

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do PR.

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO v. 12, n. 47 - jul / set - 1995

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1993/1998
DIRETORIA

Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
Vice-Presidente:	Cons. Odair de Floro Martins
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2º Secretário:	Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Tesoureiro:	Consª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Tesoureiro-Adjunto:	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 (Londrina)
Dr. João Batista Marchesini
Dr. Kemel Jorge Chammas (Maringá)
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Dr. Luiz Salim Emed
Drª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Drª Mônica De Biase Wright Kastrup
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Odair de Floro Martins
Dr. Roberto Bastos da Serra Freire
Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

Dr. Adolar Nicoluzzi (***)
Dr. Álvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Drª Ana Zulmira Escholz 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 (Guarapuava)
Dr. Iracy Maciel Meyer (**)
Dr. José Carlos de Miranda
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Drª Marília Cristina Milano Campos
Dr. Mário Luiz Luvizotto
Dr. Moacir Pires Ramos
Dr. Nelson Antonio Barufatti Filho (Foz do Iguaçu)
Dr. Ricardo Rydygier de Ruediger
Drª Wilma Brunetti
Drª Zaira Lúcia Letchacovski de Melo

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

(*) Licenciado

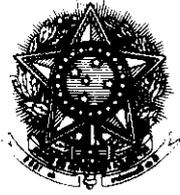
(**) Falecido

(***) Destituído

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320

Telefone: (041) 322-8238 - Fax: (041) 322-8465



ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR.	Curitiba	v.12	Nº 47	p. 115 - 171	Jul/Set.	1995
--------------------------------	----------	------	-------	--------------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlike Braga Filho

Duliton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremin, 1855-b

CEP 80450-320 - Curitiba - Paraná

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos médicos do Paraná

CAPA

Criação: José Oliva Eduardo

Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

TIRAGEM

12.000 exemplares

EDIÇÃO

Trimestral

Sumário

Erro Médico x Erro Magistrado	115
SUS - Juiz autoriza acomodação diferenciada	118
SUS - Juiz autoriza acomodação diferenciada	120
SUS - Juiz autoriza acomodação diferenciada	121
Oxigênio de usina concentradora não deve ser utilizado	122
O fantasma das demandas contra médicos	123
Processo ético-profissional nº 14/89	126
Médicos jogam resto mortais em lata de lixo	127
Responsabilidade profissional	128
A integração das especialidades médicas	129
Dispensa do farmacêutico hospitalar em pequenas unidades de saúde	131
Restrição do exercício profissional de pediatria	132
Visita a beira do leito do paciente por auditores do SUS	134
O estudante de medicina frente ao paciente terminal e a morte	137
Crime do avental branco	139
Experiências americanas atingem meio milhão	140
Troca de esperma gera crise em Roma	141
Perícia médica	142
Lei cria normas para uso das técnicas de engenharia genética	143
Igrejas dos EUA limitam experiências	151
Deve ser fornecido ao paciente diagnóstico por escrito, além do oral?	153
Limites da atuação do médico não especialista	154
Processo ético-profissional nº 1920 - 105/90	157
Um SUS para as populações indígenas	158
Prescrição não-médica de prótese auditiva	159
Processo ético-profissional nº 009/92	160
A mentira no direito e na justiça	161
Médico condenado por imperícia em cirurgia	163
Pode o médico receber bonificação por encaminhamento?	164
Médico que matou bebê é culpado	164
Processo ético-profissional nº 022/91	166
Médicos portadores de cegueira total - Inscrição no CRM	167
Museu de medicina da AMP	170

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

“Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná”, órgão oficial do CRM/ PR, é uma revista trimestral dedicada a publicação de trabalhos, artigos, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético. Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando necessariamente a opinião do CRM/ PR. A reprodução do conteúdo da revista, afora os artigos traduzidos, sem fins comerciais, pode ser realizada mediante a citação da fonte. Todos os artigos serão submetidos a análise editorial e a revista se reserva o direito de recusar sua publicação ou fazer sugestões quanto ao conteúdo e a forma. O autor deve dispor de cópia do trabalho porquanto o original, mesmo recusada a publicação, não será devolvido. Poderão ser publicados artigos originais ou transcritos, em língua portuguesa ou estrangeira, que deverão ter um resumo em português. A autorização para a publicação de ilustração como fotografia ou transcrição de tabela, gráfico, etc. é de responsabilidade do autor, a qual, poderá ser solicitada. As ilustrações devem ser entregues numeradas e em envelope anexado. Os artigos devem ser datilografados em papel tipo ofício, em espaço duplo e no máximo 20 páginas. Na primeira página do artigo deve constar o título do artigo, nome do autor e da ilustração onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos no essencial. A revista não oferece separatas. Os unitermos serão preparados pelo autor. Esta revista segue as normas da ABNT - ISSN 0104 - 7620.

NORMAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

Exemplo: WERNECK, LC & MAURO, S. Deficiência muscular da cartinina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (Nº 02): 281-295, 1985.

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

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

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

EDITORIAL

O Conselho Regional de Medicina do Paraná tem recebido inúmeras denúncias durante todos os anos de sua existência, das quais resultaram, para umas o arquivamento por não haver indício de infração aos artigos do Código de Ética Médica; para outras a instauração de uma Câmara de Ética Disciplinar, para melhor apurar os fatos contidos na denúncia e, finalmente, outras mais sofrerão a abertura de um Processo Ético-Profissional, em virtude de haver indício de infração ao Código de Ética Médica.

Das muitas denúncias recebidas nestes últimos anos pelo CRM-PR, tem-se observado que, um grande número delas, não chegariam a ser efetivadas se o médico assistente procurasse dispensar um pouco de seu tempo, dando mais atenção as queixas de seu paciente e as angústias dos seus familiares. Ao ouvir o paciente e seus familiares, melhor esclarecendo os passos que irá tomar para a definição do diagnóstico, para o tratamento da doença, dos efeitos que a medicação poderá produzir e das prováveis sequelas que advirão, o médico estará evitando que mal entendidos hajam e que redundarão em insatisfação e desejo de reparos a possíveis erros médicos.

É, pois, com uma melhor relação médico-paciente, da qual se tem tanto falado há muitos anos, que haverá de ser evitado tantos desentendimentos.

O médico, com justificativa de que tem um grande volume de trabalho, muitas vezes delega a outros profissionais, ou secretárias, atos que só ele deve executar e pelos quais é, totalmente, responsável. Como exemplo temos tido conhecimento de médicos que deixam atestados e receitas assinados em branco para serem preenchidos por enfermeiras e secretárias, acarretando subsequentemente sérios problemas.

O CRM-PR, órgão fiscalizador do exercício profissional da medicina, tem-se preocupado com a prevenção dos erros médicos e para isto tem envidado esforços para esclarecer e orientar todos os profissionais, no sentido de agir sempre corretamente e dentro dos ditames éticos. Um dos veículos que pretende o exercício desta prevenção é a publicação regular da Revista "ARQUIVOS" levando ao conhecimento do médico diversos trabalhos sobre o exercício ético da medicina. Leia a nossa revista e evitará muitos dissabores.

Cons. Daebs Galati Vieira
1º Secretário

ERRO MÉDICO x ERRO DE MAGISTRADO

Hildegard Taggesell Giostri*

Analisando quase uma centena de julgados, como ponto de partida para um trabalho científico, não nos foi possível resistir ao desejo de tecer algumas breves considerações a respeito de uma das múltiplas e interessantes facetas ali observadas.

Todas as sentenças e acórdãos examinados versavam especificamente sobre erro médico, não importando se a obrigação considerada inadimplente fosse de meios ou de resultados, ou seja, estavam sendo julgadas tanto as ocorrências no campo terapêutico como no estético.

Ao lado de decisões brilhantes de doutos julgadores cômicos de estar trilhando em seara estranha e tortuosa, qual seja o campo clínico-cirúrgico, encontramos julgados que, ao menos remotamente, nos sugeriram episódios semelhantes a certas obras do estilo conhecido como tragi-cômico.

Exemplificando a que tipo de casos nos estamos referindo, um dos que mais nos chamou a atenção foi uma sentença de doura magistrada alicerçada na força que lhe dá o Código quando prevê que o juiz não está adstrito ao laudo pericial para proceder seu julgamento. (Autos n. 23.4577/85 - 3a. Vara Cível da Comarca de Niterói/RJ).

Concluiu a nobre magistrada que o laudo recebido, referente ao caso examinado - cicatrizes antiestéticas-, havia sido preconceituoso, para não dizer racial, pois sugerira que representantes da raça negra, ou descendentes ainda que remotos dela, tinham uma tendência maior à formação de "cordões" na zona de cicatrização, formações essas conhecidas como quelóides. Talvez este parecer, dado por um médico, tenha sido confundido como resultado do conhecido corporativismo que se diz haver naquele meio profissional, ou seja, uma tentativa de salvaguardar um colega que está sendo processado.

Como proteção contra essa possível eventualidade decidiu a magistrada que houvera erro médico já que uma cirurgia estética não pode e não deve deixar cicatrizes. Com este parecer alçou, sem dúvida, os diligentes representantes da nobre ciência de Hipócrates ao nível de Deus. Embasou ela o seu **decisum** em casos como as cirurgias efetuadas em Michael Jackson, que são do conhecimento público, e não deixaram cicatrizes... Bem, ao menos nós não as vemos nas bem retocadas fotografias do astro e, quando o mesmo aparece nas filmagens, ninguém pode negar que carrega uma boa quantidade de maquiagem, a qual é completada por óculos e cachos pendentes. Pessoalmente, e desprotegido dessa parafernália toda, quem o vê ?

Também citou a nobre magistrada o belo nariz que atualmente ostenta o político Orestes Quércia, igualmente fruto de uma cirurgia plástica e, - maravilha-, sem cicatrizes! Bem, considerando que este tipo de cirurgia plástica é efetuado internamente, trabalhando o cirurgião sobre o osso e a cartilagem, ficaria realmente difícil ver-se, externamente, alguma seqüela cicatricial.

* Bioquímica e Advogada. Mestranda em Direito Social pela Universidade Federal do Paraná. Colaboradora do Jornal Indústria e Comércio onde publica a coluna Questões Jurídicas.

Quanto à formação de quelóides, a própria ciência ainda hoje parece não ter explicações satisfatórias para esse fenômeno encontrado na grande maioria das pessoas morenas, amulatadas e negras.

Por outro lado, no desenrolar da pesquisa deparamo-nos com uma acórdão onde um dos desembargadores que, não satisfeito com o laudo pericial recebido, ainda efetuou, pessoalmente, pesquisas em compêndios médicos. Citando autores e obras, embasou, cientificamente, o que ele entendera por bem não estar caracterizado como erro médico. Teria sido mais fácil e mais cômodo ter-se alicerçado apenas na perícia recebida, mas, ciente de sua responsabilidade foi mais longe, estudou ele próprio ao menos a teoria básica para fundamentar seu parecer. Foi voto vencido.

Da análise final de todo esse trabalho restou-nos certa apreensão mesclada até com uma velada tristeza, senão vejamos: duas classes profissionais, não diríamos das mais nobres porque entendemos que todo trabalho é nobre (se todos fôssemos médicos e advogados, quem retiraria nosso lixo ?), mas, todos sabemos que tanto o médico como o advogado, o promotor, o juiz, o desembargador são figuras fundamentais para o bom andamento e convívio da vida humana e social dentro dessa nossa aldeia global. No entanto, o que às vezes parece ocorrer, e caminhamos a passos largos para isso, é uma dificuldade cada vez maior do exercício profissional com liberdade, fato este gerado por ambas as classes, sem que haja a menor intensão consciente por parte de qualquer delas de que as coisas assim sucedam.

Analisando friamente, e sem rodeios, sabemos todos perfeitamente que uma grande porcentagem dos profissionais do Direito que tem o encargo de julgar não escondem uma profunda aversão àquilo que se convencionou chamar "corporativismo", ou espírito de classe, o que os franceses denominam de **sprit de corps**. Alegam aqueles que dificilmente um médico depõe contra o outro e, quando o faz ainda que constate a existência de erro e culpa - seja por imprudência, imperícia ou negligência -, amaina o seu parecer, em nítida postura protecionista ao indigitado colega.

Este perfil formado a respeito da classe médica não se teria delineado gratuitamente e, sem dúvida, não deve faltar razão aos profissionais do Direito.

Por outro lado, e com base neste "corporativismo", alguns julgadores, como mecanismo de defesa e pela justiça, se munem, muitas vezes, de um certo endurecimento de postura quando se trata de julgar um erro médico. (Ver tabela abaixo).

Sem dúvida, é difícil entender que enquanto o caso de um cliente pode ser pensado e repensado na quietude de um escritório jurídico, ou na sala de um Fórum ou Tribunal, às vezes, aquele caso que também foi pensado e repensado na quietude de um consultório possa vir a se mostrar sob uma faceta completamente imprevisível e até mesmo desesperadora quando numa mesa cirúrgica.

Há coisas que podem ser previstas, outras não. Cada corpo humano é único nas suas características e complexidades e a Medicina não é uma ciência exata. Só para exemplificar, dentro do enorme contexto jurisprudencial pesquisado encontramos um caso no qual durante uma cirurgia de laparotomia exploradora foi encontrada uma massa tumoral disforme e sangrante, sendo a mesma removida em tempo para que a paciente, menor de idade ainda, não viesse a perecer, tal era a intensidade da hemorragia.

Os transtornos fisiológicos que se seguiram à cirurgia foram tamanhos que ficou comprovada que aquela "massa disforme" era, nada mais nada menos, que um rim ectópico e pélvico, além de ser o único rim que o paciente possuía. Feito um transplante mais tarde, de órgão cedido pelo irmão da vítima, e aberto processo contra a equipe médica, chegaram os julgadores à conclusão que não houvera erro, sendo o que ocorreu

justificado por estado de necessidade, não se entendendo houvesse para aquela situação de emergência ou tipo de postura. (Ap. 1.239/91 - 1ª Câmara Cível. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro).

Concluindo, refere-se nossa preocupação à simples observação do que vem acontecendo no Brasil e que já é usual no Estados Unidos da América: se alguns dos magistrados usam de um certo endurecimento como meio de defesa contra o dito corporativismo médico, este profissional, por sua vez, tende e tenderá cada vez mais (para se proteger de futuros processos) a se cercar de uma série de precauções não só de nível de conduta, o que é positivo, mas, também, a reforçar o seu mecanismo de defesa através do requerimento de uma quantidade enorme de exames complementares, alguns até supérfluos, o que tornará a Medicina cada vez mais cara e inacessível para muitos.

É o exercício do que se convencionou chamar Medicina defensiva e cuja maior resultante, a nosso ver, será uma separação ainda mais nítida de pacientes em duas grandes e bem diferentes classes: uma, minoritária e elitista e, a outra, clamorosamente majoritária, formada pelo restante das pessoas que só podem usufruir de uma Medicina previdenciária.

Talvez, num futuro não remoto, os médicos brasileiros terão que, a exemplo de seus colegas americanos, proteger-se através de vultosíssimos seguros que lhes garantirão a cobertura de uma possível indenização, seja por erro médico seja por erro de magistrado.

P.S - Dos 76 acórdãos e sentenças analisados sobre erro médico, preparamos a seguinte tabela com dados demonstrativos por amostragem:

Rio de Janeiro: 49 casos; indenizações consideradas devidas:35; não devidas:

11; sendo 01 processo encerrado e 02 sentenças anuladas.

São Paulo: 16 casos, dos quais 10 indenizáveis e 06 não.

Paraná: 08 casos, sendo 04 considerados indenizáveis e 04 não.

Minas Gerais: 03 casos, todos com indenização considerada devida.

NOVO TELEFONE E FAX

FONE: (041) 322-8238

FAX: (041) 322-8465

JUIZ FEDERAL AUTORIZA A INTERNAÇÃO EM ACOMODAÇÃO DIFERENCIADA

--- Resolução 283/91 - INAMPS ---

Decisões judiciais proferidas recentemente pela Justiça Federal confirmam nosso entendimento quanto à possibilidade do paciente optar por acomodação diferenciada, mediante pagamento dos valores correspondentes às diferenças.

