

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620



50

*Edição
Comemorativa*

IMPRESSO

v. 13, n. 50 - abril / junho - 1996

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1993/1998
DIRETORIA

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Zacarias Alves de Souza Filho
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2ª Secretária:	Cons. Marília Cristina Milano Campos
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro- Adjunto:	Cons. Hécio Bertolozzi Soares

MEMBROS EFETIVOS¹

Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Daebes Galati Vieira
Dr^a Eleusis Ronconi de Nazareno
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Hécio Bertolozzi Soares
Dr. Ivan Pozzi (Londrina)
Dr. João Batista Marchesini
Dr. Kernel Jorge Chammas (Maringá)
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Dr. Luiz Sallim Emed
Dr^a Mara Albonei Dudeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Dr^a 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. Alvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Dr^a 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)
Dr^a 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
Dr^a Wilma Brunetti
Dr^a Zaira Lúcia Letchacovski de Melo

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

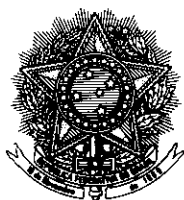
(*) Licenciado

(**) 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.13	Nº 50	p. 60 - 257	Abr./Jun.	1996
-------------------------------	----------	------	-------	-------------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlike Braga Filho

Duilton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

IMPRESSOR

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremim, 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

13.000 exemplares

EDIÇÃO

Trimestral

Sumário

Código de Ética Médica	60
Reencontro Com os Valores Humanos: A Ética	72
Propaganda?	87
Doutorando de Medicina Pode Receitar?	92
Podem os Hospitais Limitar o Receituário Médico na Prescrição Para os Pacientes?	93
Atestado de Óbito - Resolução CFM 1290/89	94
Consulta Médico-Legal - Paciente Alcoolizado. Como Proceder?	95
Se o Paciente Recusa Transfusão de Sangue. O Que Fazer?	96
Transfusão de Sangue	97
Médico de País Limítrofe, Domiciliado em Cidade Contígua ao Território Brasileiro, Pode Clinicar no Brasil?	99
Pode a Unimed Pretender Que o Colega Não Atenda Outra Entidade Similar?	101
Prontuários: Quando Podem Ser Incinerados?	102
Mudou de Endereço?	103
Greve Médica e a Ética no Setor de Saúde	104
Crítérios de Autoria e Co-Autoria em Trabalhos Científicos	124
Quando Você Pode Revelar o Real Estado de Saúde de Seu Paciente à Autoridade?	128
Quando o Médico Deve ou Pode Informar a Autoridade Policial ou Judicial?	130
Quando Revelar Segredo Médico Por "Justa Causa" ou "Dever Legal"?	131
Planejamento Familiar	133
A Eutanásia e a Legislação Penal	149

Anencefalia. Aspectos Médicos Éticos e Legais	151
É Ético Parcelamento de Honorários Médicos?	170
Pagamento de Consulta Através de Cartão de Crédito	171
Por Que a Serpente Como Símbolo da Medicina?	172
Médico Auditor Pode Examinar Pacientes?	174
A Ética do Médico Aidético e do Diretor Clínico	175
Fornecer Ficha Médica de Paciente à Juiz de Direito	177
Ética Médica e Doença Mental em Médico	178
Disposição do Corpo, Pós Mortem, Para Fins Terapêuticos e Científicos	180
Destino de Cadáver Não Reclamado	182
Na Real Ausência de Leitos, os Pacientes Podem Ser Transferidos à Outro Hospital?	184
Prazo de Conservação do Prontuário de Paciente	185
O Que Faz Você Quando o Juiz, Colega ou Paciente Solicita Informações do Prontuário ou o Próprio Prontuário?	188
É Proibido Fumar em Recintos Fechados - Lei nº 8852	190
A Responsabilidade Civil do Médico	192
Critérios de Morte Encefálica - CRM-PR Aprova	218
Morte Encefálica Pode-se ou Não Suspender os Meios Artificiais de Manutenção de Vida?	222
Segredo Médico	223
Erros Médicos - I - Doutrina e Conseqüências Ético-Legais	233
Erros Médicos - II - Doutrina e Conseqüências Ético-Legais	239
A Colocação de CID Nos Atestados Médicos	244
História da Criação dos Conselhos de Medicina	246
Criação do Conselho Regional de Medicina do Paraná	248
O Que Fazer Quando a Família Não Autoriza Uma Amputação?	251
O Médico Residente é Responsável Por Atos Médicos Realizados	254
Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito "Teste do Pezinho"	256
Museu de Medicina da AMP	257

