisamos ser a favor da vida, mas vida com qualidade e dignidade.

Que qualidade e dignidade de vida estamos tendo no Brasil quando milhares de crianças continuam nascendo indesejadamente? Que vida estamos preservando quando empurramos uma mulher para a mesa de um médico clandestino que lhe tira um feto e acaba tirando sua própria vida?

Que moralismo é esse que impede que o estado assuma intervenções de laqueadura e vasectomia mas permite que os filhos indesejados sejam abandonados e morram de fome?

Para mim, tão ou mais grave que os cinco milhões de abortos que acontecem todo o ano no Brasil são as cinco milhões de concepções indesejadas que ocorrem em igual período.

Precisamos nos fazer responsáveis por isso também e não impedir a ação do estado no necessário e urgente programa de planejamento familiar a ser adotado.

E isso não é nenhuma concessão, paternalismo ou intervenção no sagrado seio da famílias, como muitos podem achar. É apenas e tão somente o cumprimento da Constituição que afirma que "saúde é direito de todos e obrigação do Estado".

Decidir quando parar de ter filhos é saúde. Isso é respeitar a vida, os direitos e a cidadania. Isso é vida com qualidade.

Nossas famílias e mulheres precisam gerar filhos sim, mas filhos que possam ser verdadeiros cidadãos desde a sua concepção.

Se queremos impedir o crescimento da violência, devemos parar de violentar os direitos básicos de cada um.

A maior violência não é impedir a concepção, mas permitir o aumento da fome, da miséria, do abandono e dos filhos indesejados.

Nossa opção precisa ser pela vida, pela qualidade e pela dignidade.

(Transcrito da Gazeta do Povo - 12/92)

INDENIZAÇÃO: A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL PELO ESTAGIÁRIO

Procede ação de indenização contra estabelecimento hospitalar por erro profissional de membro de sua equipe médica. O médico pode ser considerado preposto no exercício de sua profissão para efeito de configuração de culpa presumida do empregador. A culpa contratual é configurada no caso de o estabelecimento hospitalar que mantém contrato de seguro de saúde não ter médicos de plantão em determinados horários, substituídos por estagiários.

Apelação cível 19.453 - Rio de Janeiro - Apelante: Policlínica Colégio Ltda. - Apelado: Nenia Torres de Cerqueira.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de apelação cível 19.453, em que é apelante Policlínica Colégio Ltda. e apelado Nenia Torres de Cerqueira: Acordam, por unanimidade de votos, os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro em negar provimento ao recursos. Custas "ex lege".

E assim decidem, integrando neste o relatório de fls., por ser inegável responder o estabelecimento hospitalar, ora apelante, pelo dano sofrido pela apelada. Não é cabível neste caso a discussão a respeito da responsabilidade do médico por culpa profissional, que envolveria a questão do exame da questão da natureza do contrato, se de meios ou se de resultado. A r. sentença recorrida fundou a responsabilidade civil da apelante no art. 1521, III, do CC, por ter sido negligente o profissional que atendeu à apelada - e, assim, responderia o estabelecimento hospitalar pelos atos praticados pelo médico no exercício da profissão.

A questão da culpa do estabelecimento hospitalar por atos de seus prepostos, mesmo quando médicos e assalariados - portanto, empregados do estabelecimento - é, em doutrina, controversa. Corrente ponderável considera que, no exercício da Medicina, o médico não deve ser considerado preposto do estabelecimento hospitalar, por conservar "plena independência profissional no exercício de sua arte". Conseqüentemente, exclui a culpa do estabelecimento hospitalar, admitindo somente a profissional do médico. Mas há outra corrente que admite a responsabilidade civil do estabelecimento hospitalar quando assalariado for o médico que, no exercício da profissão, isto é, do trabalho, no hospital, causar dano.

No caso de pertencer ao Estado o estabelecimento hospitalar, os tratadistas reconhecem a culpa da pessoa jurídica de direito público.

Entendemos que a culpa do estabelecimento hospitalar, como empregador, apesar de presumida, só é afastada se houver prova da inoccorrência de culpa

profissional. Não produzida tal prova, responde o estabelecimento pelos danos causados por seus prepostos, mesmo quando médicos forem.

Mas, "in casu", o estabelecimento hospitalar não produziu essa prova, ao contrário, em seu recurso, confessou a sua falta, porquanto declarou não haver, no momento em que a apelada foi atendida, médico de plantão, apesar de explorar seguro de saúde, tendo sido a apelada, segurada de apelante, atendida por estagiário (item 3 da apelação). A imperícia ou negligência do estagiário deu causa à lesão permanente.