Nos casos concretos os pacientes solicitaram a internação em aposentos diferenciados, junto ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e este, acatando determinação do Ministério da Saúde fundamentada na Resolução 283, viu-se na contingência de desatender a solicitação, deixando aos mesmos a opção de submeterem-se aos aposentos contratados pelo SUS - as enfermarias - ou internarem-se na condição de particulares. Não concordando os pacientes com tais imposições, baseados na Resolução 283, buscaram em Juízo a autorização para a internação em aposentos diferenciados, utilizando-se do procedimento denominado Mandato de Segurança.

A Juíza da 6ª Vara Federal, Dra. Maria de Fátima Freitas Labarrère, ao defirir a liminar, antecipou sua interpretação à Resolução 283, referindo os idênticos argumentos exaustivamente divulgado pela AHRGS, cujo parecer foi publicado no JORNAL DOS HOSPITAIS (nº 07 - Dez/92).

Argumentou a Juíza:

"Trata-se de mandato de segurança ajuizado por Fábio Duarte Simoni contra ato do Superintendente Regional do INAMPS e dos Vice-Presidente Médico e Vice-Presidente Administrativo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre consubstanciado na denegação de sua internação sob a modalidade diferença de classe.

Vislumbro o **fumus boni juris** nas alegações de que a Resolução nº 283, de 30 de agosto de 1991, do Presidente em exercício do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - **não proíbe a internação sob a modalidade diferença de classe paga pelo segurado espontaneamente** por um serviço diferenciado, e sim a internação coativa em acomodações especiais com a imposição de cobrança pela diferença de classe aos pacientes ou ao INAMPS.(grifo do JH)

O perigo da demora reside na necessidade de cirurgia de urgência.

Ante ao exposto, concedo a liminar para autorizar ao impetrante a internação hospitalar no regime diferença de classe".

Já o Juiz da 4ª Vara Federal, Dr. Élcio Pinheiro de Castro em sentença proferida nos autos do Mandato de Segurança impetrado por Serafina Nunes Gonzales foi enfático:

"Como se vê, ao impedir a cobrança complementar de diárias e serviços por parte dos profissionais e Unidades Assistenciais, em verdade, de forma reflexa, está a Autarquia obstando o acesso ao sistema de todos os segurados que pretendem e podem pagar por acomodações e atendimento superiores aos oferecidos pela previdência social querendo isso significar enriquecimento sem causa de sistema porquanto exatamente os que mais contribuem serão compulsoriamente, afastados dos benefícios, não só em razão da baixa qualidade dos serviços mas também pelas precárias instalações da rede hospitalar previdenciária.

Em decorrência, estando o questionado ato administrativo direcionado exclusivamente aos profissionais e Unidades Assistenciais, tenho que a melhor interpretação não é aquela conferida pela digna autoridade coatora retratada, sem ressalvas, **IN FINE** na profalada Ordem de Serviço, **mas sim a de não estar o segurado impedido pela apontada Resolução de postular e pagar qualquer diferença por melhores diferença por melhores acomodações e serviços desde que assim o requeira.** (grifamos)

Frente ao princípio constitucional da igualdade, o que não se mostra razoável é a Seguridade Social exigir a contribuição de todos mediante lei e depois, via Resolução, se alforriar da obrigação assumida oportunizando os benefícios tão somente aos menos favorecidos."

Ao finalizar, o Magistrado determinou ao SUS, o custeio do atendimento prestado aos pacientes intenados através do sistema universalizado cabendo à paciente arcar com a diferença resultante não só da acomodação como também dos serviços personalizados.

Revestem-se da mais alta relevância as liminares acima transcritas, porque reconhecem o direito do paciente ao atendimento médico e hospitalar, na condição de dependente do SUS, mesmo quando optante por acomodações diferenciadas e atribuem à Resolução 283 o verdadeiro sentido e a sua correta interpretação, que vinha sendo indevidamente manipulada e divulgada pelos dirigentes do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de estimular os atendimentos particulares e assim, limitar o número de beneficiários.

Márcia Tereza Cechetto
Assessora Jurídica da Federação
dos Hospitais e Estabelecimentos
Serviços de Saúde do Rio Grande
do Sul.

Transcrito de JORNAL DOS HOSPITAIS.

Jun/94

JUIZ FEDERAL AUTORIZA INTERNAÇÃO DE PACIENTE COM DIFERENÇA DE CLASSE

Baseado na Portaria Ministerial 283 (de 30/08/91), o Delegado Regional de Saúde da 3ª DRS - Pelotas, Dr. Luis Felipe Lopes Usiarroz, ao identificar **indícios de cobrança de diferença de classe**, determinou o corte de 114 AIH's do Hospital de Caridade de Canguçu, alegando que os pacientes do SUS não podem optar por acomodações diferenciadas.

Frente à iniciativa do Delegado, o Hospital, dirigido pelo Dr. Fernando de Mello Gomes, presidente do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimento de Serviços de Saúde da Região Sul, ingressou com Mandato de Segurança na Justiça Federal de Rio Grande, pleiteando a imediata entrega das AIH's sob o fundamento de que a Portaria 283 não impede a internação em acomodações diferenciadas, desde que, por opção do paciente. Alegou também, que o procedimento do Delegado Regional de Saúde contrariou o princípio constitucional que garante amplo direito de defesa.

O Juiz Eduardo Vandrê Oliveira Lema Garcia, da 1ª Vara Federal de Rio Grande, acolhendo a argumentação do hospital, deferiu liminar em 07/11/94, e determinou ao Delegado Regional da Saúde que procedesse a emissão das 114 AIH's em favor do Hospital de Caridade de Canguçu, liberando assim o pagamento dos atendimentos já realizados durante o mês de outubro.

O ocorrido vem apenas comprovar que o paciente tem liberdade de escolher acomodações diferenciadas, e que o hospital deve permitir, sem que isso cause nenhum prejuízo quanto ao recebimento dos pagamentos efetuados pelo SUS.

Transcrito de JORNAL DOS HOSPITAIS.
Nov/94

O PACIENTE TEM DIREITO DE ESCOLHER ACOMODAÇÕES DIFERENCIADAS

Em uma decisão inédita que pode vir a criar nova jurisprudência para casos semelhantes, a juíza em exercício na 2ª Vara da Fazenda Pública de Florianópolis, Vera Regina Bodin, concedeu, dia 13 de janeiro de 1995, liminar determinando aos hospitais de Santa Catarina que aceitem pacientes em acomodações diferenciadas, suspendendo, assim, a vigência da Resolução nº 283/91 do Inamps.

A liminar decorreu de ação civil movida pela Associação Catarinense de Medicina, através de seus advogados Welber Barral e Eduardo de Mello Souza, visando a suspender norma do SUS (Sistema Único de Saúde), que proibia a escolha de acomodação pelos pacientes. De acordo com interpretação dada à norma do Inamps pelas unidades hospitalares, os pacientes poderiam ficar gratuitamente em quartos coletivos. Caso optassem por quartos individuais, teriam que pagar todas as despesas, inclusive aquelas normalmente encampadas pelos SUS.

Os advogados da ACM argumentaram na petição que houve uma interpretação equivocada da norma, já que ela em nenhum momento proibia a escolha do paciente por quartos individuais. "E nem poderia, uma vez que isto violaria direitos da população. Direitos que resumem na garantia universal à saúde, na inexistência de lei vedando a opção e no direito básico do consumidor de ver respeitado o seu contrato com a Seguridade Social", alegam os advogados.

A decisão permitirá a todos os cidadãos que necessitem de atendimento hospitalar no Estado de Santa Catarina o direito de optar pelo tipo de atendimento que receberão (público ou particular), sem ter de suportar maiores ônus financeiros que o da diferença entre as acomodações que escolherem.

O secretário da ACM, Almir Gentil, frisa que esta foi a primeira decisão no País a suspender, no âmbito estadual, a eficácia, daquela determinação do SUS, e adianta que o passo seguinte é o ajuizamento de uma ação direta de inconstitucionalidade daquela resolução, para fazer valer essa decisão em todo o território nacional. "E, neste caso", diz Almir Gentil, "somente a AMB é que tem legitimidade para propor esse tipo de ação".

Transcrito de G.JAPM
Jan/95

OXIGÊNIO PRODUZIDO EM USINA CONCENTRADORA NÃO DEVE SER UTILIZADO

Parecer CFM

A AGA S. A. filial de Jaboatão dos Guaratapes-PE dirige-se ao Conselho Federal de Medicina com as seguintes indagações:

1 - O CFM permite aos Hospitais a utilização de oxigênio gasoso acondicionado em cilindros de alta pressão, produzido a partir de usina concentradora (P.S.A). Caso negativo, por que não, e quais as penalidades que o instituição pode sofrer em insistir no seu uso?

2 - O "Oxigênio P.S.A.", segundo a Resolução CFM 1355/92 exige um conjunto de medidas de segurança preventivas (Item 2, letras A, B e D). O fato desse tipo de oxigênio estar num cilindro de alta pressão, eventualmente dentro da pureza exigida pela farmacopéia brasileira (99%) o libera para uso medicinal, mesmo desprovido do conjunto de segurança retrocitado ?

As questões acima mencionadas serão analisadas e respondidas com base na Resolução CFM nº 1355/92.

Não recomenda-se a utilização do oxigênio produzido em usinas concentradoras de gás, acondicionados em cilindros de alta pressão, por serem tais recipientes desprovidos dos dispositivos de segurança preconizados na Resolução.

Tal processo impede a monitoração dos parâmetros estabelecidos, impossibilitando a análise correta da concentração de gases na mistura (oxigênio, argônio e nitrogênio), com aumento do risco desta mistura ser veículo de elementos poluentes.

Portanto, por ora, deve-se utilizar o gás produzido nas usinas concentradoras e daí distribuído através do sistema provido dos dispositivos de segurança sobejamente recomendados e conhecidos, motivos de estudos e parecer de Comissão de Normas Técnicas da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e do Ministério da Saúde. Quanto a penalidade, compete ao Diretor Técnico da instituição supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos do estabelecimento, zelando pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, visando assegurar condições adequadas de trabalho e meios imprescindíveis à boa prática médica.

Brasília-DF, 10 de janeiro de 1995.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/01/95

Jocy Furtado de Oliveira
Cons. Revisor

Arq. Cons. Region. Med do PR.
12: 122, 1995

O FANTASMA DAS DEMANDAS CONTRA MÉDICOS

Genival Veloso de França*

Estima-se existirem atualmente tramitando em nossos tribunais cerca de mil processos contra médicos, por alegadas más práticas no exercício profissional. Grande parte deles inclui a arguição de responsabilidade civil. Se não houver um trabalho bem articulado, os médicos, num futuro não muito distante, vão trabalhar pressionados por uma sociedade de inclinação litigiosa, voltada para a compensação, toda vez que os resultados não forem absolutamente perfeitos.

Há dois fatos que não podem passar despercebidos numa discussão como essa: primeiro, nem todo mau resultado é sinônimo de erro médico; segundo, não se deve omitir que a má prática médica exista e que os pacientes deixem de ser justamente reparados.

É também importante salientar que a boa prática médica é, sempre e sempre, decorrente de um equilíbrio entre as disponibilidades da técnica e da ciência e a arte do relacionamento médico-paciente. Nem sempre a solicitação de exames de alta complexidade é tudo. Isso não quer dizer que se deva deixar para trás o que existe de mais moderno e apropriado no atendimento às necessidades do paciente. Mas que toda essa "medicina armada" quando é exercida sem os cuidados de um bom relacionamento profissional - notadamente quando há um resultado adverso, não evita que o paciente busque compensação nos tribunais.

Com certeza, um paciente que tem no médico um amigo ou no profissional um confidente mais terá compreensão diante de um resultado atípico ou inesperado. Quando o paciente diz que seu médico "não lhe vê como pessoa", isto é meio-caminho para uma possível alegação de má prática, se esse resultado está aquém do desejado.

Algumas advertências

Uma coisa que não deve ser esquecida pelo médico é a permissão que se passou a chamar de "consentimento esclarecido". Nesses casos, leva-se em conta o "padrão do médico razoável" - que é o nível de informações daquilo que é comum para os outros médicos; e o "padrão do paciente razoável" - que é a informação capaz de ser entendida e que satisfará às expectativas dos pacientes nas mesmas circunstâncias.

* Professor Titular de Medicina Legal da UFPB

Desse modo, não é apenas a obtenção da assinatura do paciente, muitas vezes este está a caminho de uma sala de operações. Mas a revelação com detalhes compreensíveis e necessários, mesmo sabendo-se que um consentimento totalmente esclarecido nem sempre é possível. O que se espera é uma explicação do diagnóstico, dos procedimentos planejados, dos potenciais de risco e benefícios, dos tratamentos alternativos e do resultado esperado. É claro que a melhor forma de ter-se um consentimento correto é através das boas relações que venham se estabelecer numa harmônica convivência médico-paciente.

Entre outros cuidados, frente as possíveis alegações de má prática médica, está a obrigação de o médico registrar os eventos e informar aos pacientes ou seus familiares, toda vez que alguma complicação de tratamento ou da prática propedêutica possa ocorrer.

Se aberto o processo judicial, mesmo que o seu andamento seja demorado, não deve ser negligenciado. A situação de revel é muito comprometedor e desfavorável. Mais: o médico não pode considerar a existência de uma alegação de má prática como sinônimo de incompetência profissional. Nem, por outro lado, deve considerar o processo uma coisa sem importância, devendo ter em todos os casos um procurador legal, sabendo que as coisas do Direito são relativas à especialidade do advogado.

Os depoimentos das testemunhas e dos especialistas são muito importantes e constituem-se em evidências que certamente serão consideradas no julgamento.

Em alguns países, diante da possibilidade de maiores prejuízos emocionais ou financeiros e do risco de condenação no julgamento, é comum as partes serem motivadas a um acordo fora do tribunal. Nem sempre é recomendável esperar pelo "dia do julgamento" para provar que não se cometeu nenhum erro. Mesmo assim, isso é uma decisão muito pessoal, devendo ser analisada caso a caso e sempre com orientação de um procurador jurídico.

Lá, também, dá-se muito valor ao testemunho dos peritos médicos, levados por ambas as partes e representados por especialistas no assunto em litígio. Ainda que em alguns casos surjam os "peritos profissionais" - que sempre estão testemunhando em tribunais e sejam bastante conhecidos dos juizes e advogados -, em tese, podem eles contribuir decisivamente nos aspectos técnicos da questão, mesmo que o mérito da causa em análise seja da livre convicção do magistrado. Entre nós eles são chamados de "assistentes técnicos", agora disciplinados pelas inovações da Lei nº 8.455, de 24 de agosto de 1992. Excluiu-se desses assessores a suspeição e os impedimentos, a não ser por "evidentes e especiais motivos"; e durante a audiência de instrução e julgamento o juiz apenas inquirí-los, optando pelos esclarecimentos diretos.

O pior de tudo é que as possibilidades crescentes de queixas contrá má prática já começa a perturbar emocionalmente o médico, e que a sociedade passou a entender que isso vai redundar no aumento financeiro para o profissional e para o paciente.

Além disso também se começa a notar, entre outros, a aposentadoria precoce, o exagero dos pedidos de exames subsidiários mais sofisticados e a omissão em procedimentos de alto risco, contribuindo mais e mais para a consolidação da "medicina defensiva".

Mesmo que seja uma alternativa viável e honesta, a criação dos fundos mutuários coletivos para ressarcimento de dano, não contribui para a melhoria das relações médico-paciente nem com a qualidade da assistência médica. Apenas protege os interesses patrimoniais do médico e do cliente, o que, em parte, já é alguma coisa.

O que se deve fazer?

Falando sinceramente, não se tem ainda uma "receita" perfeita e acabada para solucionar tais problemas a curto prazo. Os pacientes estão sendo rejeitados, a medicina defensiva dobra seus custos de tratamento e o relacionamento do médico com seu paciente pode se transformar numa verdadeira tragédia.

Não será também por meio da criação de leis que tal questão será resolvida, nem com o protecionismo do chamado "espírito de corpo". Infelizmente os erros existem e os pacientes não podem ser mais vítimas do que são, em consequência dos danos causados por essa forma de má prática, principalmente quando ela traz o traço indelével de negligência e da imprudência.