EDITORIAL

" ARQUIVOS" N.º 50

Precursora de seu gênero e finalidade no meio médico, a revista "Arquivo do Conselho Regional de Medicina do Paraná", consolida os propósitos relevantes que a fizeram emergir há mais de 12 anos e estabelece um marco histórico com sua edição n.º 50, sempre trimestral e de forma ininterrupta. Mérito aos idealizadores e colaboradores, sobretudo ao Dr. Wittig, seu perseverante editor-fundador que, ao longo de tantos anos, conseguiu manter o atrativo da publicação, reunindo informações atualizadas e úteis, não só ao profissional médico, mas à sociedade como um todo.

A revista "Arquivos" constitui-se em rico instrumento de orientação à conduta ética dos médicos, aclarando especialmente as suas responsabilidades e também os seus direitos. Porém, muito mais que estabelecer o nosso "Norte" para avançar em direito ao zelo ético, a revista ganhou contornos muito maiores, extrapolando os limites da classe médica e se transformando em fonte permanente de consulta à juízes, promotores, advogados, profissionais de outra áreas e ainda acadêmicos.

A seriedade com que a publicação "Arquivos" sempre foi tratada é seu ponto de equilíbrio e credibilidade. Com isso, acabou servindo como modelo a outros Conselhos ou até mesmo a outras instituições. Ao estabelecer essa verdadeira biblioteca, enriquecida com a presente edição histórica que reúne coletânea das últimas edições, o CRM-PR renova o seu compromisso de priorizar o diálogo com o profissional médico, fazendo transparecer a nova realidade que o envolve ou espera. É chegada a hora do *Não* ao individualismo, de se estreitar o caminho em busca do ideal comum, de se visualizar a importância da relação médico-paciente e de se valorizar as comissões de ética nos hospitais.

Enfim, temos a conclamar a classe médica a uma participação mais efetiva no alicerce da estrutura da saúde no país. Esta participação também passa pelo espaço democrático que se estabeleceu com a nossa revista "Arquivos".

Cons. Luiz Sallim Emed
Presidente do CRM-PR

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, afóra 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.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

“Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (Artigo 153 § 2º da Constituição Federal).

“Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece”.(artigo 3º do Código Civil)

“A ignorância ou errada compreensão da lei não eximem de pena”. (artigo 16 do Código Penal)

PREÂMBULO

I - O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com discipção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infringência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética , das autoridades da área de saúde e dos médicos em geral,

VI - Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei .

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Artigo 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Artigo 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional

Artigo 3º - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Artigo 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Artigo 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Artigo 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana atuando sempre em benefício do paciente Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade

Artigo 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Artigo 8º - O médico não pode, em qualquer circunstancia ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Artigo 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstancia ou de qualquer forma, ser exercida como comércio

Artigo 10 - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Artigo 11 - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Artigo 12 - O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Artigo 13 - O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Artigo 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde

Artigo 15 - Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Artigo 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar por parte do médico a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Artigo 17 - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da Medicina.

Artigo 18 - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Artigo 19 - O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II

DIREITOS DO MÉDICO

É direito do médico:

Artigo 20 - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

Artigo 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas, e respeitando as normas legais vigentes no País.

Artigo 22 - Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos Órgãos competentes e, obrigatoriamente, a Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Artigo 23 - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou que possam prejudicar o paciente.

Artigo 24 - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina

Artigo 25 - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Artigo 26 - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Artigo 27 - Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Artigo 28 - Recusar a realização de atos médicos que embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Artigo 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Artigo 30 - Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Artigo 31 - Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Artigo 32 - Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente

ou seu responsável legal.

Artigo 33 - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente

Artigo 34 - Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado

Artigo 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Artigo 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave

Artigo 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de torça maior.