Assim, responde a apelante por dupla culpa: "in eligendo", por, "in casu", responder pelas faltas de seu preposto, e por culpa contratual, porquanto, mantendo contrato de seguro de saúde com a apelada, não tinha médico para atendê-la quando a segurada necessitou de urgente tratamento médico, apesar de pelo contrato estar obrigada a prestá-lo.

Quanto ao dano, apesar de ser pequeno, é permanente, localizado em parte exposta do corpo humano, no polegar da mão direita, que, sendo a vítima do sexo feminino, constitui também dano estético. A apelada teve a perda parcial de "substância mole e óssea" do polegar direito. Ora, tal dano, para a autora, que é manicura, prejudica-lhe o trabalho, além de prejudicá-la esteticamente. Teve, como está provado nos autos, redução permanente de 5%. A indenização foi estabelecida com moderação, 50% do salário mínimo, pela perda da capacidade laborativa, e 12 salários mínimos da época do acidente, a título de indenização do dano estético. Lucro cessante está comprovado nos autos, porquanto as testemunhas da apelada provaram, primeiro, exercer a autora a profissão de Manicura, e, segundo, ter deixado, por força da lesão, que lhe fez perder parcialmente o tato, de exercer tal profissão, cuja indenização será objeto de arbitramento na liquidação. A prova do exercício de determinadas profissões, como a de Manicura, pode ser produzida por testemunhas se a profissional não a exerce em estabelecimento comercial.

A apelante prova alguma produziu. Não provou culpa exclusiva da vítima, que não é passível de presunção, cujo ônus é do réu, nem caso fortuito ou força maior.

Assim, responde por culpa "in eligendo", por ter como preposto estagiário para prestar serviço médico, que, como tal, é de se presumir a culpa profissional, por não ser médico habilitado, apesar de haver nos autos prova pericial comprovadora de o resultado decorrer de imperícia ou negligência de quem atendeu à apelada, e por culpa contratual, por não ter médico para atender a seus segurados em determinados horários.

Portanto, por qualquer ângulo que se examine o caso, chega-se à conclusão da culpa da apelante, motivo que leva a Câmara a negar provimento ao recurso.

Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 1981

- DOURADO DE GUSMÃO, pres. e relator.

Revista dos Tribunais - 556, Fevereiro de 1982 TJRJ (Cível)

LAQUEADURA POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL

Diretor de Hospital Maternidade solicita parecer deste Conselho sobre o procedimento a ser adotado diante de uma determinação judicial para a realização de laqueadura das trompas em paciente, na ocasião de seu parto.

A presente consulta veio acompanhada de cópia do ofício enviado pelo Juiz de Direito da Vara de Infância e da Juventude de Foro Regional, o qual foi extraído dos autos de processo que por ali tramita.

Verifica-se do referido ofício, que o juiz determina as necessárias providências do consulente, no sentido de que a equipe médica do hospital submeta a paciente ali citada, à laqueadura das trompas, por ocasião de seu parto, devendo, posteriormente o Juiz ser informado a respeito.

Verifica-se, ainda, do presente expediente, que enquanto o mesmo tramitava por este Conselho e no intervalo de sete dias, ocorreu o parto normal da paciente, não sendo realizada a laqueadura das trompas, em razão de a mesma não apresentar indicação médica para tanto, tudo conforme informa o consulente em complementação ao ofício anterior.

Assim relatados os fatos citados no expediente, constata-se que a matéria ali versada vem sendo objeto de ampla discussão, merecendo inúmeros pareceres exarados sob os mais diversos ângulos, conforme a situação apresentada no momento.

O presente caso assemelha-se aos demais, ou seja, casos de esterilização, diferindo apenas quanto ao pedido, solicitação ou recomendação do ato, que, "in casu", trata-se de determinação judicial. A propósito e por oportuno, consigne-se que o ofício da autoridade judiciária não se fez acompanhar de laudo médico ou quaisquer outras peças processuais que melhor elucidassem a questão.

Voltando-se ao âmago da questão, a esterilização, e, abstraindo-se do seu conceito genérico, fixando-se apenas no objeto do que se pretende discutir, a laqueadura tubária, é necessário buscar o entendimento até agora sedimentado sobre o assunto.

Com efeito, a laqueadura tubária é entendida como procedimento cirúrgico e como tal, ato médico invasor e mutilador de função orgânica, devendo, portanto, ter sua indicação fundamentada exclusivamente em aspectos clínicos.