Todavia, pode-se afirmar que é muito importante melhorar a relação médico-paciente, pois de um relacionamento afetivo e fraterno dificilmente sai uma demanda judicial. Ela é movida pelo doente ou seus familiares, quase sempre, como uma resposta às hostilidades de uma convivência tumultuada. Depois, fazer ver à sociedade que a saúde não é uma questão exclusiva dos médicos e que deve lutar pela melhoria das condições dos níveis de vida manifestando-se seriamente frustrada ante a crescente disparidade entre as possibilidades da ciência e o bem estar real.

Os médicos também terão de se orientar na profissão como quem exerce um ato político, em favor dos direitos que a cidadania conquistou nas lutas organizadas. Não basta apenas modificar a relação entre o homem e a natureza. Mas, mudar as relações sociais. O aparelho formador, por seu turno, necessita de reformas profundas e imediatas e, saber-se, pelo menos, que tipo de médico nós estamos formando. E buscar ainda as condições necessárias para um ensino público e gratuito de boa qualidade, voltado para as aspirações da hora presente.

Não esquecer as vantagens do ensino médico continuado e que a atividade médica não requer apenas uma habilitação legal, senão, ainda, o aprimoramento permanente frente as inovações surgidas. E, finalmente que os Conselhos de Medicina não negligenciem na sua ação fiscalizadora e insistam no papel pedagógico e doutrinador, a exemplo de alguns Regionais que já se mostram competentes e efetivos nessa forma de minimizar os maus resultados. Enfim, estes não interessam a ninguém: nem ao médico, nem à medicina, nem à sociedade.



ACORDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 014/89

DENUNCIANTE - M.J.P.A.
DENUNCIADO - Dr. E.E.E.R
RELATOR - Cons. Luiz Sallim Emed
REVISOR - Cons. Gerson Zafalon Martins
ACÓRDÃO - 005/94

EMENTA - DENÚNCIA - PARTO CESÁREO À TERMO - SÍNDROME DE "WEST" SECUNDÁRIA - LAUDO NEUROLÓGICO COM REFERÊNCIA A SOFRIMENTO FETAL HIPÓXICO-ISQUÊMICO - NEGLIGÊNCIA - ARTIGOS 57, 29 E 2º DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO.

A intercorrência registrada com o recém-nato não pode ser responsabilizada ao parto cesáreo efetuado, visto que toda a prova produzida aponta ter a criança nascido e tido alta em boas condições de saúde. Ademais, roborando tal assertiva, em momento algum os médicos, obstetra, auxiliar de cirurgia, pediatra de sala de parto, noticiaram em prontuário, da necessidade de qualquer tipo de cuidado especial à criança. Absolvição que se impõe por falta de elementos tipificadores da conduta prescrita pelos dispositivos legais invocados.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 014/89, em que figura como denunciante a Sra. M.J.P.A. e denunciado o Dr. E.E.E.R.,

ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado, Dr. E.E.E.R., de infração aos artigos 57, 29 e 2º do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 743, de 13 de junho de 1994.

Curitiba, 14 de junho de 1994.

Luiz Sallim Emed
Cons. Relator

Gerson Zafalon Martins
Cons. Revisor

Wadir Rúpolo
Cons. Presidente

Arq. Cons. Region. Med do PR.
12: 126, 1995

MÉDICOS JOGAM RESTOS MORTAIS EM LIXO DE RUA

RECIFE (AE) - Os médicos Hugo José de Farias e sua mulher Luciana Ribeiro do Vale Farias vão ser indiciados por crime contra a saúde pública e poderão perder o direito de exercer a profissão por terem colocado, anteontem à noite, um saco plástico com 10 quilos de restos humanos no depósito de lixo de um prédio residencial no bairro dos Afritos, no Recife.

Em depoimento à polícia, o médico explicou ter deixado o material do consultório da sua mulher, especialista em anatomia patológica, naquele local, porque ela não dispõe de incinerador. Dr. Hugo realiza exames de endoscopia digestiva e trabalha nos hospitais Agamenom Magalhães e Português.

Os pedaços de carne humana foram encontrados pela porteiro do Edifício Tramandaí, João Francisco da Silva, que viu um casal descer de uma Caravam preta e jogar o pacote no lixo. Ele foi olhar e, ao abrir o saco, viu um seio humano entre pedaços de carne que pareciam de animal.

Avisado pelo porteiro, o síndico do prédio, Clóvis Mariano Aguiar, chamou a polícia pela placa do carro que havia sido anotado. Os restos humanos foram enviados para o Instituto de Medicina Legal (IML) para se comprovar se eles oferecem risco de contaminação de alguma doença. De acordo com o comissário da Delegacia do Espinheiro, Antônio Marini Alves de Melo, a carne não cheirava mal porque estava com formol.

Foi aberto inquérito policial e a médica prestará depoimento na segunda-feira. O presidente do Conselho Regional de Medicina (CRM), Silo Holanda, disse que vai apurar o envolvimento ético dos médicos e garantiu que se for constatada alguma infração ao Código de Ética Médica, eles poderão sofrer punições que vão da advertência à cassação do exercício da profissão.

Holanda frisou que o procedimento médico correto é o de incinerar ou enterrar os restos humanos, nunca jogá-los em um lixo domiciliar.

Transcrito de GAZETA DO POVO.

05/12/94

Patologistas - Vamos tomar cuidados.

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

Não pratique nem indique atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.

A nova Constituição dá ao casal direito de utilizar métodos anticoncepcionais
Permanecem proibidos:
O aborto e a esterilização não terapêutica.

Só atribua insucessos à terceiros ou circunstâncias ocasionais, se puder provar.

O médico não pode delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

A INTEGRAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Luiz Karpovas*

A medicina dos anos 90 mostra uma característica que a diferencia das décadas anteriores. Cada especialidade médica tinha suas características específicas e as mentalidades acadêmicas e profissionais tudo faziam para manter sua independência cercando seu campo científico de atuação isolado do meio circundante.

A medicina, assim como as outras áreas de atividade humana, sofreu uma radical transformação a partir do momento em que a informática foi incorporada ao seu campo de atividade. Na Radiologia sua influência tornou-se efetiva a partir de meados da década de 70, com o advento da tomografia computadorizada e da ultra-sonografia diagnóstica. Outros setores também começaram a receber a contribuição da informática, como a Medicina Nuclear e a Radioterapia.

Os equipamentos médicos tornaram-se significativamente sofisticados e acabaram levando a acuidade diagnóstica a limites de eficiência que se aproximam hoje dos 100%. A partir daí acabaram-se os limites da especialidade. O desenvolvimento tecnológico avança em ritmo acelerado e, a todo momento, novas técnicas e novos meios de abordagem estão à disposição da Medicina para que se possa atingir em tempo curto, com segurança e pouca agressão física ao paciente, o diagnóstico correto do mal que aflige.

Isto acarretou à especialidade radiológica uma hipertrofia significativa a ponto de, hoje, não ser mais possível a um único profissional dominar todas as técnicas disponíveis. Consumou-se o desenvolvimento de departamentos por subespecialidade, integrados dentro de um mesmo espírito de formação científica, todos orientados de forma que o objetivo final seja o melhor manuseio do método diagnóstico por imagem.

Num primeiro momento sentimos que isto ocorria somente na área da Radiologia por ser uma especialidade ligada ao uso de equipamentos. O tempo mostrou que o mesmo nível de desenvolvimento, que atingiu os métodos diagnósticos por imagem, também exerceu significativa influência nas outras áreas de Medicina. Outras especialidades médicas do diagnóstico como a Endoscopia, por exemplo, também se tornaram sofisticadas e hoje apresentam a mesma problemática da nossa especialidade. Os métodos laparoscópicos, os recursos informatizados que hoje fazem parte da Patologia Clínica, a sofisticação matemática da abordagem de lesões por biópsias dirigidas por computador, e engenharia usada no desenvolvimento de próteses, os métodos cirúrgicos modernos e o planejamento científico das abordagens cirúrgicas deram hoje à medicina uma dimensão que tenta escapar de nosso controle.

As outras especialidades médicas, hoje, são um conglomerado de subespecialidades. Basta ver o que acontece com os múltiplos departamentos da Pediatria.

* Presidente do Colégio Brasileiro de Radiologia

Pois bem! Num primeiro momento as especialidades médicas eram estruturas independentes. O desenvolvimento levou a uma "fragmentação" da especialidade em múltiplos departamentos. E a coisa não pára por aí. Hoje, fortalece-se, cada vez mais, a necessidade de maior integração entre múltiplas especialidades.

O diagnóstico por imagem por exemplo, por ter participação decisiva na quase totalidade das especialidades, adquiriu um caráter multidisciplinar. Como exemplo a mamografia é um método diagnóstico cujo conhecimento deve fazer parte da bagagem do ginecologista e do mastologista. A ultra-sonografia tem importância fundamental nas diversas áreas da atividade clínica e cirúrgica. A ressonância magnética exerce uma influência muito grande no sistema músculo-esquelético, provocando uma maior integração entre os profissionais da imagem e os ortopedistas.

Ou seja, a mentalidade médica hoje, acompanhando as tendências mundiais, deve estar aberta para um novo tipo de convívio multidisciplinar. Não podemos e não devemos deixar de enxergar desta forma o desenvolvimento científico. Porém, um cuidado devemos tomar conta para que isto ocorra de forma satisfatória. Todo profissional que queira desenvolver um método que irá complementar a sua formação profissional deverá fazê-lo com o máximo rigor técnico e científico, seguindo à risca as determinações das sociedades de especialidades específicas de cada área que são, em última análise, quem estabelece as normas científicas reconhecidas universalmente. Não poderemos assumir o uso descuidado, não habilitado e indiscriminado dos meios científicos dentro da medicina que se pretende praticar nos anos 90.

Transcrito Jornal da APM do
SBPC - Informe.
Ago/94

**"Nada mais difícil de manejar,
mais perigoso de conduzir, ou de
mais incerto sucesso, do que
liderar a introdução de uma nova
ordem de coisas. Pois o inovador
tem contra si todos o que se
beneficiavam das antigas
condições e apoio apenas tñbio dos
que se beneficiarão com a nova
ordem"**

(Nicolau Maquiavel, 1459-1527)

FARMACÊUTICO

Processo nº 94.29980-0

Dispensa do farmacêutico hospitalar em pequenas unidades de saúde

Cuida-se, nestes autos, de medida cautelar inominada, com pedido de liminar, distribuída pelo Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Cínicas, Instituições Beneficentes, Religiosas e Filantrópicas do Estado de São Paulo - SINDHOSP, ao Conselho Regional de Farmácia - CRF do Estado de São Paulo, com o propósito de suspender a exigência de profissional farmacêutico como responsável técnico por dispensário de medicamentos nas pequenas unidades hospitalares; a suspensão da imposição de penalidade, de não renovação de alvará de licença de funcionamento às pequenas unidades hospitalares, que não possuem profissional farmacêutico, como responsável técnico em seu dispensário de medicamentos, bem como a suspensão de exigência de multas já aplicadas a hospitais, casas de saúde, clínicas e estabelecimentos afins.

Exame da questão discutida leva-me a concluir pela presença dos requisitos legais necessários para concessão da liminar, o que faço nos termos em que pleiteada.

A plausibilidade do direito evocado, vislumbro-a nas simples leitura dos textos legais trazidos à baila, bem como decisão também acostada aos autos.

O "periculum in mora" é evidente, eis que a obrigação de pagar as multas pode levá-las a serem executadas, bem como a não renovação dos alvarás de licença para funcionamento implicará a impossibilidade de exercício da atividade.

São Paulo, 15/12/95
Pedro Paulo Lazarano Neto
Juiz Federal

Transcrito de SAUDE HOJE.
Jan/95

RESTRIÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE PEDIATRIA

Parecer CRM/PR

1.- Trata o presente de consulta formulada a este Conselho pelo Dr. Edgard Luiz Westphalen, CRM 7622, da cidade de Londrina.

2.- Refere o Dr. Edgard estar sendo restringido no exercício de sua profissão, posto que tem sido impedido de exercer o atendimento a Recém Natos em Sala de Parto a pacientes do SUS e/ou convênio que não utilizem acomodações superiores.

3.- Em 17 de janeiro de 1994, a COFEP manda correspondência ao consulente que informa o nome do hospital a que se refere, bem como o respectivo Regimento Interno do Corpo Clínico.

4.- Em 02 de maio de 1994, o Dr Edgard atende à solicitação informando que o hospital que motivou a consulta foi a Santa Casa de Londrina, porém, o fato vem ocorrendo também em outros hospitais da cidade, como o Mater Dei e Evangélico de Londrina.

5.- Em 1º de junho de 1994, a COFEP solicita esclarecimentos ao Diretor Clínico da Santa Casa de Londrina (ISCAL), que em sua resposta, anexou expediente do Chefe do Serviço de Pediatria daquele hospital, que assim se manifestou:

"Já à alguns anos existe um acordo entre os pediatras de todos os grandes hospitais de Londrina com relação à atendimento em berçários e sala de parto, NÃO se faz distinção entre o convênio que o paciente possui (seja ele SUS ou outro qualquer). Qualquer pediatra de Londrina pode atender as gestantes, desde que esta paciente esteja em acomodação especial (apartamento, suítes, etc...), quando a paciente escolhe a ENFERMAIRA (seja ela SUS, CONVENIADA ou INDIGENTE) cabe ao plantonista dar o atendimento necessário, pois se assim não fosse, não haveria necessidade de escala de plantonista de berçário e na atual situação, ninguém se submeteria à atender somente pacientes do SUS. Por outro lado, o corpo clínico do berçário da SANTA CASA é aberto a qualquer colega que queira participar das escalas de plantão, bastando para isto que o colega faça um requerimento à Chefia do Serviço de Pediatria. Volto a insistir que jamais qualquer colega foi impedido de dar assistência a qualquer parturiente, desde que esta paciente esteja em apartamento ou em acomodação superior".

6.- Fica claro na resposta dada pelo Dr. Adilson Castro, Chefe do Serviço de Pediatria da ISCAL, que EXISTE restrição a atuação de colegas que pretendam atender recém natos, cujas mães não ocupem "acomodações superiores".

7.- O Artigo 25 do código de Ética Médica reza que é direito do médico "internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitando as normas técnicas da instituição". Em sua consulta Dr. Edgard deixa bem claro que é membro do corpo clínico.

8.- O Regulamento dos Serviços Médicos do Hospital da Santa Casa de Londrina, na Seção III "DO CORPO CLÍNICO" em seu artigo 38 define que : "são direitos do médicos:

I. Frequentar o hospital e usar todo seu aparelhamento, desde que devidamente habilitado para tal, necessário à assistência dos doentes sob sua responsabilidade.

II. Participar das reuniões e assembléias do Corpo Clínico, discutir e opinar sobre os assuntos em debate.

III. Internar seus pacientes particulares, dentro das possibilidades de acomodação do hospital".

9.- Quer nos parecer que por "pacientes particulares" o Regulamento se refere aos pacientes provenientes da sua própria clínica, pois não haveria respaldo ético ou legal, caso houvesse uma restrição ao atendimento baseado no poder de desembolso financeiro da paciente.

10.- Portanto, respondendo a indagação formulada pelo colega sobre se teria direito a dar atendimento ao parto de RN de gestante proveniente de sua clínica e que deseja o seu serviço profissional, a resposta é sim, este é um direito do médico consagrado no Código de Ética Médica e no Regulamento do Hospital.

O referido "acordo" - formal ou informal - "firmado pelos pediatras" (SIC) não pode contrariar os postulados daqueles citados documentos.

Curitiba, 16 de dezembro de 1994.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 20/03/95

Cons. Mário Lobato da Costa
Secretário da COFEP

VISITA A BEIRA DO LEITO DO PACIENTE POR AUDITORES DO SUS

Parecer CFM

Em 09/12/93 recebi a presente consulta, protocolada neste Conselho Federal sob nº 005030 em 22/11/93, originada da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, nos seguintes termos:

Considerando que o Mato Grosso do Sul é o único Estado onde o médico auditor não tem acesso ao paciente, à beira do leito, por determinação do Conselho Regional de Medicina;

Considerando que o número de fraudes contra o Sistema Único de Saúde é grande, apesar da análise total de prontuários pelos nossos auditores;

Solicitamos parecer desse Conselho no que diz respeito a visita à beira do leito, pelos nossos auditores aos pacientes usuários do SUS."