Artigo 38 - Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Artigo 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Artigo 40 - Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 41 - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Artigo 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Artigo 43 - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Artigo 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Artigo 45 - Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Capítulo IV

DIREITOS HUMANOS

E vedado ao médico:

Artigo 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Artigo 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Artigo 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Artigo 49 - Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Artigo 50 - Fornecer meios, instrumentos, substancias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, contra a pessoa.

Artigo 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das passíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipóstase de perigo de vida iminente, tratá-la.

Artigo 52 - Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Artigo 53 - Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade

Parágrafo único: Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 54 - Fenecer meio, instrumento, substancia, conhecimentos, ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Artigo 55 - Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Artigo 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Artigo 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Artigo 58 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Artigo 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Artigo 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Artigo 61 - Abandonar pacientes sob seus cuidados.

Parágrafo 1: Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

Parágrafo 2: Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

Artigo 62 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, trazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Artigo 63 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Artigo 64 - Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Artigo 65 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Artigo 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Artigo 67 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Artigo 68 - Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Artigo 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Artigo 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Artigo 71 - Deixar de fonecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.

Capítulo VI

DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Artigo 72 - Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Artigo 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Artigo 74 - Retirar órgão de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Artigo 75 - Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

Capítulo VII

RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Artigo 76 - Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente na localidade.

Artigo 77 - Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Artigo 78 - Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Artigo 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Artigo 80 - Praticar concorrência desleal com outro médico.

Artigo 81 - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Artigo 82 - Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

Artigo 83 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Artigo 84 - Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Artigo 85 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Capítulo VIII

REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Artigo 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.

Artigo 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Artigo 88 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Artigo 89 - Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Artigo 90 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Artigo 91 - Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Artigo 92 - Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Artigo 93 - Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

Artigo 94 - Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais,

Artigo 95 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Artigo 96 - Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios,

Artigo 97 - Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Artigo 98 - Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Artigo 99 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Artigo 100 - Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Artigo 101 - Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Capítulo IX

SEGREDO MÉDICO

É vedado ao médico:

Artigo 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente:

Parágrafo único: Permanece essa proibição:

- a. Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
- b. Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Artigo 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o mesmo tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente,

Artigo 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema e artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Artigo 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Artigo 106 - Prestar às empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Artigo 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Artigo 108 - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papéletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Artigo 109 - Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial. :

Capítulo X

ATESTADO E BOLETIM MÉDICO

É vedado ao médico:

Artigo 110 - Fonecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda a verdade.

Artigo 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

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

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

Artigo 113 - Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

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

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

Artigo 116 - Expedir boletim médico falso ou tendencioso

Artigo 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal

Capítulo XI

PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Artigo 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Artigo 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Artigo 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Artigo 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Capítulo XII

PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Artigo 122 - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Artigo 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo único: Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Artigo 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo e terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

Artigo 125 - Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais,

Artigo 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Artigo 127 - Realizar pesquisa medica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Artigo 128 - Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Artigo 129 - Executar ou participar de pesquisa medica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Artigo 130 - Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Capítulo XIII

PUBLICIDADE E TRATAMENTOS CIENTÍFICOS

É vedado ao médico:

Artigo 131 - Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Artigo 132 - Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Artigo 133 - Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecida por órgão competente.

Artigo 134 - Dar consulta, diagnóstico ou prescrição, por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Artigo 135 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Artigo 136 - Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Artigo 137 - Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Artigo 138 - Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações, opiniões ainda não publicadas.

Artigo 139 - Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Artigo 140 - Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

Capítulo XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 141 - 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.

Artigo 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Artigo 143 - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

Artigo 144 - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho de Medicina.

Artigo 145 - O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de ética Médica (DOU 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM nº. 1.154 de 13104/84) e demais disposições em contrário.

Publicado em D.O.U. de 08/01/88

REENCONTRO COM OS VALORES HUMANOS: A ÉTICA

Manuel Escribano*

APRESENTAÇÃO

Quando o homem está à procura do homem... não importa a fé que você tenha. Não importa a sua religião. Importa, e sim a dimensão humana.

Muitas são as perspectivas através das quais podemos abordar o problema do homem. Uns acentuam as suas fraquezas, outros se fixam na sua grandeza. Carregando consigo o enigma de seu próprio ser, cabe-lhe ao menos a possibilidade de refletir sobre si mesmo e o seu valor, como tal, independentemente da sua fé ou da sua religião.