Além disso, pelo caráter definitivo, a indicação dessa prática deve ser restrita, vale dizer, deve ser realizada como último recurso terapêutico e não como procedimento de rotina ou de primeira escolha.

Do ponto de vista legal, apesar de a legislação vigente não tratar de forma direta e expressa o assunto, a esterilização estaria inclusa no artigo 129, III, do Código Penal, que trata das lesões corporais. Logo, quando a esterilização é realizada sem fins terapêuticos configura-se lesão corporal grave. Assim, mesmo não havendo a expressão "esterilizar" nas lesões corporais, é considerada lesão gravíssima se da ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem resultar, "perda ou inutilização de membro, sentido ou função".

No entanto, deve-se aliciar que a prática da esterilização cirúrgica sem qualquer finalidade terapêutica, ou seja, a prática de cirurgia como método anticoncepcivo unicamente, face às disposições contidas no Código Penal é considerada conduta ilícita, passível de punição.

Por seu turno, o Código de Ética Médica em seu artigo 43, dispõe que é vedado ao médico "Descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento".

Nessa conformidade, a prática da esterilização cirúrgica também é considerada infração ética, sendo responsável o médico que a indica sem a finalidade terapêutica devidamente identificada.

Forçoso é concluir, pois, que a prática de cirurgias esterilizadoras, incluindo-se a laqueadura tubária, sem finalidade terapêutica e quando não seja esta a única nem a mais recomendável solução para o caso apresentado pelo paciente, constitui, concomitantemente, delito ético e penal.

Essa conclusão nada mais é do que o repositório dos pareceres aprovados e homologados pelos diversos Conselhos de Medicina, incluindo-se, nelas, o Conselho Federal de Medicina, aos quais compete supervisionar a ética profissional, sendo ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, consoante dispõe o artigo 2º da Lei nº 3268/57.

No caso em tela, não havendo indicação médica para a referida cirurgia, laboraram os médicos em consonância com os dispositivos éticos e legais vigentes, sobre os quais devem a mais rigorosa obediência, máxime em razão do dever de ofício.

Transcrito do Jornal do CREMESP

ATESTADO DE CAPACIDADE LABORATIVA. Pode ser baseado apenas no prontuário?

Médico de servidor público, com atividade diária em ambulatório, está obrigado a fornecer atestado médico de incapacidade funcional temporária ou definitiva, por solicitação de superior hierárquico, para paciente que esteja sob cuidados profissionais de outro colega temporariamente afastado?

Em ambulatórios, consultórios, hospitais e quaisquer serviços onde se realize a prática assistencial médica, a atividade profissional volta-se precipuamente para os objetivos de diagnóstico e tratamento. Os atos médicos aí procedidos decorrem do entendimento e da independência profissional: o paciente deve ser alvo de toda a sua atenção, merecendo-lhe o máximo de zelo visando ao benefício de sua saúde (Princípio II), a escolha do tratamento deve ser de sua exclusiva competência (Princípio VII), e sua atuação não pode sofrer interferências que signifique o tolhimento de sua independência profissional em entidades públicas ou privadas (Princípio VIII).

A verificação da capacidade funcional de pacientes é atividade diagnóstica que pode servir a dois objetivos:

a) Médico assistente pode verificar que paciente necessite de afastamento de suas atividades habituais para que o repouso lhe seja propício. Na verdade, esse tipo de recomendação médica é uma forma de prescrição terapêutica, estando portanto no âmbito da própria atividade assistencial. É portanto, escolha de tratamento, e, como tal, competência exclusiva do médico assistente.

b) Necessidade profissional do paciente, que precisa de ser aferida se seu comprometimento patológico interfere na realização de seu trabalho. É atividade que pode estar ligada à chamada Medicina do Trabalho ou à verificação pericial de instituições seguradoras (públicas ou privadas). Não são atividades assistenciais e envolvem a ligação do médico com empresas ou outros tipos de instituições. Habitualmente o médico exerce a função de perito.

O Código Brasileiro de Deontologia Médica, em seu artigo 54, proíbe o médico de ser perito em cliente seu. São incompatíveis as funções de médico-assistente e de médico-perito, exercidas pela mesma pessoa.