O termo auditoria significa, segundo mestre Aurélio, exame analítico e pericial. Assim, espera-se de quem pratica auditoria que possa analisar os atos auditados visando estabelecer um juízo crítico sobre eles. Para tal, deverá dispor necessariamente de um volume de informações que permita fundamentar uma correta apreciação dos fatos.

No meio médico, o termo auditoria foi massificado pela Previdência Social através dos extintos INPS e seu sucessor INAMPS. Com a implantação do SUS, tal atribuição tem sido gradativamente transferida para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Desprovida de maiores preocupações com a avaliação da qualidade da assistência prestada, a auditoria tem sido executada, na maioria das vezes, sob uma ótica predominantemente contábil e administrativamente. Contra isso insurge-se Genival Veloso de França, em seu livro *Direito Médico*, Fundo Editorial BYK, 5ª Edição, pg. 98:

"Não passa pois, necessariamente, pelo crivo da fiscalização ostensiva e do barateamento de custos, tentando projetar o bom padrão assistencial apenas em tempo de permanência, taxa de ocupação hospitalar, número de internações, movimentos estatísticos de cirurgias e relação exame complementar/paciente assistido, como quem simplesmente manipula uma empresa geradora de lucros, imbuída da pior mentalidade empresarial."

Desconhecemos os motivos que levaram o Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul a proibir o acesso dos auditores à beira do leito dos pacientes do SUS, conforme afirma o consulente, mas imaginamos dever-se a questões relacionadas ao sigilo profissional e a possíveis interferências por parte dos auditores na conduta diagnóstica e terapêutica adotada pelo médico assistente do paciente.

Concordando integralmente com a afirmação acima do ilustre mestre paraibano, necessário se faz reconhecer que, nos dias de hoje, a prestação da assistência médica, a par de seu

lado humanitário, tem também o caráter de uma relação de compra e venda entre as instituições prestadoras de serviços e os compradores desses mesmos serviços, no caso, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde como gestores do SUS.

Reconhecimento esse fato - concorde-se ou não com ele, necessário se faz admitir como ilícito que quem contrata um determinado serviço tem o direito de fiscalizar a sua prestação. Como consumidores entendemos tratar-se de um direito inerente ao próprio conceito de cidadania. Em se tratando de órgãos públicos, mais do que um direito, tal fiscalização por parte dos gestores assume caráter de obrigação na procura do bem zelar pela correta aplicação do dinheiro público.

Isto posto, analisemos os possíveis óbices que provavelmente motivaram o Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul a adotar o posicionamento mencionado na consulta.

Quanto ao sigilo profissional, lembramos que qualquer auditor está subordinado aos ditames do Código Penal, que, em seu artigo 154, pune com pena de detenção de 3 meses a 1 ano a revelação, sem justa causa, de "segredo que tenha ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem". Subsidiariamente, se médico, está o auditor sujeito a ação disciplinadora do Código de Ética Médica que contempla tal questão em seus artigos 11 e 102 a 109, além do milenar juramento de Hipócrates:

"O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo".

Quanto a possível interferência por parte do médico auditor na conduta diagnóstica ou terapêutica adotada pelo médico assistente, o Código de Ética Médica também regulamenta essa questão em seus artigos 8º, 19, 21, 42, 57, 76, 81, 85, 118 e 121.

Resumindo: o médico não pode renunciar a sua liberdade profissional; deve relacionar-se respeitosamente com outros médicos; Tem o direito de indicar os procedimentos adequados ao seu paciente; não pode praticar atos desnecessários ou proibidos; não pode deixar de utilizar todos os meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis ao seu alcance, desde que em benefício do paciente. Não pode, ainda, o médico (qualquer médico) impedir, por qualquer motivo, que um seu colega utilize as instalações e os recursos de uma instituição para beneficiar seu paciente; não pode alterar conduta de outro médico, salvo em situações de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar ao médico assistente de imediato do ocorrido; não pode utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir a prática ética da medicina e, finalmente, especificamente para quando em função de perito ou auditor, não pode (o médico) deixar de atuar com isenção nem ultrapassar os limites de suas atribuições e competências e tão pouco fazer qualquer apreciação sobre conduta de outro médico em presença do paciente. Julgamos que tais disposições do nosso Código de Ética Médica são suficientes para dirimir possíveis dúvidas na atuação de auditores e auditados.

Por oportuno, convém ressaltar que tais princípios estão agasalhados no documento "Roteiro de Controle de Avaliação - Assistência Hospitalar, SIH - SUS", do Ministério da Saúde:

1 - JUNTO A PACIENTES INTERNADOS

É o controle e avaliação que se faz durante a assistência médica hospitalar do paciente.

O médico avaliador de posse dos dados de anamnese e exame físico colhidos, confronta com o prontuário elaborado pelo médico assistente, e os serviços hospitalares complementares.

Ao chegar ao hospital, deve dirigir-se ao Diretor Clínico ou médico assistente e com permissão destes aos postos de enfermagem das unidades de internação, enfermarias, apartamentos, UTI, unidades de pediatria, etc., e solicitar o prontuário dos pacientes internados.

Para amostragem visitar 20% dos pacientes internados ou mais se as irregularidades encontradas justificarem.

Este controle e avaliação compreende:

- A) Exame do paciente;
- B) Análise do prontuário médico-hospitalar

2 - EXAME DO PACIENTE

O médico avaliador deve, antes de iniciar suas atividades junto ao paciente, identificar-se, informar sua função e solicitar permissão para executá-la. Caso o paciente não concorde, interromper sua visita e registrar em seu relatório. O avaliador nunca deve realizar anamnese e exame físico sem permissão do paciente. Após a identificação e a permissão, realizar exame físico não deixando de observar que o pudor merece maior respeito mesmo em se tratando de crianças. Ao exercer sua função o avaliador deve desprender-se do espírito de camaradagem, procurando agir com consciência e imparcialidade. O que tiver conhecimento através de seu exame e observação, deverá guardar sigilo absoluto.

Não formular junto ao paciente, familiares, funcionários do hospital ou qualquer pessoa envolvida, comentários ou críticas da assistência médico hospitalar que está sendo prestada por mais absurda que pareça."

Assim sendo, entendo que o médico auditor tem o direito de examinar o paciente, à beira do leito, como condição necessária ao bom desempenho de suas funções. Se assim não o fizer poderá até estar sendo negligente. Porém ao exercer tal direito, estará também comprometido com a fiel observância do que determinam a Lei, o Código de Ética Médica e as Normas Técnicas do SUS, podendo ser responsabilizado penal, ética e administrativamente por deslizes que venha a cometer.

É parecer, "sub censura".

Brasília, 07 de janeiro de 1993.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/01/94

Nei Moreira da Silva
Cons. Relator

Nota: a respeito do assunto vide "Arquivo" nºs 1 -21-23 -31/32

O ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE AO PACIENTE TERMINAL E A MORTE

Cícero de Andrade Urban*

A morte, de forma paradoxal, é pouco abordada dentro da graduação do curso de Medicina. Os estudantes aprendem uma série enorme de doenças, algumas bastante raras, com valor mais acadêmico do que prático e esquecem de lhes ensinar a maneira de atuar com pacientes terminais e de se conduzirem diante da morte.

A própria iniciação dentro da Medicina se faz com a morte, já nos primeiros dias de faculdade. O contraste entre o júbilo de ter adentrado à faculdade de Medicina e a visão dos cadáveres na sala de Anatomia é quase inevitável. Florêncio Escardó, pediatra uruguaio, advogava que o curso de Medicina deveria iniciar-se com o estudo da criança sadia, o estudo da vida.

O mecanismo de defesa utilizado pela grande maioria dos estudantes para vencer essa difícil etapa é inconscientemente tratar os cadáveres como meras peças de estudo. Esquecer-se da origem humana humilde e sofredora daqueles que involuntariamente cederam seus corpos inominados à Medicina é a maneira de atenuar seus primeiros conflitos no curso.

Passada essa fase inicial, o estudante, dentro dos seus estágios, entrará em contato com seus primeiros pacientes e deparar-se-á com aqueles onde a ciência médica quase nada pode fazer - os pacientes terminais. Esses, no entanto, poderão se apresentar de formas bastante diferentes. Recordo-me, por exemplo, de um paciente com câncer de esôfago avançado que apresentava somente disfagia a sólidos e um pouco de emagrecimento. Sem nada saber sobre sua verdadeira doença, fazia planos para o futuro e acreditava que estaria curado após sua tunelização esofágica. Não parecia estar doente. Ao lado desse tipo de paciente existem outros que passam grandes períodos de tempo dentro dos hospitais, muitas vezes entubado, com sondas, alimentação enteral, parenteral, mantidos com inúmeras drogas, em um processo longo e contínuo de sofrimento à espera da morte, distante de suas casa e familiares.

Demorei muito para entender o papel do médico e do próprio estudante de Medicina para com esses pacientes e essa dúvida gerava uma grande angústia ao atendê-los. Muito mais do que receitar drogas, calcular doses, passar sondas ou entubar, a verdadeira função do médico e do estudante é simplesmente a de ser humano. Dar atenção, escutar as queixas e as dúvidas do doente e de seus familiares e estar disponível são as melhores terapias.

Mas, dentre todas essas situações, a mais complexa talvez seja a verificação do óbito, realizada esporadicamente pelos estudantes. Sozinhos e com pouca experiência, enfrentam o pesado encargo de determinar o diagnóstico da morte e informar a família.

* Acadêmico do 9º período do Curso de Medicina da UFPR

A imagem da morte sempre foi associada ao fracasso e à impotência da Medicina e se ela ocorre em crianças e jovens gera ainda um sentido de culpa não racionalizado, levando à angústia e revolta nos estudantes, pois invariavelmente ocorre a identificação. Nos pacientes idosos ou que apresentaram um grande sofrimento precedendo à morte a aceitação de torna mais fácil.

A dificuldade maior ocorre no encontro com a família. No meu caso, eu ficava muito ansioso à procura de palavras que poderia usar naquele momento, tentando resolver o que não poderia ser resolvido. Entretanto, não cabe ao médico nem ao estudante de Medicina consolar a família. Nossa função nessa hora tão difícil é dar conforto à família e isso pode ser feito através de um gesto, um afago ou mesmo de um olhar. Nem sempre as palavras são necessárias.

O médico também pode confortar a família estando presente no funeral do seu paciente. Traduz dessa maneira um profundo respeito e consideração do médico com o seu paciente até mesmo no seu último momento. Quão singela é essa informação para ser esquecida durante os seis anos do curso médico !

Boa parte dos conflitos e dúvidas que surgem no atendimento dos pacientes terminais e da morte podem ser atenuados através de algumas informações simples que não ocupariam mais de uma aula dentro do curso médico. Evidentemente que as dificuldades continuarão existindo, mesmo entre profissionais e professores, visto que essas situações confrontam com valores individuais e com nossa própria existência, mas se tornam mais acentuadas quando precisamos aprender sozinhos. Afinal, compreender e aceitar a morte também faz parte da formação médica.

ESTUDANTE DE MEDICINA

Resolução CFM nº 663/75

Resolve:

- 1 - Determinar aos médicos que mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina no trato com os doentes;
- 2 - Determinar aos médicos que nessa supervisão procurem sempre fazer conhecidas dos estudantes de medicina todas as implicações éticas dos diferentes procedimentos e das diferentes situações encontradas no trato dos doentes;
- 3 - Determinar aos médicos que procurem fazer conhecidas dos estudantes de medicina sob sua supervisão, as altas responsabilidades sociais da medicina e dos médicos em particular.

.....

CRIME DO AVENTAL BRANCO

Gilberto Dimenstein*

BRASÍLIA - Uma modalidade de corrupção, dissemina-se nos hospitais brasileiros, envolvendo médicos e suas equipes de assistentes. É o que poderíamos chamar de crime do avental branco. Palavra do ministro Adib Jatene em contato com esta colúna.

O paciente é internado num hospital privado conveniado com o Sistema Único de Saúde. Ou seja, não deve, por lei pagar nada. Mas médicos antes da operação cobram por fora - essa prática, aliás, é conhecida do empresário Antônio Ermírio de Moraes, superintendente do Beneficência Portuguesa, de São Paulo.

Os médicos responsabilizam o governo, alegando que recebem pouco por consulta ou operação. Segundo Adib Jatene, paga-se R\$ 2,00 por cada consulta.

Os classificados dos jornais de Brasília anunciam, por exemplo, que cada minuto para o "disque-paquera" custa R\$ 2,86. ou seja, mais do que a consulta paga ao médico que, pelo jeito, também não deve mesmo gastar mais de um minuto com os pacientes.

Os classificados dos jornais permitem uma comparação ainda mais desoladora. Se um médico dá 20 consultas por dia, ele vai ganhar o mesmo que uma garota de programa em uma hora.

A idéia de Jatene é transformar o ilegal em norma: permitir que os médicos possam cobrar do paciente internado pelo Sistema Único de Saúde. Cada hospital trataria de descobrir a fórmula adequada, levando em conta o poder aquisitivo do doente.

O fato: como está, os médicos, na prática, cobram uma propina. Imaginam-se desculpados porque o governo paga mal. Acontece que se a empregada de um deles mexer na bolsa da patroa, não vão gostar da desculpa do baixo salário. A empresa, aqui, foi até mais, digamos, humanista, apesar de obviamente condenável.

Um médico negocia com o indivíduo fragilizado, capaz de fazer qualquer coisa para salvar-se. É algo parecido ao bombeiro apagar o incêndio de uma casa, mas apresentar antes a conta.

PS - Jatene recebeu carta de três páginas de um médico aposentado de 73 anos - ele pagou R\$ 2,00 por cada página datilografada por uma secretária. Em seu "PS", o médico lembra que aquela carta custou três consultas.

* Articulista da Folha de São Paulo

EXPERIÊNCIAS AMERICANAS ATINGEM MEIO MILHÃO

Informes secretos apresentados ao Congresso norte-americano confirmam que o governo dos EUA fez experiência com radioatividade e substâncias químicas e bacteriológicas, entre os anos 1940 e 1974, que atingiram involuntariamente mais de meio milhão de pessoas. As informações foram passadas aos congressistas pelo General Accounting Office (GAO), órgão governamental de controle do Estado, em uma audiência pública.

"Esta audiência parece sair de uma novela de ficção científica. Os cidadãos deste país não podiam imaginar que seu governo tivesse sido capaz de fazer algo semelhante", exclamou o deputado John Conyers, presidente da subcomissão de segurança nacional.

Entre os experimentos que agora são divulgados, está um realizado pelo exército entre 1949 e 1969. Em Detroit, Saint Louis, e outras 237 cidades do país, foi lançado, por aviões, uma substância cancerígena para estudar sua dispersão pelo vento.

Em outra ocasião, segundo os documentos apresentados, entre os anos de 1957 e 1958, um avião de transporte C-119, "desde as Montanhas Rochosas até o Oceano Atlântico, e do Canadá até o México", lançou toneladas de um produto químico conhecido por sua ação causadora de danos pulmonares. Em 1953, uma escola de Mineápolis foi "inundada" por essa mesma substância.

"Foi difícil determinar a ação da substância na saúde das pessoas", disse o assistente do GAO, Franck Conaban. "Quando foram feitas as experiências, houve vítimas imediatas, com mortos, feridos e doentes. Em muitos outros casos, só se conheceram os efeitos anos mais tarde", completou ele.

Em quase todos os casos, as cobaias humanas desconheciam a experiência ou não sabiam da gravidade dos riscos que corriam. Muitas experiências foram dirigidas aos setores mais vulneráveis da população, como os presos e os doentes de hospitais.

Os responsáveis do GAO informaram que apenas apresentaram o primeiro quadro geral das experiências secretas realizadas durante a Guerra Fria, mas que faltam muitos outros dados. "A quantidade de experiências e de pessoas envolvidas aumentará muito à medida em que a CIA, o Departamento de Energia, a Nasa e outros departamentos do governo forneçam suas informações", afirmou o representante do órgão governamental.