Existe íntima relação, no homem, entre o seu ser e os seus atos.

O homem age de acordo com o que é, mas, também, por outro lado, ele é na medida do que faz.

E é assim que, através do que fazemos, e de nosso modo de agir, construímos também aquilo que nos fazemos ser.

O homem é, permanentemente, uma composição de sua natureza manifestada espontaneamente, e de seus ideais elaboradamente assentados.

O problema começa a ser tratado, pois, quando passamos a ter noção do que o homem tem feito de si mesmo.

É o que nós chamamos: UM REENCONTRO COM OS VALORES.

Assim podemos afirmar que para uns o homem vale pela sua liberdade; para outros pela sua inteligência; finalmente, hoje, parece que o homem vale pelo que faz, pelo que produz.

Esta última tipologia, de corte netamente pragmatista, levou os homens a serem interesseiros mais do que interessados.

Deixamos de ser interessados, na medida em que não procuramos a compreensão do sentido da própria vida e dos outros, e por isto mesmo perdemos a consciência de nossa participação na existência. Passamos a ser interesseiros, na medida em que um espírito de imediatismo e de lucro passa a dominar-nos e dominar o mundo. Surge logo o movimento existencialista, não como uma solução, mas como uma reação.

O existencialismo não é uma solução para a vida do homem, porque há uma série de equívocos, que não podemos admitir, embora possamos compreender.

A vida que o homem moderno construiu para de mesmo o sufoca. Basta lembrar aqui um fato: o homem hoje é egoísta mesmo sem querer.

Ele se isola e se defende. Disputa cotidianamente com o seu semelhante, mesmo que não o deseje.

Ele se toma egoísta para não sucumbir. Vive insatisfeito consigo mesmo, pois dificilmente é dono de suas próprias ações.

* Padre Católico e Médico. Professor de Ética da PUC (Curitiba). Conferência apresentada no Dia do Médico, 1987, em Curitiba.

A idéia de um convívio foi substituída por uma atitude de resistência, de desconfiança, de temor a uma passível ameaça.

Desta forma, a ética humana dos valores, não é só uma questão teórica, no sentido de determinar a direção e os valores da vida humana. É também um problema prático, que sentimos em nós, a nosso redor, e em todo o mundo.

Esta situação obriga a todos aqueles que têm na vida um sentido de responsabilidade a voltar a sua consideração para discernir o que é o homem, e o que deve ser homem.

É, sem dúvida nenhuma, a questão mais delicada e mais espinhosa da ética humana. O homem precisa restabelecer o culto de si mesmo. Não o culto forjado pela propaganda. Trata-se do cultivo do próprio homem. Deve saber que não nasce completo e acabado. Ter consciência de que se educa a cada instante de sua vida. Cada escolha é um passo na formação de seus hábitos, e uma etapa no apuro de sua própria sensibilidade, é um degrau de estruturação do seu modo de pensar.

O que fazemos reflete o que somos, e constrói o que seremos.

O caminho da vida para os homens verdadeiramente dignos dos dons de sua própria natureza é este exatamente que consiste em procurar o desenvolvimento mais pleno do seu próprio ser.

É o homem à procura do homem; é a luta consigo mesmo, marcada pelo desejo de perfeição. ou, pelo menos, de superação.

O homem só tem direito de dizer que é, verdadeiramente, se resolver as antinomias internas de seu próprio ser, no desenvolvimento harmonioso de si mesmo, procurando a realização completa das disposições de sua natureza.

Hoje procura a felicidade e o bem por toda a parte; esquece de procurá-los no desenvolvimento de si mesmo.

Vivemos um momento de irritação e cepticismo. Parece que estamos apenas interessados no que utilitário e desfrutável se nos pode oferecer em tudo que nos rodeia.

Tornamo-nos submissos e adeptos de um sistema de trocas e descartes que, enfim, nos domina e impõe os caprichos das "novidades" que se tornam algo imperioso e inevitável no dia-a-dia de nossas existências.

Ao falar em ÉTICA o importante é lembrar que os valores fazem parte de um sistema, o sistema em que vivemos e que determina sua importância relativa, bem como a importância de muitos objetos de nossa vivência, sejam materiais ou espirituais.

Torna-se extremamente difícil manter os valores numa época e situação em transição como a nossa.