O médico-assistente, ou seja, aquele que exerce suas atividades em serviços assistenciais (entre os quais se incluem ambulatórios), só pode e só deve fornecer atestados sobre a atividade laborativa de seus pacientes quando isso se imponha no seu plano terapêutico, fazendo-o sempre por sua própria decisão, não cabendo qualquer interferência de terceiros. Entende-se como médico-assistente aquele que acompanha algum paciente em caráter permanente ou como substituto eventual. Tais normas éticas não podem ser desrespeitadas em instituições, configurando infração no citado Princípio VIII e ao artigo 41 (este

veda ao médico "utilizar de sua posição hierárquica para impedir que seus colegas subordinados atuem dentro dos princípios éticos").

Cumpra ainda ressaltar que o artigo 51 determina que o médico não pode "fornecer atestados sem ter praticado os atos profissionais que o justifiquem". Entende-se, desarte, que em qualquer caso não se pode fornecer atestado sem exame de paciente, realizado por quem seja o responsável pelo atestado.

É o parecer, salvo melhor juízo
Recife, 14 de junho de 1985.

Cons. Tácito Augusto Medeiros
Relator

* *Jornal do CREMESP/86*



SEGURADORA: DEPENDENTE DE DOENTE GRAVE RECEBE SEGURO

PORTO ALEGRE (AJB) - As seguradoras que firmam contratos sem submeter os segurados a exame médico assumem riscos. Por isso não podem se recusar, depois, a pagar a indenização mesmo nos casos de pessoas com doenças terminais. Este foi o entendimento do 2º grupo de câmaras cíveis do Tribunal de Justiça, criando assim uma jurisprudência sobre o assunto no Rio Grande do Sul, ao dar vitória para a viúva Loriama Antunes de Aguiar.

A decisão obrigará o Top Clube Bradesco - junto com as seguradoras Boavista, Sul América-Nacional e Sul América Terrestres, Marítimos e Acidentes - a pagar uma indenização, em valor final ainda a ser calculado, para Loriama. O problema sugeriu quando o marido de Loriama morreu em 1988, aos 39 anos de idade, de leucemia mieloide aguda, curável só com transplante de medula óssea.

É que 14 dias antes de falecer, ele fez um seguro de vida em grupo, numa agência do Bradesco na cidade de Pelotas, quando obteve um empréstimo bancário. Convidado pela gerência, ele subscreveu o plano de seguro e, no formulário, informou negativamente à questão se padecia de alguma moléstia grave. Só que a seguradora não fez nenhum exame médico.

Quando a viúva foi cobrar o seguro, a empresa descobriu a causa da morte e alegou que ele já sabia do seu grave estado de saúde e não informou, ciente de que não conseguiria o seguro.

A viúva entrou, então, com uma ação de cobrança e depois de vitórias e derrotas das duas partes, o 2º grupo de câmaras cíveis definiu a questão em favor da viúva. O entendimento dos desembargadores, por quatro votos contra dois, foi de que as seguradoras se dispensaram de realizar os exames médicos, e assim assumiram "o risco de aderirem com pessoas com perspectivas de vida menos sólidas, como no caso concreto".

Transcrito da Gazeta do Povo - 25/8/92

Pacientes masculinos assediam as médicas

BOSTON, MASSACHUSETTS (UPI) - Um estudo em que foram ouvidas médicas do Canadá indicou que é muito freqüente as doutoras serem assediadas sexualmente por pacientes do sexo masculino, que lhes dirigem olhares e gestos significativos, fazem observações obscenas e tentam acariciá-las, assinalaram pesquisadores canadenses em um trabalho ontem divulgado.

Mas de três quartos das mulheres que fazem clínica médica na província canadense de Ontário responderam a pesquisa dizendo que já tinham sido assediadas sexualmente pelo menos por um paciente, quase sempre do sexo masculino, destacou a Dra. Susan Philips, da Universidade de Queens, Ontário.

Embora um bom número de pesquisas tenha buscado investigar a má conduta e os abusos sexuais por parte de médicos em relação a pacientes, esta é a primeira pesquisa sobre assédio sexual às médicas, disse Philips, co-autora do estudo publicado em "The New England Journal of Medicine", nos EUA.

"Este é um tema que não costuma ser mencionado nem mesmo entre mulheres médicas, e por isso achei e a freqüência a extensão desse assédio surpreendentes", frisou a doutora.

Ela frisou igualmente que os resultados sublinham a vulnerabilidade das mulheres em uma sociedade dominada pelos homens. "Ser médica, ao que parece, não faz com que se deixe de ser apenas uma mulher, aos olhos de muitos homens", comentou Philips.

"Não creio que sejam somente alguns casos, e não creio que seja apenas um problema canadense. Penso que isso reflete uma tendência de nossa sociedade, onde os que têm o poder querem se tornar ainda mais poderosos", disse ela.