Transcrito da Gazeta do Povo
Dez/94

TROCA DE ESPERMA GERA CRISE EM ROMA

ROMA - Um médico italiano que dirige uma clínica de fertilidade em Nápoles esta sendo acusado de fraude por ter, segundo se alega, substituído o esperma do pai biológico por esperma geneticamente defeituoso de um doador, informou anteontem o jornal italiano "IL Messaggero". O jornal disse que a substituição só foi descoberta depois que a criança nasceu com a doença talassemia, um tipo de anemia crônica herdada, conhecida também com anemia mediterrânea.

A justiça italiana mandou fechar a clínica do doutor Raffaele Magli, e intimou-o a se apresentar ao tribunal a 4 de outubro próximo, sob a acusação de fraude e danos criminosos.

"Ele decidia a paternidade usando o esperma de apenas dois doadores, sempre os mesmos, com o resultado de que centenas ou milhares de pessoas nasceriam com a mesma constituição genética", disse um dos magistrados, Nicola Ciccarelli.

Roberto e Cristina Minucci, os pais de Giada Minucci, de três anos, acusaram o médico, em junho passado, de ter substituído o esperma de Roberto pelo de um doador, em junho, sem o conhecimento do casal.

Magli, de seu lado, disse ao jornal que as acusações contra ele eram uma tentativa dos pais da criança de chantageá-lo. "Não é culpa minha, Giada é produto de um caso extra-conjugal. Eles tentaram me extorquir um bilhão de liras - US\$ 588 mil - para que não me fizessem acusações que iriam me prejudicar profissionalmente", afirmou Magli.

Os Minucci reagiram às afirmações de Magli abrindo também um processo por calúnia contra ele. Ciccarelli descreveu Magli como "um aprendiz de feiticeiro que constitui um perigo para o público".

Ele informou também que esse tipo de caso é algo tão novo que sequer existem leis tratando desses crimes, e que Magli será processado por acusações menos graves, de fraude e danos. "Magli criou bebês doentes, destinados a sofrer e talvez a morrer", assinalou Ciccarelli.

As clínicas de fertilidade fazem bons negócios na Itália, onde a anarquia de normas permite que médicos tratem inclusive pacientes, em casos nos quais normalmente, os clientes seriam advertidos de que um tratamento para fertilidade é impossível.

Observadores assinalaram que os altos honorários dos médicos - a Promotoria afirma que Magli tinha mais de US 3,8 milhões em sua conta corrente em 1991, quando iniciou o tratamento do casal Minucci - são um fator que pode ter levado o acusado a resolver "simplificar" as coisas. Assim, ele utilizaria outro esperma, aparentemente sadio, quando não parecia haver esperanças de sucesso com o esperma do cliente que desejava ser pai.

Transcrito Gazeta do Povo
Abr/95

PERÍCIA MÉDICA

PERÍTO

O médico deve atuar com absoluta isenção quando designado para perito ou auditor

AUDITOR

O médico auditor deverá guardar sigilo absoluto sobre o que tiver conhecimento através de exames e observações.

AUDITOR

O auditor deve, antes de qualquer atitude, informar sua missão à pessoa a ser examinada. Não levar adiante sua missão se houver recusa do paciente.

AUDITOR

Os auditores não devem, interferir no atendimento médico que esta sendo prestado, salvo se julgarem conveniente ao doente. Devem então discutir com o diretor clínico e o médico, fazendo relatório escrito.

LEI CRIA NORMAS PARA USO DAS TÉCNICAS DE ENGENHARIA GENÉTICA

--- Lei nº 8.974, de janeiro de 1995 ---

Regulamenta os incisos II e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados, autoriza o Poder Executivo a criar, no âmbito da Presidência da República, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, e dá outras Providências.

O P R E S I D E N T E D A R E P Ú B L I C A

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

Art. 1º Esta Lei estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização no uso das técnicas de engenharia genética na construção, cultivo, manipulação, transporte, comercialização, consumo, liberação e descarte de organismo geneticamente modificado (OGM), visando a proteger a vida e a saúde do homem, dos animais e das plantas, bem como o meio ambiente.

Art. 2º As atividades e projetos. Inclusive os de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico e de produção industrial que envolvam OGM no território brasileiro ficam restritos ao âmbito de entidades de direito público ou privado, que serão tidas como responsáveis pela obediência aos preceitos desta Lei e de sua regulamentação, bem como pelos eventuais efeitos ou conseqüências advindas de seu descumprimento.

§ 1º Para os fins desta Lei consideram-se atividades e projetos no âmbito de entidades como sendo aqueles conduzidos em instalações próprias ou os desenvolvidos alhures sob a sua responsabilidade técnica ou científica.

VII - encaminhar à CTNBio, para emissão de parecer técnico, todos os procesos relativos a projetos e atividades que envolvam OGM;

VIII - encaminhar para publicação no Diário Oficial da União resultado dos processos que lhe forem submetidos a julgamento, bem como a conclusão do parecer técnico;

IX - Aplicar as penalidades de que trata esta Lei nos arts. 11 e 12.

III - encaminhar à CTNBio os documentos cuja relação será estabelecida na regulamentação desta Lei, visando a sua análise e a autorização do órgão competente quando for o caso;

IV - manter registro do acompanhamento individual de cada atividade ou projeto em desenvolvimento envolvendo o OGM;

V - notificar à CTNBio, as autoridades de Saúde Pública e às entidades de trabalhadores, o resultado de avaliações de risco a que estão submetidas as pessoas expostas, bem como qualquer acidente ou incidente que possa provocar a disseminação do agente biológico;

§ 2º As atividades e projetos de que trata este artigo são vedados a pessoas físicas enquanto agentes autônomos independentes, mesmo que mantenham vínculo empregatício ou qualquer outro com pessoas jurídicas.

§ 3º As organizações públicas privadas, nacionais ou internacionais, financiadoras ou patrocinadoras de atividades ou de projetos referidos neste artigo, deverão certificar-se da idoneidade técnico-científica e da plena adesão dos entes financiados, patrocinados, conveniados ou contratados às normas e mecanismo de salvaguarda previstos nesta Lei, para o que deverão exigir a apresentação do Certificado de Qualidade em Biossegurança de que trata o art. 6º, inciso XIX, sob pena de se tornarem co-responsáveis pelos eventuais efeitos advindos de seu descumprimento.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, define-se:

I - **organismo** - toda entidade biológica capaz de reproduzir e/ou de transferir material genético, incluindo vírus, prions e outras classes que venham a ser conhecidas;

II - **ácido desoxirribonucléico (ADN), ácido ribonucleico (ARN)** - material genético que contém informações determinantes dos caracteres hereditários transmissíveis à descendência;

III - **moléculas de ADN/ARN recombinante** - aquelas manipuladas fora das células vivas, mediante a modificação de segmentos de ADN/ARN natural ou sintético que possam multiplicar-se em uma célula viva, ou ainda, as moléculas de ADN/ARN resultantes dessa multiplicação. Consideram-se, ainda, os segmentos de ADN/ARN sintéticos equivalentes aos de ADN/ARN natural;

IV - **organismo geneticamente modificado (OGM)** - organismo cujo material genético (ADN/ARN) tenha sido modificado por qualquer técnica de engenharia genética;

V - **engenharia genética** - atividade de manipulação de moléculas ADN/ARN recombinante.

Parágrafo único. Não são considerados como OGM aqueles resultantes de técnicas que impliquem a introdução direta, num organismo, de material hereditário, desde que não envolvam a utilização de moléculas de ADN/ARN recombinante ou OGM, tais como: fecundação in vitro, conjugação, transdução, transformação, indução poliplóide e qualquer outro processo natural.

Art 4º Esta Lei não se aplica quando a modificação genética for obtida através das seguintes técnicas, desde que não impliquem a utilização de OGM como receptor ou doador:

I - mutagênese;

II - formação e utilização de células somáticas de hibridoma animal;

III - fusão celular, inclusive a de protoplasma, de célula vegetais, que possa ser produzida mediante métodos tradicionais de cultivo;

IV - autoclonação de organismos não-patogênicos que se processe de maneira natural.

Art. 5º (VETADO)

Art. 6º (VETADO)

Art. 7º Caberá, dentre outras atribuições, aos órgãos de fiscalização do Ministério da Saúde, do Ministério da Agricultura, do Abastecimento e da Reforma Agrária e do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, dentro do campo de suas competências, observado o parecer técnico conclusivo da CTNBio e os mecanismos estabelecidos na regulamentação desta lei:

I - (VETADO)

II - a fiscalização e a monitoração de todas as atividades e projetos relacionados a OGM do Grupo II;

III - a emissão do registro de produtos contendo OGM ou derivados de OGM a serem comercializados para uso humano, animal ou em plantas ou para liberação no meio ambiente;

IV - a expedição de autorização para o funcionamento de laboratório, instituição ou empresa que desenvolverá atividades relacionadas a OGM;

V - a emissão de autorização para a entrada no País de qualquer produto contendo OGM ou derivado de OGM;

VI - manter cadastro de todas as instituições e profissionais que realizem atividades e projetos relacionados a OGM no território nacional;

Art. 8º É vedado, nas atitudes relacionadas a OGM:

I - qualquer manipulação genética de organismos vivos ou o manejo *in vitro* de ADN/ARN natural ou recombinante, realizados em desacordo com as normas previstas nesta lei;

II - a manipulação genética de células germinais humanas;

III - a intervenção em material genético humano *in vitro*, exeto para o tratamento de defeitos genéticos, respeitando-se princípios éticos, tais como o princípio de autonomia e o princípio de beneficência e com a aprovação prévia da CTNBio;

IV - a produção, armazenamento ou manipulação de embriões humanos destinados a servir como material biológico disponível;

V - a intervenção *in vivo* em material genético de animais, excetuados os casos em que tais intervenções se constituam em avanços significativos na pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, respeitando-se princípios éticos, tais como o princípio da responsabilidade e o princípio da prudência, e com aprovação prévia da CTNBio;

VI - a liberação ou o descarte no meio ambiente de OGM em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio e constantes na regulamentação desta Lei.

§ 1º Os produtos contendo OGM, destinados à comercialização ou industrialização, provenientes de outros países, só poderão ser introduzidos no Brasil após o parecer prévio conclusivo da CTNBio e a autorização do órgão de fiscalização competente, levando-se em consideração pareceres técnicos de outros países, quando disponíveis.

§ 2º Os produtos contendo OGM, pertencentes ao Grupo II conforme definido no Anexo I desta Lei, só poderão ser introduzidos no Brasil após o parecer prévio conclusivo da CTNBio e a autorização do órgão de fiscalização competente.

§ 3º (VETADO)

Art. 9º Toda entidade que utilizar técnicas e métodos de engenharia genética deverá criar uma Comissão de Biossegurança (CIBio), além de indicar um técnico principal responsável por cada projeto específico.

Art. 10 Compete à Comissão Interna de Biossegurança (CIBio) no âmbito de sua instituição:

I - manter informados os trabalhadores, qualquer pessoa e a coletividade, quando suscetíveis de serem afetados pela atividade, sobre todas as questões relacionadas com a saúde e a segurança, bem como sobre os procedimentos em caso de acidentes;

II - estabelecer programas preventivos e de inspeção para garantir o funcionamento das instalações sob sua responsabilidade, dentro dos padrões e normas de biossegurança, definidos pela CTNBio na regulamentação desta Lei;

VI - Investigar a ocorrência de acidentes e as enfermidades possivelmente relacionados a OGM, notificando suas conclusões e providências à CTNBio.

Art. 11. Constitui infração, para os efeitos desta Lei, toda ação ou omissão que importe na inobservância de preceitos nela estabelecidos, com exceção dos § 1º e 2º e dos incisos de II e VI do art. 8º, ou na desobediência às determinações de caráter normativo dos órgãos ou das autoridades administrativas competentes.

Art. 12. Fica a CTNBio autorizada a definir valores de multa a partir de 16.110.80 UFIR, a serem aplicadas pelos órgãos de fiscalização referidos no art. 7º, proporcionalmente ao dano direto ou indireto, nas seguintes infrações:

I - não obedecer às normas e aos padrões de biossegurança vigentes;

II - implementar projeto sem providenciar o prévio cadastramento da entidade dedicada à pesquisa e manipulação de OGM, e de seu responsável técnico, bem como da CTNBio;

III - liberar no meio ambiente qualquer OGM sem aguardar sua prévia aprovação, mediante publicação no Diário Oficial da União;

IV - operar os laboratórios que manipulam OGM sem observar as normas de biossegurança estabelecidas na regulamentação desta Lei;

V - não investigar, ou fazê-lo de forma incompleta, os acidentes ocorridos no curso de pesquisas e projetos na área de engenharia genética, ou não enviar relatório respectivo à autoridade competente no prazo máximo de 5 (cinco) dias a contar da data do transcorrido o evento;

VI - implementar projeto sem manter registro do seu acompanhamento individual;

VII - deixar de notificar, ou fazê-lo de forma não imediata, à CTNBio e às autoridades de Saúde Pública, sobre acidente que possa provocar a disseminação de OGM;

VIII - Não adotar os meios necessários à plena informação da CTNBio, das autoridades de Saúde Pública, da coletividade, e dos demais empregados da instituição ou empresa, mais os riscos que estão submetidos, bem como os procedimentos a serem tomados, no caso de acidentes;

IX - qualquer manipulação genética de organismo vivo ou manejo *in vitro* de ADN/ARN natural ou recombinante, realizados em desacordo com as normas previstas nesta Lei e em sua regulamentação.

§ 1º No caso de reincidência, a multa será aplicada em dobro.

§ 2º No caso de infração continuada, caracterizada pela permanência ou omissão inicialmente punida, será a respectiva penalidade aplicada diariamente até cessar sua

causa, sem prejuízo da autoridade competente, podendo paralisar a atividade imediatamente e/ou interditar o laboratório ou a instituição ou empresa responsável.

Art. 13. Constituem crimes:

I - a manipulação genética de células germinais humanas;

II - a intervenção em material genético humano *in vivo*, exceto para o tratamento de defeitos genéticos, respeitando-se princípios éticos tais como o princípio de autonomia e o princípio de beneficência e com a aprovação prévia da CTNBio:

Pena - detenção de três meses a um ano.

§ 1º Se resultar em:

- a) incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias;
- b) perigo de vida;
- c) debilidade permanente de membro, sentido ou função;
- d) aceleração do parto;

Pena - reclusão de um a cinco anos.

§ 2º Se resultar em:

- a) incapacidade permanente para o trabalho;
- b) enfermidade incurável;
- c) perda ou inutilização de membro, sentido ou função;
- d) deformidade permanente;

Pena - reclusão de dois a oito anos.

§ 3º Se resultar em morte:

Pena - reclusão de seis a vinte anos.

III - a produção, armazenamento ou manipulação de embriões humanos destinados a servirem como material biológico disponível:

Pena - reclusão de seis a vinte anos.

IV - a intervenção *in vivo* em material genético de animais, excetuado os casos em que tais intervenções se constituam em avanços significativos na pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, respeitando-se princípios éticos, tais como o princípio da responsabilidade e o princípio da prudência, e com aprovação prévia da CTNBio:

Pena - detenção de três meses a um ano.

V - a liberação ou o descarte no meio ambiente de OGM em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio e constantes na regulamentação desta Lei.

Pena - reclusão de um a três anos:

§ 1º Se resultar em:

- a) lesões corporais leves;
- b) perigo de vida;

- c) debilidade permanente de membro, sentido ou função;
 - d) aceleração de parto;
 - e) dano à propriedade alheia;
 - f) dano ao meio ambiente
- Pena - reclusão de dois a cinco anos.

§ 2º Se resultar em:

- a) incapacidade permanente para o trabalho;
 - b) enfermidade incurável;
 - c) perda ou inutilização de membro, sentido ou função;
 - d) deformidade permanente;
 - e) aborto;
 - f) inutilização de propriedade alheia;
 - g) dano grave ao meio ambiente;
- Pena - reclusão de dois a oito anos.

§ 3º Se resultar em morte:

Pena - reclusão de seis a vinte anos.

§ 4º Se a liberação, o descarte no meio ambiente ou a introdução no meio de OGM for culposo:

Pena - reclusão de um a dois anos.

§ 5º Se a liberação, o descarte no meio ambiente ou a introdução no País de OGM for culposa, a pena será aumentada de um terço se o crime resultar de inobservância de regra técnica de profissão.