É necessário compreender que a inteligência deve estar permanentemente despertada, porque a vida humana se desdobra entre o mundo dos fatos e o mundo teórico, e só um permanente esforço intelectual faz com que estes dois planos se conjuguem.

A ÉTICA, como veremos, sofre esta tremenda realidade nos valores concretos. Não mataras: qual o problema a que corresponde este princípio?!... Devemos ser bons. O que é ser bom? Quando conseguimos ser bons? Em educação, devemos ser pacientes. Trata-se de compreensão diante de uma deficiência insanável? Em medicina, a bondade ética, é material ou ultrapassa os limites experimentais e concreto e entra na transcendência?...

Não nos bastam as teorias. É necessário que saibamos sempre relacioná-las aos problemas a que se referem. É necessário, especialmente, saber colocar os problemas. Não podemos aceitar qualquer problema, colocado de qualquer maneira. Para nós, o valor por excelência de uma verdadeira ÉTICA e que ela começa pelo debate sobre a maneira de colocar um problema. E mais ainda tratando-se de conduta humana. Se uma posição ÉTICA se apresentar partindo de princípios, que não justifica, trata-se de uma posição sectária, e não verdadeiramente do que se possa chamar ÉTICA.

O valor por excelência da ÉTICA está no estabelecimento de uma consciência clara sobre o problema fundamental, que é este: como colocar corretamente um problema ético?

De nada nos valem as soluções, de nada valem as teorias, se não temos consciência clara de como devem ser colocados os problemas.

Somos problemas à procura de soluções: a solução primeira é tomar consciência dos problemas, dos problemas que nós somos, dos problemas que se põem para nós, dos problemas que devemos descobrir diante de nós.

E mais fácil construir uma teoria do que formular com precisão um problema, —eis a questão.

E por isso que o mais importante é ser claro no conceito de ÉTICA. O que é a ÉTICA PARA NÓS? Em decorrência desta claridade de consciência é que se coloca a nossa atuação no plano concreto da nossa profissão e atividade, com relação ao doente, ao paciente.

1. O DESAFIO DA CLARIDADE

ÉTICA, simplesmente, é a ciência da conduta. Mas nesta simplicidade encontra-se a sua maior dificuldade.

O que é a conduta?

Duas são as concepções fundamentais:

1ª) - A ciência do FIM a que a conduta dos homens se deve dirigir e dos MEIOS para atingir tal fim; e deduz tanto o fim quanto os meios da NATUREZA no homem.

2ª) A ciência do MÓVEL da conduta humana e procura determinar tal móvel com vistas a dirigir ou disciplinar a mesma conduta.

As duas concepções são profundamente diferentes e falam duas linguagens diversas.

A primeira fala a linguagem do ideal a que o homem está dirigido pela sua natureza, e por conseguinte, da "natureza", ou "essência" ou "substância" do homem.

A segunda fala dos "motivos" ou das "causas" da conduta humana ou das "forças" que a determinam e pretende ater-se ao conhecimento dos fatos.

A confusão entre ambos pontos de vista heterogêneos está na definição do BEM.

A análise da noção do BEM mostra logo a ambigüidade que ela oculta: já que BEM pode significar ou o que é (pelo fato de que é) ou o que é objeto de desejo, de aspiração, etc.: e estes dois significados correspondem exatamente às duas concepções de Ética.

De fato, é peculiar à concepção 1ª a noção do bem como realidade perfeita ou perfeição real, ao passo que é peculiar à concepção 2ª a noção do bem com objeto de desejo.

Se afirmamos: "O bem é a felicidade", a palavra "bem" tem um significado diferente daquele que se encontra na afirmação. "O bem é o prazer".

A primeira asserção significa: "a felicidade é o fim da conduta humana, deduzível da nobreza racional do homem".

A segunda asserção significa: "o prazer é o móvel habitual e constante da conduta humana".

O alcance das duas asserções são completamente diferentes, a distinção entre éticas do fim e éticas do móvel deve ser mantida continuamente presente nas discussões sobre ética.

1º) Ambos, doutrinas éticas elaboradas por Platão, isto é, tanto a que encontra a sua melhor expressão na REPÚBLICA como a que encontra a sua melhor expressão no FILEBO, se inscrevem na primeira das concepções que distinguimos.