Philips contou que resolveu fazer a pesquisa "após trabalhar em diversos locais onde as mulheres médicas eram sujeitas a assédio. Eu me senti curiosa e irritada em relação às experiências que elas tiveram, e também assustada".

Cerca de 60 por cento das 422 médicas entrevistadas responderam que pacientes tinham feito comentários expressando interesse sexual por elas, se que mais da metade lhes tinha dirigido olhares sugestivos, muitas vezes na privacidade de um consultório ou sala de exames.

Transcrito da Gazeta do Povo 1/1/94

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

1. **COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL**
Presidente: Cons. Miguel Ibrahim aboud Hanna Sobrinho
Cons.ª Ana Zulmira Eschholz Diniz
Cons. Antonio Carlos Bagatin
Cons. Mário Lobato da Costa
Cons. Moacir Pires Ramos
Cons. Roberto Bastos de Serra Freire
Cons.ª Wílma Brunetti
2. **COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO**
Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Cons. Álvaro Réa Neto
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons.ª Wílma Brunetti
Cons.ª Zaira Lucia Letchacovski de Mello
3. **COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**
Presidente: Cons. Hélio Bartolozzi Soares
Cons. Antonio Katsumi Kay
Cons.ª Marília Cristina Milano Campos
Cons. Ricardo Rydygier de Ruediger
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho
4. **COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME**
Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Luvizotto
Cons.ª Mara Albonei Dudeque Planovski
5. **COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS**
Presidente: Cons.ª Eleusis Ronconi de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons. Monica De Biase Wright Kastrop
6. **COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA**
Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Cons. Carlos Castello Branco Neto
Cons. José Carlos de Miranda
Cons. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Cons.ª Monica De Biase Wright Kastrop
Cons. Nelson Antonio Baruffatti Filho (Foz do Iguaçu)
7. **COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS**
Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Gilberto Sacilotto (Guarapuava)
Cons. Luiz Salim Emed
Cons. Odair de Floro Martins
8. **COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO**
Presidente: Cons. Alberto Accioly Veiga
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
9. **CORREGEDORIA DO CRMPR**
Cons. Adolar Nicoluzzi
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons. Odair de Floro Martins
10. **COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS**
Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons.ª Mara Albonei Dudeque Planovski

DELEGACIAS REGIONAIS

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)
Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Junot Cordero (Colaborador)
Dr. Antonio Celso Buenardo (Suplente)
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas (Suplente)
Dr. Edgard Luiz Westphalen (Suplente)
Dr. João Henrique Steffen Junior (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira (Suplente)
Dr. Mário Tadatti Iria (Suplente)
Dr. Sinélio Moreira Junior (Suplente)
Dr.ª Sueli Aparecida Kubiack (Suplente)
Dr. Walter Marcondes Filho (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kermel Jorge Chammas
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho
Dr. Miness Okawa
Dr. Giancarlo Sanches
Dr. Paulo Abreu de Almeida Machado
Dr. Natal domingos Gianotto
Dr. Mário massaru Miyazato
Dr. Cláudio Cordero Albino
Dr. Oswaldo Rodrigues Truês
Dr.ª Maria Tereza Coimbra
Dr. Murilo Narciso

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isaac Silva Meinic (Colaborador)
Dr. Enio Garletti (Suplente)
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)
Dr.ª Mari Marcias techy (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sacilotto (Presidente)
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)
Dr. Argos Von Linsingen (Colaborador)
Dr. Antonio França de Araújo (Suplente)
Dr.ª Iara Rodrigues Vieira (Suplente)
Dr. Liberto Mezzadri Neto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)
Dr. Ildelfonso Amoado Canto (Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (Colaborador)
Dr. João Petry (Suplente)
Dr. Paulo Roberto Mussi (Suplente)
Dr. Cezar Augusto Macedo de Souza (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Antonio Carlos de Andrade Soares (Presidente)
Dr. Kêthe de Jesus Fontes (Secretário)
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka (Colaborador)
Dr. Namir Cavalli (Suplente)
Dr. Faustino Garcia Alferez (Suplente)
Dr. Luiz Roberto Gonçalves de Melo (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antonio de Mello Costa (Presidente)
Dr. Guilherme Antonio Schmitt (Secretário)
Dr. Fumiyo Sakabe (Colaborador)
Dr. Nilson de Almeida (Suplente)
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)
Dr. Ronaldo Borges Pereira (Suplente)