§ 6º O ministério Público da União e dos Estados terá legitimidade para propor ações de responsabilidade civil e criminal por danos causados ao homem, aos animais, às plantas e ao meio ambiente, em face do descumprimento desta Lei.

Art. 14. Sem obstar a aplicação das penas previstas nesta Lei, é o autor obrigado, independente da existência de culpa, a indenizar ou reparar os danos causados ao meio ambiente e a terceiros, afetados por sua atividade.

Disposições Gerais e Transitórias

Art. 15. Esta Lei será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias a contar da data desta publicação.

Art. 16. As entidades que estiverem desenvolvendo atividades reguladas por esta Lei na data de sua publicação, deverão adequar-se às suas disposições no prazo de cento e vinte dias, contados da publicação do decreto que a regulamentar, bem como apresentar relatório circunstanciado dos produtos existentes, pesquisas ou projetos em andamento envolvendo OGM.

Parágrafo único. Verificada a existência de riscos graves para a saúde do homem ou dos animais, para as plantas ou para o meio ambiente, a CTMBio determinará a paralisação imediata da atividade.

Art. 17. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 5 de janeiro de 1995; 174ª da Independência da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson Jobim

José Eduardo De Andrade Vieira

Paulo Renato Souza

Adib Jatene

José Israel Vargas

Gustavo Krause

ANEXO I

Para efeito desta Lei, os organismos geneticamente modificados classificam-se da seguinte maneira:

Grupo I: compreende os organismos que preenchem os seguinte critérios:

A. Organismos receptor ou parental
não-patogênico;

isento de agentes adventícios;

com amplo histórico documentado de utilização segura, ou a incorporação de barreiras biológicas que, sem interferir no crescimento ótimo em reator ou fermentador, permita uma sobrevivência e multiplicação limitadas, sem efeitos negativos para o meio ambiente.

B. Vetor/inserto

- deve ser adequadamente caracterizado e desprovido de seqüências nocivas conhecidas;

- deve ser de tamanho limitado, no que for possível, à seqüências genéticas necessárias para realizar a função projetada;

- não deve incrementar a estabilidade do organismo modificado no meio ambiente;

- deve ser escassamente mobilizável;

- não deve transmitir nenhum marcador de resistência a organismos que, de acordo com os conhecimentos disponíveis, não o adquira de forma natural.

C. Organismos geneticamente modificados:
- não-patogênico;
- que ofereçam a mesma segurança que o organismo receptor ou parental no reator ou fermentador, mas com sobrevivência e/ou multiplicação limitadas, sem efeitos negativos para o meio ambiente.

D. Outros organismos geneticamente modificados que poderiam incluir-se no Grupo I, desde que reúnam as condições estipuladas no item C anterior;
- microorganismos construídos inteiramente a partir de um único receptor procarionótico (incluindo plasmídeos e vírus endógenos) ou de um único receptor eucariótico (incluindo seus cloroplastos, mitocôndrias e plasmídeos, mas excluindo os vírus) e organismos compostos inteiramente por seqüências genéticas de diferentes espécies que troquem tais seqüências mediante processo fisiológicos conhecidos.

Grupo II: todos aqueles não incluídos no Grupo I.

ENGENHARIA GENÉTICA

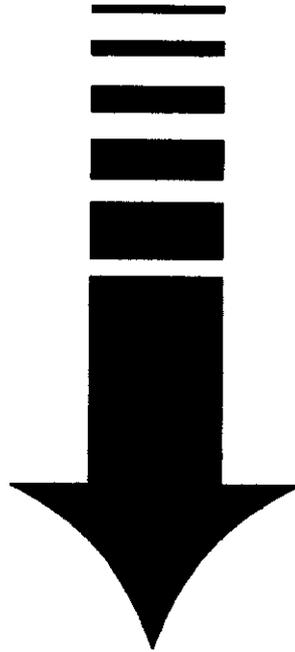
IGREJAS DOS E.U.A LIMITAM EXPERIÊNCIAS

NOVA IORQUE (AP) - Naquilo que pode ser o presságio de uma nova batalha entre a religião e a ciência, os líderes religiosos dos Estados Unidos planejam pedir ao governo que proíba a abertura de patentes dos métodos de engenharia genética. Segundo o jornal The New York Times, a declaração assinada por cerca de 100 bispos católicos, inúmeros líderes protestantes e judeus e grupos muçulmanos, hindus e budistas norte-americanos deve ser entregue na próxima semana. "Acredito que estamos no umbral de tremendos debates sobre a natureza humana", disse Richard D. Land, diretor da Comissão Sobre Vida Cristã da Convenção Batista do Sul dos Estados Unidos. "Estamos vendo a alteração de formas de vida como a revolução da soberania de Deus e uma tentativa de ser Deus", disse Land.

Os animais geneticamente alterados e a possibilidade de separar genes humanos são a pedra angular financeira das empresas biotecnológicas. A separação dos genes, de acordo com algumas empresas, tem permitido a criação de drogas capazes de salvar a vida de milhares de pessoas. Os religiosos afirmam que separar genes e órgãos humanos viola a santidade da vida e reduz o que alguns chamam de o "mapa da evolução" a uma mercadoria para a venda.

A coalizão religiosa foi organizada durante os últimos anos, principalmente com a ajuda de um dos mais tenazes adversários da indústria biotecnológica: Jeremi Rifkin, diretor da Fundação Sobre Padrões Econômicos, de Washington.

Transcrito da Gazeta do Povo
Maio/95



SAIA DO ESCURO

LEIA

ARQUIVOS DO CONSELHO
REGIONAL DE MEDICINA DO
PARANÁ

DEVE SER FORNECIDO AO PACIENTE DIAGNÓSTICO POR ESCRITO, ALÉM DO ORAL?

Parecer CFM

EMENTA

O médico não é obrigado a fornecer o diagnóstico por escrito, quando não solicitado pelo paciente.

I - HISTÓRICO

A professora Maria Lúcia Prandi - presidente da Câmara Municipal de Santos - SP., encaminhou ofício ao Conselho Federal de Medicina, protocolado em 01/12/94, informando que a Câmara Municipal de Santos, em sessão realizada em 17/11/94, aprovou requerimento de autoria do Edil Sr. Fausto Lopes, na qual nos solicita a realização de estudos objetivando sugerir que o médico, da rede pública ou particular além, de fornecer diagnóstico oral durante a consulta normal, também elabore diagnóstico por escrito para ser entregue ao cliente, especificando o quadro clínico constatado e o receituário ministrado

II - PARECER

O paciente tem o direito de solicitar ao seu médico, informações relativas à sua doença e o médico tem o dever de informar a este paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento que propõe. Caso o médico assim não proceda em tal situação estará infringindo o artigo 59 do Código de Ética Médica.

Uma boa relação médico-paciente exige que o médico seja o mais claro possível nos esclarecimentos que faz ao seu paciente. No entanto, julgamos desnecessária a obrigatoriedade do médico entregar por escrito ao paciente, o diagnóstico especificando o quadro clínico constatado e o receituário ministrado. Além do mais o médico deve guardar absoluto sigilo da doença de seu paciente sendo que deverá atestá-la por solicitação deste.

O médico cuidadoso anotarà sempre na ficha clínica, ou no prontuário do paciente as hipóteses diagnósticas, os exames solicitados e o tratamento proposto, para que possa melhor seguir o caso e emitir relatórios médicos futuros casos o paciente o solicite.

Sendo assim, nosso parecer é desfavorável a exigência de que o médico forneça diagnóstico por escrito ao paciente, como rotina. O médico deverá assim proceder caso seja solicitado pelo paciente.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 13 de março de 1995.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/05/95

Raimundo Nonato Leite Pinto
Cons. Revisor

Arq. Cons. Region. Med do PR.
12: 153, 1995

LIMITES DA ATUAÇÃO DO MÉDICO NÃO ESPECIALISTA

Parecer CFM

EMENTA A exigência do Título de Especialista para contratação de médicos em serviço público, só poderá ser feita caso se na nomenclatura do cargo constar a especialidade.
Esta exigência é livre na contratação por empresas e convênios de direito privado.

PARECER

Trata-se de consulta formulada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, acerca de possíveis limitações legais à atuação do médico não especialista; do valor legal da exigência de comprovação da especialidade feita por convênio a empresas, dentre outras indagações, cujas considerações passo a fazer a seguir:

1 - Do ato característico de especialista

Partindo da promessa fornecida pelo próprio consulente de que "o médico regularmente graduado e registrado no Conselho de Medicina, em tese, tem os direitos legais de praticar qualquer ato médico", impõe-se sejam feitas as seguintes observações:

a) A expressão "em tese" - implica reconhecer limitações de ordem teórica, no que se refere à bagagem de conhecimento que a graduação no curso de Medicina possibilita ao estudante angariar e que, por questão de lógica, será menor do que a bagagem doutrinária que o especialista auferiu no curso de especialização. Faz-se necessário salientar, contudo, que o não especialista deve ter conhecimentos fundamentais da profissão.

b) A expressão "qualquer ato médico" - engloba, indubitavelmente, os atos do especialista.

Assim, é verdadeira a promessa advinda do próprio Conselho de Medicina e não se haverá que falar em "atos privativos de especialista".

2 - Limite legal da atuação do não especialista

O médico, uma vez graduado e registrado no Conselho, está apto à prática médica, sem restrições legais. O advogado, à medida de seu interesse e aprimoramento,

pode optar por atuar em determinada área, partindo, inclusive para o título de especialista (na área tributária, por exemplo) e, ainda assim, continuar atuando nas demais áreas. Pode, por outro lado, não se especializar em área alguma, atuando, perfeitamente, em todas as áreas jurídicas.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, ao tratar dos direitos e deveres individuais e coletivos, estabeleceu no inciso XIII a liberdade do "exercício de qualquer profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer".

Ora, se, voltando à premissa do Solicitante, o médico graduado pode praticar qualquer ato médico e, sendo tal expressão o gênero que engloba ato de especialista, novamente, impõe-se concluir que não há limite legal, afora a prévia aprovação em exame para a atuação do médico não especialista.

O bom senso sim, que limitará a atuação profissional.

3 - Da exigência da especialidade

A questão que se apresenta, relativamente ao valor legal da exigência para credenciamento ou ocupação de cargo ou vaga por especialista merece as seguintes observações:

a) Feita tal exigência por convênios ou empresas privadas, a relação se regula pelas regras do direito Civil, privados que são termos praticados entre as partes interessadas.

Prevalece, aqui a vontade das partes que, manifestada por agente capaz, com objetivo lícito e sem vícios de consentimento, será válida para todos os efeitos legais.

Manifestada assim, a vontade das partes gera seus efeitos jurídicos, criando direitos e obrigações recíprocas.

Válida, pois, é a exigência, em face da prevalência da vontade dos agentes, no direito privado.

b) Feita a exigência pelo Estado, a questão ultrapassa os limites do Direito Privado, indo calhar no direito Público que rege a atuação da Administração Pública.

E, sob o prisma do Direito Público, verifica-se que, enquanto à Administração só permite fazer o que está previsto em lei, ao particular se permite fazer tudo o que não é proibido por lei. É, pois, o princípio da legalidade (CF, art. 37, "caput") o norteador da atividade estadual.

Dir-se-ia, portanto, que em sendo permitido ao médico não especialista a prática, sem restrições, de qualquer ato médico, inclusive os de especialista, não poderá o Estado, em virtude do princípio de legalidade, exigir o título de especialista para provimento de cargo ou vaga, como requisito primeiro de seleção, a menos que tal requisito adviesse da lei que criou o cargo.

Considerando-se, por outro lado, o princípio da supremacia do interesse público, pode o Estado, à forma dos particulares, fazer tal exigência em concurso público, de

"provas e títulos", já que, a princípio, presume-se que o detentor do título de especialista tem condições de melhor atender aos interesses de uma coletividade que dependa de tratamentos específicos.

É o que denominam, os doutrinadores, de singularidade subjetiva (prevista na Lei de Licitações, para casos de dispensa de licitação), posto que há casos em que o trabalho é marcado por características individualizadoras que permitam inferir seja um médico especialista o mais adequado à plena satisfação do objetivo pretendido pela Administração.

Além disso, pode a exigência decorrer do cargo. Por uma questão de nomenclatura, ao cargo-médico segue-se o título - cardiologista, por exemplo.

Retomando o texto constitucional que estabelece a liberdade do exercício de trabalho, ofício ou profissão desde que atendidas as qualificações que a lei exigir, tem-se o que o nome do cargo, tendo sido criado por lei, impôs a restrição, afastando, desta forma, a discricionariedade do administrador público, em exigir ou não a especialidade para a ocupação do cargo.

Havendo instrumento normativo que estabeleça o cargo com denominação, por exemplo, de médico-cardiologista, estará a exigência prevista em lei, vinculando o administrador àquela determinação. São o nome e as funções descritas na definição do cargo que exigem a especialização.

Se, porém, do cargo não constar a nomenclatura restritiva e as funções prescritas, por isso mesmo, estabeleçam especialização, o Estado só poderá exigir validamente a comprovação da especialidade de forma indireta em concurso de "provas de títulos".

E, neste caso, ao médico não especialista não se poderá negar o direito à inscrição e à feitura dos testes. Porém, na etapa em que se exigirem títulos, poderá ser naturalmente preterido (eximado) diante dos que apresentarem ou preencherem os títulos previstos no edital.

Assim, fazendo o título parte da nomenclatura do cargo, a exigência, por decorrer da lei, é válida.

Não fazendo parte da nomenclatura, o Estado só poderá se utilizar do concurso de "provas de títulos", como meio de selecionar validamente especialistas, sem infringir o princípio da legalidade.

É o parecer, "sub-censura".

Brasília, 08 de fevereiro de 1995.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/05/95

Paulo Eduardo Behrens
Cons. Revisor



ACORDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 1920-105/90

DENUNCIANTE - CREMESP "ex officio"

DENUNCIADO - Dr. Nestor do Val Neto

RELATOR - Cons. José Cassio de Moraes

REVISOR - Cons. Henrique Carlos Gonçalves

VOTO DIVERG. - Cons. Clóvis Francisco Constantino

ACÓRDÃO - 805/95

Vistos, relatados e discutidos os autos do Processo Disciplinar nº 1920-105/90, em que figura como denunciante o CREMESP "ex officio" e como denunciado o Dr. Nestor do Val Neto. **ACORDAM** os membros da I Câmara do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo julgar, por maioria de votos, o denunciado **CULPADO** de infringência aos Artigos 2º, 29 e 35 do Código de Ética Médica e, também, por maioria de votos, aplicar-lhe a pena de "**Censura Pública em Publicação Oficial**", prevista na letra "c" do artigo 22 da Lei 3268/57, tudo na conformidade do que está consignado no Trecho da Ata da Sessão de Julgamento, que passa a fazer parte integrante deste **ACORDÃO**.

São Paulo, 12 de janeiro de 1995.

Clóvis Francisco Constantino
Cons. Revisor

UM SUS PARA AS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Parecer CFM

EMENTA

Projeto de Lei do Deputado Sérgio Arouca, dispõe sobre a criação de SUS para a população indígena. Não mostra impropriedade ética e merece apoio do CFM.

O Projeto de Lei do Deputado Sérgio Arouca, contempla um direito fundamental da população indígena, autóctone por excelência e proprietária legítimo do solo brasileiro.

O cuidado de preservar singularidade culturais como a mística do corpo uno, indivisível, indisponível ao acesso cirúrgico, a relação mágica como a natureza-mãe e o pudor em não constranger o índio com técnicas e procedimentos hostis à sua concepção de vida está bem definida na redação.

Cabe lembrar por oportuno que a relação médico/paciente deve observar a tutela indígena como prerrogativa constitucional e a questão do seu representante legal, a FUNAI ou o Estado em busca dos consentimentos devidos.

O parecer é sábio quando ilustra a tese da não intervenção ou mínima-intervenção técnica, alienígena, da cultura médica na relação mágica entre índio e natureza, configurada no fantástico equilíbrio obtido ao longo de milhares de anos de uma relação aberta e natural.