Por diferentes que sejam as doutrinas a que se fez menção, nas suas articulações internas, a sua impostação formal é idêntica.

Elas procedem: a) determinando a NATUREZA necessária do homem; b) deduzindo de tal natureza o FIM a que deve ser dirigida a sua conduta.

2º) A segunda concepção fundamental da Ética é a que se configura como uma doutrina do móvel da conduta. A característica dessa concepção é que nela o bem não se define na base da sua realidade ou perfeição, mas só como objeto da vontade humana ou das regras que a dirigem.

Assim, enquanto na primeira concepção as normas são derivadas do ideal que se assume como próprio do homem (a perfeição da vida racional) na segunda concepção, procura-se em primeiro lugar determinar o MÓVEL do homem, isto é, a REGRA à qual ele obedece nas linhas dos fatos; e portanto se define como bem aquilo a que se tende em virtude de aquele móvel, ou que é conforme à regra em que ele se exprime.

O que se tende ressaltar é o mecanismo dos móveis que estão como fundamento das regras do direito e da moral: para sobreviver, o homem se conforma com tais regras e não pode agir de outro modo.

Em tais formulações, o móvel da conduta humana é o desejo ou a vontade de sobreviver. Em outras formulações do mesmo gênero, esse móvel é o prazer.

Há uma controvérsia nascida há pouco, que merece ser mencionado aqui é digna de exame, ainda que liberalmente, a propósito dos fundamentos gerais da Ética: se eles são derivados da RAZÃO ou do SENTIMENTO, se chegamos ao conhecimento deles por meio de uma conseqüência de argumentos e induções ou por meio de um sentimento imediato e de um fino senso interior.

E foi Hume quem encontrou a palavra que exprimia essa nova diretriz: o fundamento da Ética seria a UTILIDADE.

Em outros termos, é boa a ação que proporciona "felicidade e satisfação" à sociedade; e a utilidade agrada porque responde a uma tendência natural: a que inclina o homem a promover a felicidade de seus semelhantes.

A razão e o sentimento entram por isso igualmente na Ética: "A razão nos instrui sobre as diversas direções da ação, a HUMANIDADE nos faz estabelecer a distinção em favor daquelas que são úteis e benéficas".

A Ética, como técnica da conduta, parece à primeira vista mais extensa do que o direito como técnica da coexistência. Mas se refletir que toda espécie ou forma de conduta é uma forma ou espécie de coexistência, ou reciprocamente, vê-se logo como a distinção dos dois campos é pura matéria de oportunidade para delimitar problemas particulares ou grupos de problemas ou campos específicos de consideração e de estudo.

2. ÉTICA: POSICIONAMENTO PERANTE OS VALORES

A Ética se defronta com esta realidade que é, precisamente a sua cruz. Em geral, o que deve ser objeto de preferência ou de escolha, nós chamamos de VALOR. Mas as coisas não são tão simples assim.

O subjetivismo e o objetivismo tem grande influência na apreciação do VALOR.

Sobre o VALOR existe uma divisão análoga àquela que caracteriza a teoria do BEM: a divisão entre um conceito metafísico ou absoluto e um conceito empirista ou subjetivista do próprio VALOR.

O primeiro atribui ao VALOR um status metafísico, que é completamente independente das relações do VALOR com o homem. O segundo considera o modo de ser o VALOR em estreita relação com o homem ou com as atividades ou com o mundo humano.

O primeiro conceito insiste sobre a conexão do VALOR com o homem, por outro lado sobre a independência do próprio VALOR.

A primeira determinação é, de fato, constitutiva do VALOR e marca a sua característica diferencial em relação ao BEM tradicionalmente entendido.

A segunda determinação tende a garantir ao VALOR o seu caráter absoluto.

A sorte do termo VALOR no mundo moderno é devida em boa parte à obra de Nietzsche e ao escândalo que provocou com a pretensão de inverter os valores tradicionais.

Assim nasceu o RELATIVISMO DOS VALORES e nascia no coração do HISTORICISMO, isto é, da consideração da relação entre os VALORES e a história. Chegou-se a afirmar: o VALOR não é nunca uma entidade objetiva, mas a sua objetividade deriva somente da correlação entre sujeito e objeto. Não existem portanto VALORES absolutos; e são VALORES só aqueles que em condições determinadas os homens reconhecem como tais.