Não estrevemos no Projeto de Lei do Deputado Sérgio Arouca qualquer impertinência ética ou outra impropriedade que mereça reparos, pelo contrário cabe louvar a iniciativa do ilustre tribuno em oferecer atenção médica às populações indígenas, sem constrangimento ou coação para não agravar o desdouro de um povo que vive exilado no próprio país.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 09 de dezembro de 1994.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 07/04/95

Júlio Cezar Meirelles Gomes
Cons. Revisor

A PRESCRIÇÃO NÃO-MÉDICA DE PRÓTESE AUDITIVA

Médico otorrinolaringologista do interior formula ao CREMESP consulta acerca de prescrição de "próteses auditivas" por leigos e o abuso na propaganda e vendas desses aparelhos para surdez. A consulta refere-se especificamente à existência de legislação sobre o assunto.

Inicialmente cumpre-nos informar a inexistência de legislação específica sobre o assunto em pauta. A questão se traduz em antiga discussão da Sociedade Brasileira que busca amparo legal na determinação de que a prescrição do uso dos referidos aparelhos se faça exclusivamente por médicos.

Não só no Brasil o problema existe, mas também em outros países, os Estados Unidos e a França enfrentam situação similar. Diante disso, a conclusão a que chegamos é que persistindo tal lacuna na legislação os leigos continuarão a comercializar e prescrever próteses auditivas sem qualquer controle médico.

Em resposta a uma outra questão levantada pelo consulente cumpre-nos informar que o médico, especialista ou não, que corroborar a prescrição dos aparelhos auditivos feita por leigos, sem haver examinado o paciente estará evidentemente afrontando o Código de Ética Médica em seu artigo 33, que diz : Artigo 33 - "Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente."

Caso o paciente do médico venha a adquirir um aparelho auditivo, sem sua recomendação, não há que se falar em responsabilidade desse profissional.

Importa ressaltar que o médico não se deve prestar a um atendimento ligado às empresas que comercializam o referido aparelho, tampouco vendê-lo aos seus pacientes diariamente, sob pena de transgredir o disposto no artigo 9º do Código de Ética Médica - "A medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio".

A fiscalização de propagandas veiculadas pelo meios de comunicação é de responsabilidade do CONAR. Da análise dos elementos coletados durante a elaboração deste parecer cumpre-nos sugerir o encaminhamento ao Congresso Nacional de anteprojeto de Lei nos moldes do decreto nº 20.931 de 11.01.32, artigo 38º e seguintes que tratam da comercialização de produtos ópticos e ortopédicos.

Transcrito de Jornal do CREMESP
Nov/89



ACORDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 009/92

DENUNCIANTE - "EX-OFFICIO"
DENUNCIADO - Dr. A. R. K.
RELATOR - Cons. Monica de Biase W. Kastrup
REVISOR - Cons. Álvaro Réa Neto
ACÓRDÃO - 008/94

EMENTA - PROCESSO "EX-OFFICIO" - DENÚNCIA CRIMINAL MOVIDA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL EM JUÍZO E ADMINISTRATIVAMENTE INSTRUÍDA PERANTE ESTE REGIONAL - IMPUTAÇÕES DE OMISSÃO DE SOCORRO, ARTIGO 58 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E DE EXPEDIÇÃO DE BOLETIM FALSO OU TENDENCIOSO, ARTIGO 115, DO MESMO DIPLOMA LEGAL - ABSOLVIÇÃO.

De toda a prova coletada, sem sombra de dúvida, desfigurado e destipificado restou a imputação de omissão de socorro, visto que o caso médico não tinha a conotação de "urgência", inobstante a peculiaridade da situação. É de se ressaltar que outros profissionais habilitados poderiam perfeitamente efetuar o atendimento necessário

Quando a emissão de boletim falso, também, não restou configurado a hipótese, vez que a anotação foi exarada em livro próprio de ocorrência, indicando a evasão da paciente e seus familiares quando procurados.

Vistos, discutidos e relatados estes autos do Processo Ético-Profissional nº 009/92, em que figura como denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o Dr. A. R. K.,

ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **não acolher** a imputação feita ao denunciado, Dr. A. R. K., de infração aos artigos 58 E 116 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 767, de 21 de junho de 1994.

Curitiba, 22 de junho de 1994.

Monica de Biase W. Kastrup
Cons. Relatora

Álvaro Rea Neto
Cons. Revisor

Wadir Rúpolo
Cons. Presidente

Arq. Cons. Region. Med do PR.
12: 160, 1995

A MENTIRA NO DIREITO E NA JUSTIÇA

René Ariel Dotti*

"Somente as mulheres e os médicos é que sabem quão necessária e benéfica é a mentira para os homens". Foi assim que Anatole France, o notável escritor francês (1844-1924) cujo nome verdadeiro era Jacques Anatole Thibault, se referiu ao vício do comportamento humano que os dicionários registram como engano, impostura, fraude, falsidade, patranha, petate, lamparina, lenda, loas, lorota, potoca e outras expressões. "A mentira só é vício quando origina o mal; mas é uma grande virtude quando origina o bem", segundo a filosofia irônica de Voltaire. Para Plutarco, o escritor e historiador grego, os mentirosos são "a origem de todos os crimes que assolam a terra".

Estaria certo o autor de "Vidas paralelas" e seriam verdadeiras, em todos os dados, as biografias das personagens ilustres de Roma e da Grécia, focalizadas em sua fofosa obra?

Existe um "crime de mentira?". No sentido positivo responderam os advogados que redigiram o anteprojeto da OAB sobre a lei de imprensa. O art. 27 do anteprojeto (publicado no Diário do Congresso Nacional de 14/08/1991, seção II, p. 4763 e seg.) considera delituosa a conduta de "impedir ou dificultar, indevidamente, o exercício das liberdades de acesso e de obtenção de dados junto aos órgãos do poder público, inclusive os da administração indireta ou fundacional". E o parágrafo único declara: "Incide na mesma pena quem, indevidamente, omite a existência de fato ou presta informação não verdadeira".

Isto significa que se a autoridade ou qualquer de seus agentes enganarem o jornalista com dados inexatos a respeito de sua atividade ou de fato público relevante, como obras e serviços, estará sujeita a um processo criminal e à respectiva sanção.

O Artigo 16 da atual lei de imprensa (Lei nº 5.250 de 09/02/1967) ameaça com as penas de 1 (um) a 6 (seis) meses de detenção e multa de 5 (cinco) a 10 (dez) salários mínimos da região, todo aquele que publicar ou divulgar notícias falsas ou fatos verdadeiros truncados ou deturpados.

A redação do mencionado dispositivo sugere uma cogitação sobre os conceitos mais profundos de mentira e de verdade. O que se entende por "fatos verdadeiros truncados ou deturpados?"

Melhor perguntando "o que é a verdade? Existe mais de uma verdade? Estaria com razão o dramaturgo Luigi Pirandello ("Cosi, se vi pare")?

O Código Penal prevê o crime clássico da mentira, sob as formas de falso testemunho ou falsa perícia. O art. 342 declara que fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade, como testemunha, perito, tradutor ou intérprete em processo judicial, policial ou administrativo, ou em juízo arbitral, implica na pena de reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, além da multa. Estas penas são aumentadas se o dolo é praticado mediante suborno ou com o fim de obter prova destinada a produzir efeito em processo criminal.

* René Ariel Dotti, advogado e professor universitário.

Diante do grande número de previsões e de regras visando impedir o triunfo do falso sobre o verdadeiro, pode-se concluir que a mentira é uma antiga cliente do sistema e uma habitante permanente dos foros da polícia e do Judiciário.

Ela poderá assumir a roupagem do camaleão no crime de estelionato, fraudeando a boa fé para obter vantagem ilícita em prejuízo alheio (Cód. Penal, art. 171) ou poderá ter outro objetivo quando a mulher assumir como próprio o parto alheio; ou o casal registrar como seu o filho de outrem (art. 242). Nestas duas últimas hipóteses, o juiz poderá deixar de aplicar a pena se houver nobreza do motivo. Existe também a mentira em ofensa à honra, como na calúnia (art. 138) e em vários delitos contra a administração da Justiça (arts. 338 e seguintes): denúncia caluniosa, comunicação falsa de crime ou de contravenção, auto-acusação falsa, fraude processual etc. A inverdade pode ocorrer em tais casos de modo explícito ou implícito como na situação de reingresso de estrangeiro expulso do território nacional. O advogado se transforma em delinqüente pelo patrocínio infiel, traindo o dever profissional e prejudicando quem lhe confiou a defesa de interesse em juízo (art. 355). O comerciante pratica crime quando engana, no exercício de sua atividade, o adquirente ou consumidor (art. 175). E o Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11/09/1990) em várias passagens se refere aos filhos diletos da grande mãe mentira: o artil e a fraude, que atendem por vários apelidos: maranhão, conto, goma, prego, broca, rodela, gamela, moca, mariquinha, maxambeta e muitos outros.

Diante do universo infinito do engano praticado nas relações da vida diária, disse muitos bem o imortal Shakespeare: "Não quero mentiras! As mentiras só convêm aos mercadores".

A verdade e a mentira circulam como faces da mesma moeda nos diversos mercados da inteligência e das relações humanas. Nos dicionários de filosofia o "mentiroso" é um fenômeno que os antigos designavam por "ambíguo" ou "conversível" e os modernos chamam "antinomia" ou "paradoxos". Indica o sofisma de Eubúlides de Megara, cuja forma mais simples é a seguinte: se alguém afirma "eu minto", mas o que diz é verdade, a afirmação é falsa; e se o que diz é falso, a afirmação é verdadeira. A conclusão é impossível de ser alcançada.

Fora do Direito e da Justiça, dos códigos e dos tribunais, a mentira transita livremente na sociedade, em especial nas relações políticas, lembrando uma passagem da "Crítica teatral", de Machado de Assis: "O poeta Terêncio faz observação exata quando lembra que a mentira faz amigos e a verdade adversários".

Transcrito da Gazeta do Povo
Secção - Gazeta na Justiça
Ago/92

MÉDICO CONDENADO POR IMPERÍCIA EM CIRURGIA

SÃO PAULO / SP - O cirurgião plástico Herbert Gauss Júnior, 42, foi condenado na semana passada pelo Segundo Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo a dois meses de prisão por imperícia médica. Segundo a acusação, a psicóloga Eliana R. A. S., 46, teria ficado com uma cicatriz permanente de cerca de 14 cm na barriga após ter se submetido a uma operação de plástica abdominal (dermolipectomia), em janeiro de 1990.

Segundo um laudo pericial realizado pelo Instituto Médico Legal um mês após a cirurgia, a "causa provável" da necrose (morte do tecido) seria o esticamento excessivo da pele do abdômen do paciente.

A pele teria necrosado pela falta de irrigação sanguínea.

Gauss Júnior nega a acusação de imperícia. "A necrose foi causada por um hematoma interno, imperceptível em exames clínicos. É uma possibilidade remota, mas em qualquer cirurgia pode acontecer", disse.

A cirurgia plástica foi feita em conjunto com uma histerectomia (operação de retirada do útero), realizada por uma ginecologista.

Segundo Gauss Júnior, a realização das duas operações em conjunto é comum e não traria mais riscos à paciente do que qualquer outra operação.

Para o advogado do cirurgião, Mário de Oliveira Filho, 42, a decisão judicial foi equivocada, por ter se baseado em um laudo incorreto feito pelo IML. "A paciente escondeu informações dos peritos", afirmou.

Oliveira Filho disse que deve entrar com recurso no Superior Tribunal Federal para revisão do processo. "Não houve justiça no caso", disse. Mesmo que a apelação seja negada, o cirurgião não deve cumprir a pena. Por ser réu primário, a pena deve se transformar no cumprimento de trabalhos comunitários.

Se for condenado em um outro processo, que corre no Conselho Regional de Medicina, ele pode perder o direito de exercer a profissão. O julgamento no CRM foi marcado para o fim de julho.

Transcrito da Gazeta do Povo

Jun/95

MÉDICOS QUE CUIDARAM DA IRMÃ DE SARNEY ABSOLVIDOS

SÃO PAULO (AE) - O cirurgião Henrique Walter Pinotti e três médicos de sua equipe, Marco Aurélio Santo, Carlos Eduardo Domene e Hilton Telles Libaroni foram absolvidos anteontem da acusação de suprimirem e falsificarem documentos dos arquivos do Hospital de Clínicas para ocultar erros médicos que teriam provocado a morte de Lucy Mary Costa Soares, de 55 anos, irmã do ex-presidente da República e atual presidente do Senado, José Sarney, em dezembro de 91. A decisão é do juiz da 14ª vara Criminal, Renato de Salles Abreu Filho, que alegou insuficiência de provas. Ele concluiu que a acusação pode ser atribuída "à bagunça existente no setor de prontuários do Hospital das Clínicas", o que facilitaria a qualquer funcionário o acesso aos documentos.

Lucy Mary esteve em São Paulo para ser submetida a uma laparoscopia (cirurgia exploratória do abdômen), realizada a 20 de novembro de 1991, no HC, pela equipe de Pinotti. Mary recebeu alta dia 26, mas foi submetida a nova cirurgia, no dia 28. Constatou-se, então, ascite (líquido sorohemorrágico) e lesões no fígado.

A conselho de um especialista consultado pela família, foi removida para o Hospital Albert Einstein, ainda sob os cuidados da equipe de Pinotti, onde morreu na noite de 14 de dezembro.

Transcrito da Gazeta do Povo

Mai/95

Arq. Cons. Region. Med do PR.

12: 163, 1995

PODE O MÉDICO RECEBER BONIFICAÇÃO POR ENCAMINHAMENTOS ?

Parecer CREMESC

O Departamento de Patologia da Associação Catarinense de Medicina faz consulta sobre exames colpocitológicos ao CREMESC levantando as seguintes questões:

Questão 1 - É lícito/ético que profissionais de outras especialidades, principalmente ginecologistas, garantam exclusividade no encaminhamento de exames colpocitológicos a determinado colega patologista, enquanto pessoa física ou jurídica, solicitando em troca "bonificação" de valor variável a qualquer título ?

RESPOSTA DO CREMESC - À luz do artigo 9º do Código de Ética médica não é lícito nem ético o que foi perguntado, pois a medicina não é um comércio; igualmente, e à luz do Artigo 87 do Código de Ética Médica também não é lícito nem ético o argüido, pois é vedado ao médico dar ou receber comissões por serviços não efetivamente prestados.

Questão 2 - É lícito/ético, que os colegas patologistas (pessoa física ou jurídica) contratem profissionais outros, que não médicos, em seus laboratórios privados, resultando como consequência dessa opção, na restrição ao mercado de trabalho dos patologistas?

RESPOSTA DO CREMESC - Neste item há uma questão trabalhista de mercado de trabalho. O cito-técnico ou cito-escrutinador, sendo profissional legalmente habilitado, pode ser empregado do laboratório de citopatologia ou de anatomia patológica ou patologia, nos quais deverá ter um profissional médico habilitado no campo, como responsável. Fica a critério do empregador contratá-lo ou não. Ai há um ponto comercial a considerar, isto é, considerando as condições de mercado poderá ser contratado um médico (opção mais dispendiosa) ou um cito-técnico (opção menos dispendiosa).

Do ponto de vista associativo e profissional a opção recomendável é contratar o médico, mas não é anti-ético ou obrigatório contratar o cito-técnico legalmente habilitado. O aspecto "serviço público de massa" não altera o raciocínio. Todo laboratório privado é de uso público.

O exame colpocitológico (a coleta de material biológico e a leitura da lâmina) pode ser encaminhada a cito-técnico (já que é profissional habilitado e legalizado) ou a um laboratório de análises clínicas (pessoa jurídica sob responsabilidade de farmacêutico bioquímico) onde um cito-técnico examinará. Já o exame colposcópico da paciente é ato médico e portanto privativo daquele legalmente habilitado e registrado para o exercício da medicina.

QUESTÃO 3 - É lícito/ético, a qualquer laboratório de patologia clínica que não disponha de patologista (cito ou anátomo-patologista) "intermediar" a execução de tais exames, efetuados em termos de coleta/recepção e liberação dos laudos sem ônus para o dito laboratório, cobrando do profissional médico, bonificação/comissão, pela exclusividade de encaminhamento de tais exames ?

RESPOSTA DO CREMESC - A intermediação com vantagens pecuniárias são vedações aos médicos, condenados pelos Artigos 9º e 10º do Código de Ética Médica.

MÁ FORMAÇÕES

MÉDICO QUE MATOU BEBÊ É CULPADO

ALKMAAR, HOLANDA (AFP) - Um tribunal de Alkmaar (oeste) reconheceu que Henk Prins, um ginecologista que praticou eutanásia em um bebê deficiente, é culpado de assassinato, mas não lhe impingiu qualquer condenação, considerando sua atitude um ato de desespero.

O médico injetou uma substância letal na criança a pedido dos pais da menina, depois de terem consultado outros três especialistas.

A menina, com três dias de nascimento, tinha a coluna vertebral bífida, uma má-formação da medula, e padecia de hidrocefalia. Sua esperança de vida era ínfima.

Ao anunciar a sentença, o presidente do tribunal expressou sua "admiração pelo valor e integridade" do médico, que teve de escolher "entre dois deveres irreconciliáveis: preservar a vida do bebê ou dar fim a seus sofrimentos".

Por sua parte, o Colégio Médico holandês assinalou sua "satisfação" pela decisão, classificando-a de "decisão-chave".

"Trata-se de um passo decisivo para a elaboração de uma jurisprudência sobre a eutanásia para recém-nascidos deficientes", explicou o porta-voz do colégio, Roelof Mulder.

Um médico pode invocar a desesperança se o sofrimento for insuportável, incurável, sem solução e impossível de ser aliviado medicamente. Os pais (ou tutores) devem fazer o pedido explicitamente e por escrito.

Este processo criará jurisprudência, pois a legislação é pouco precisa sobre os pacientes que não podem expressar sua vontade: recém-nascidos deficientes mentais e pacientes com demência senil.

Transcrito da Gazeta do Povo
Abr/95



ACORDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 022/91

DENUNCIANTE - "EX-OFFICIO"
DENUNCIADO - Dr. N.I.N.
RELATOR - Cons. Antonio Carlos Bagatin
REVISOR - Cons. Luiz Sallim Emed
ACÓRDÃO - 007/94

EMENTA - DENÚNCIA - "EX-OFFICIO" - MAU ATENDIMENTO EM DIVERSOS ATOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS VEICULADOS PELA IMPRENSA - APURAÇÃO DE ÓBITO PÓS-CESÁREO - ARTIGO 57 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO.

A conduta médico-profissional portou-se dentro das expectativas necessárias ao atendimento da paciente, ocorrendo o óbito por intercorrências normais ao trabalho de parto.

Incensurável, conseqüentemente, o procedimento médico, vez que foi utilizado em prol da paciente as condutas necessárias e exigíveis a um profissional médico.

Absolvição que se impõe por falta de elementos tipificadores da conduta prescrita pelo dispositivo legal invocado.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 022/91, em que figura como denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o Dr. N.I.N.,

ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher a imputação feita ao denunciado, Dr. N.I.N., de infração aos artigos 57 do Código de Ética Médica, conforme Ata nº 750, de 25 de julho de 1994.

Curitiba, 27 de julho de 1994.

Antonio Carlos Bagatin
Cons. Relator

Luiz Sallim Emed
Cons. Revisor

Wadir Rúpolo
Cons. Presidente

Arq. Cons. Region. Med do PR.
12: 166, 1995

MÉDICOS PORTADORES DE CEGUEIRA TOTAL INSCRIÇÃO NO CRM

Parecer CFM

Acolho na íntegra o parecer anexo do ilustre ex-conselheiro e Prof. Dr. Genival Veloso de França lavrado em setembro de 1988 e rejeitado na sessão plenária de 17/09/88, por irresignar-me com a matéria e não considerá-la como questão vencida, inobstante as fecundas razões que sustentam por conta própria o louvável parecer:

"CONSULTA

O Presidente da Fundação Lusiada, órgão mantenedor da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, através do Ofício nº 77/88-FL, datado de 28 de abril de 1988, indaga deste Conselho Federal de Medicina sobre a inscrição de deficiente visual num Conselho Regional de Medicina. Levanta, ainda, a hipótese de o Ministério da Educação poder encontrar uma forma de colação de grau com restrição do seu exercício profissional.

O fato é que a Faculdade de Ciências Médicas de Santos, mantida por aquela Fundação, tem como aluno um portador de cegueira total, cuja matrícula, após aprovação nos exames de vestibular, foi devidamente autorizada pelo MEC.

Ocorre que, achando-se o referido aluno já no regime de internato da Santa Casa de Misericórdia de Santos, o Diretor de Ensino deste instituto informou da impossibilidade de efetuar avaliação escolar no que se refere ao ensino prático.

Diante de tal ocorrência, consulta o Presidente da Fundação a posição deste Conselho Federal sobre a possível ou não inscrição deste aluno depois de formado, a fim de informar às autoridades competentes do Ministério da Educação.

PARECER

Diz a Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, em seu art. 17, que somente após o prévio registro dos diplomas no Ministério da Educação é que o médico poderá requerer sua inscrição no Conselho Regional de Medicina da jurisdição do seu possível exercício profissional.

Deste modo, caso venha o MEC registrar esse diploma sem nenhuma restrição, não cabe aos Conselhos Regionais outro procedimento senão cumprir o que determina o diploma legal em espécie.

Por outro lado, face à situação de médico deficiente visual, ocorra o Ministério registrar seu diploma com restrições, entendemos que a sua inscrição deve ser efetivada, seguindo a mesma linha, ou seja, inscrevendo-o para exercer sua profissão nas mesmas limitações consignadas, até porque não poderia ser diferente, pois é ao MEC que compete avaliar e outorgar a capacidade e os conhecimentos necessários para se receber o título de médico.

Essa é a parte legal que compete aos Conselhos Regionais.

No entanto, acreditamos que cabem também aos Conselhos Regionais e ao Conselho Federal de Medicina impor sua visão política, em defesa dos direitos e garantias individuais, rompendo com todas as formas abusivas de discriminação, capazes de criarem cidadãos de segunda e terceira categoria ou de colocá-los numa classe inferior de homens. A privação dos direitos civis de um cidadão que luta pelos seus mais elementares direitos, deve merecer da fração consciente da sociedade, a mais veemente repulsa, pois isso representa um vilepêndio aos direitos do ser humano e uma desrespeitosa violação constitucional.

Estranha-se que somente agora, quando o aluno já se encontra no regime de internato, seu diretor de Ensino se mostre impossibilitado de avaliá-lo no que se refere ao ensino prático, mesmo tendo o estudante sido aprovado em todas as disciplinas que compõem o básico e o profissional e o profissional do seu curso.

E mais. Não se pode invocar previamente para esse caso o art. 141 do Código de Ética Médica em vigor, quando assim se expressa: "O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade". Tal dispositivo tem como alvo certos profissionais que, no decorrer do exercício de sua profissão, surge-lhe doença incapacitante e, em decorrência da qual, por inconseqüência ou deformação do entendimento, possa causar danos aos seus pacientes.

É o parecer".

Cabe sim, se tanto crescer outras considerações, poucas mas bastantes, para renovar a questão e trazê-la ao plenário do Conselho antes que a história das profissões humanas nos obrigue a reconsiderar uma decisão por vias esconsas. Com efeito a deficiência física do médico em apreço não foi bastante para privá-lo da conquista de um lugar na escola médica. Após o triunfo do médico sobre a difícil barreira do vestibular mostrou-se próspero e ainda pródigo ao longo do curso, absorvendo as instruções do currículo e oferecendo prova dos conhecimentos obtidos. Concluiu sua formação acadêmica com louvor e bom proveito a despeito da privação do sentido da visão. A fase do internato como estágio de treinamento prático nas quatro especialidades básicas deixou de ser consumado por limitações físicas, mas foi substituído por estágio na área de psiquiatria, especialidade a qual pretende, pode, e deve abraçar, se já não o faz no âmbito profissional.

A morbidade para o exercício das especialidades básicas não o descredencia para a atividade médica como psiquiatra. Apenas o inabilita para as práticas essenciais nas áreas básicas. A mesma habilitação ocorre para o médico não portador de defeito visual quando frequenta estágio de obstetrícia sem realizar qualquer conduta de ordem prática, sem supervisão ou não.

Assim entendemos que a presente limitação para o exercício da medicina já se encontra imposta e definida pela própria natureza da deficiência visual, limite intransponível e cruel mais rigoroso do que quaisquer limitações imposta pelo MEC, Conselho Federal de Educação ou pelo próprio CFM. Não podemos ou devemos acrescentar à limitação pré-determinada pela natureza, regras de discriminação ou zonas de exclusão no exercício da medicina além do limite imposto pela condição humana, posto seria atrevimento ou maldade da nossa parte. É impossível ao médico fugir ao limite de sua percepção ou executar atos inerentes à percepção visual do ambiente. Algo como vendar os olhos de quem se encontra no escuro. Não há uma discussão formal sobre a competência do homem para assimilar o conhecimento médico. Há critérios e possibilidades que limitam a execução dos atos médicos, o que parece óbvio e auto-limitado. Limitar no caso é acrescentar escuridão à cegueira, ampliar os limites da deficiência visual que o médico Dr. Jesuíno Egipciano Pires de Araújo com notável esforço e extraordinário talento soube vencer por conta própria sem a menor ajuda de nossa parte ou da ciência em geral. Tolher a sua liberdade profissional equivale a cassar as percepções extra-sensoriais que a própria natureza engendra em sua misteriosa e fascinante capacidade de adaptação em favor da vida.

Se tanto, caberia discernir sobre o direito de acesso ao curso de medicina de um indivíduo privado da visão, sentido deveras importante no processo de diagnóstico e um marcador sensorial dos atos terapêuticos em cirurgia, mas nunca inibir, afrontar ou restringir um direito adquirido que marca a superação de um limite tido como intransponível. Pelo exposto entendemos que deve ser: **1) assegurado o direito de registro do diploma e inscrição no CRM; 2) aberto no CREMESP procedimento administrativo, nos termos do artigo 141 do Código de Ética Médica, para avaliar a capacidade e aptidão física para o exercício profissional do Dr. Jesuíno Egipciano Pires de Araújo.**

Este o acréscimo que temos a oferecer ao parecer de origem.

Brasília, 23 de novembro de 1994.

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/01/95

Júlio Cezar Meirelles Gomes
Cons. Revisor

MUSEU DE MEDICINA

Associação Médica do Paraná

Colabore com sua doação

Livros, revistas, fotografias, aparelhos, instrumentos, remédios, brindes, propaganda. Qualquer material que tenha o cunho de ultrapassado, antigo, coisas simples como agulhas, seringas, peças de consultórios, vestuário etc.

Ligue para a secretaria a AMP: 342-1415

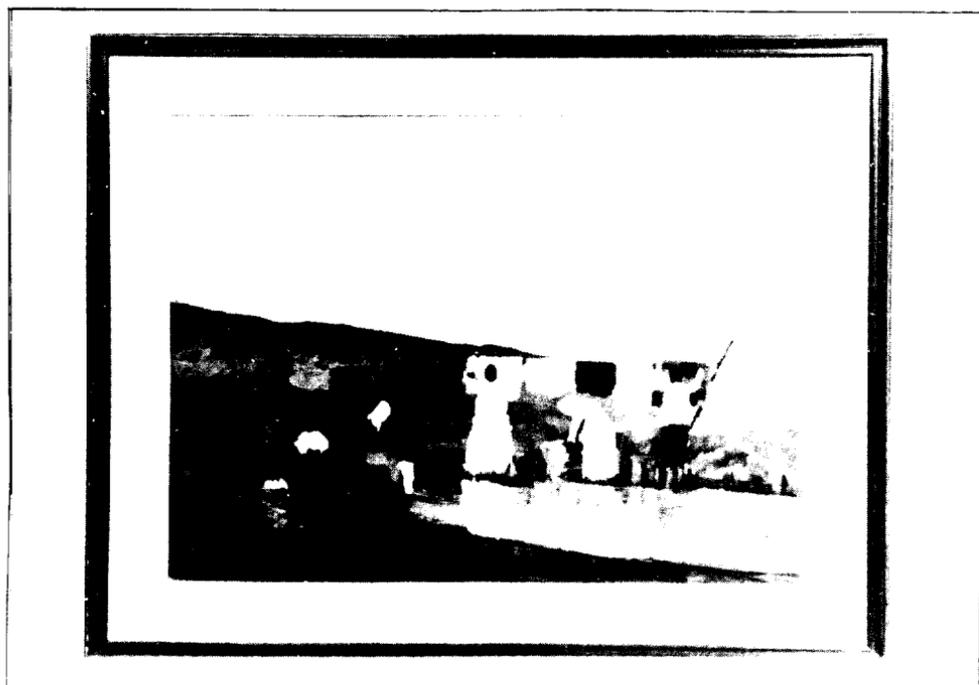


Um bisturi de 1905. Temos certeza que muitos médicos ou seus familiares, dispõem de alguma peça que possa ser doada para preservarmos a história de nossa medicina. As futuras gerações muito lhe agradecerão.

MUSEU DE MEDICINA

Associação Médica do Paraná

Colabore com sua doação



Quadro pintado a óleo, premiado no concurso 'Médicos Artistas - pintura (1988) promovido pela AMP. Autor: Arcizio Niclewicz. Temos já um bom início de uma galeria médica. Apreciaríamos muito dispor, para nosso acervo e exposição, gravuras, esculturas, fotografias, desenhos e outras formas de arte. Você que é um médico artista compareça com sua doação.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Máto Lobato da Costa
Cons. Roberto Bastos de Serra Freire
Cons.ª Ana Zulmira Eschholz Diniz
Cons. Antonio Carlos Bagatin
Cons. Moacir Pires Ramos
Cons. Donizete Dimer Giambardino Filho.

2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Presidente: Cons. Luiz Fernando Blencourt Beltrão
Cons. Álvaro Réa Neto
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons.ª Wilma Brunetti
Cons.ª Zaira Lúcia Letchacovsk de Melo

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares
Cons. Antonio Katsumi Kay
Cons.ª Marília Cristina Niliano Campos
Cons. Ricardo Rydyjger de Ruedige
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODANE

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizetti Dimer Giambardino Filho
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)
Cons. Máto Luiz Luvizatto
Cons.ª Mara Albonet Dudeque Planovski

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.ª Eleusis Pontoni de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons. Mônica De Blase 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 Mônica De Blase Wright Kastrop
Cons. Nelson Antonio Baruffati Filho (Foz de 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. Deebes Galati Vieira
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons. Luiz Fernando Blencourt Beltrão
Cons. Alberto Accioly Veiga

9. CORREGEDORIA DO CRM-PR

Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Odair de Floro Martins

10. COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Deebes Galati Vieira
Cons.ª Nam Albonet Dudeque Planovski

11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Gerson Zafalon Martins
Cons.ª Ivaniira Maria Martins
Cons.ª Mônica De Blase Wright Kastrop

12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda
Cons.ª Mônica De Blase Wright Kastrop

DELEGACIAS REGIONAIS

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Junot Cordeiro
Dr. Antonio Celso Busnardo
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas
Dr. Edgard Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Mário Tadafuji Iria
Dr. Sinésio Moreira Junior
Dr.ª Suelli Aparecida Kublack Gorla
Dr. Walter Marcondes Filho

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kemei Jorge Chammes (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Nilton Okawa
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Mário Massaru Miyazato
Dr. Cláudio Cordeiro Albino
Dr. Osvaldo Rodrigues Truite (Tesoureiro)
Dr.ª Maria Tereza Coimbra
Dr. Nurlito Nardao

DELEGACIAS SECCIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isaac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Enio Garletti (Suplente)
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)
Dr.ª Marli Nardas Tedy (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. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)
Dr. Ildefonso Amoedo Canto (Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obzuz Filho (Colaborador)
Dr. João Petry (Suplente)
Dr. Paulo Roberto Mussi (Suplente)
Dr. Cesar Augusto Macedo de Souza (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

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

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antonio de Melo Costa (Presidente)
Dr. Guilherme Antonio Schmidt (Secretário)
Dr. Fumio Sakabe (Colaborador)
Dr. Nilson de Almeida (Suplente)
Dr. Roberto José Linath (Suplente)
Dr. Ronaldo Borges Pereira (Suplente)