Como se vê, reproduz-se, no íntimo desta interpretação fundamental do VALOR, uma situação análoga a que se verifica na primeira: a atribuição ao VALOR de dois caracteres contrastantes, o absoluto e a relatividade: o primeiro constituiria o modo de ser do valor em si, o segundo modo de ser na história.

Queremos sintetizar:

1ª) O VALOR não é somente a preferência ou o objeto da própria preferência, mas é o preferível, o desejável, o objeto de uma antecipação ou de uma espera normativa.

2ª) Por outro lado, este não é um mero ideal de que as preferências ou as escolhas efetivas possam completamente ou quase completamente prescindir, mas é, antes, o guia ou a norma (nem sempre seguida) das próprias escolhas e em cada caso o seu critério de juízo.

3ª) Conseqüentemente, a melhor definição dele é aquela que o considera como uma POSSIBILIDADE DE ESCOLHA, isto é, como uma disciplina inteligente das escolhas, que pode conduzir a eliminar algumas delas ou a declará-las irracionais ou nocivas, e pode conduzir (e conduz) a privilegiar outras, prescrevendo a sua repetição cada vez que determinadas condições se verificam.

Procuramos ver tudo isto num terreno mais concreto e de maior simplicidade mas, por isso mesmo, mais comprometedor.

3. SOCIALIZAÇÃO DOS VALORES

E aqui, pensamos, donde a Ética encontra as suas maiores dificuldades: no fenômeno da socialização do homem; e isso porque através de sua educação entram os valores. São os valores (as idéias) convertidos em vivências que determinam as características do homem e inspiram suas opções. Os valores são o bem considerado do ponto de vista ético ou da opção. Sem uma consideração séria e profunda de valores, as opções se tornam muito difíceis e, especialmente, irresponsáveis. O homem quando opta, não apenas considera a verdade daquilo que lhe serve de objeto de opção, mas especialmente, a bondade da sua opção.

Para poder responder por alguma coisa que fazemos, não basta que saibamos que ela é uma verdade, mas é preciso saber que representa um bem, isto é, que não seja apenas algo intelectual ou racional, mas afetivo ou ético.

As opções em termos intelectuais não comprometem ninguém. Enquanto não se proceder na aprendizagem e na formação ética, por princípios éticos baseados em valores bem definidos, a educação, a profissionalização serão deficientes, superficiais e pouco profundas.

Enquanto não for envolvido o aspecto ético, de decisão e responsabilidade, pouco resultado intelectual e educativo se alcançará, ainda que tecnicamente tenhamos progressos. Em outras palavras, se não houver valores envolvidos, as opções serão muito tênues e pouco profundas e duradouras. Naturalmente os valores também tem o seu aspecto intelectual, racional, de conhecimento.

Qualquer bem, se for para ser um verdadeiro valor, não pode restringir-se apenas aos aspectos intelectuais, sob pena de se tornar um valor apenas simbólico, sem nenhuma influência na vida concreta das pessoas.

Os valores são na realidade as inspirações para as opções e ações humanas. Tudo o que o homem realiza de maneira consciente é de algum modo inspirado por valores. Naturalmente os valores serão subjetivos ou objetivos. Por isso é tão importante o conhecimento.

Quanto mais este conhecimento dos valores for objetivo e amplo, mas colocado dentro das opções concretas do homem, isto é, se tornarem subjetivos, tanto mais eles se constituirão elementos de educação ética.

Não é suficiente o conhecimento objetivo para influir positivamente na tomada de decisões e de atitudes. É preciso que acresça a decisão, que sempre será subjetiva, pessoal, embora baseada em dados ou informações objetivas.

São os valores que inspiram a ação do homem e lhe dão a sua intencionalidade. Ninguém pode optar a não ser por um valor. Apenas as ações instintivas ou impulsivas abstraem de certo modo dos valores.

A Ética é tudo o contrário à impulsividade.

Os valores devem ser a inspiração dos fins e dos objetivos das pessoas. O mais importante e o mais difícil na realidade humana da Ética, não são as idéias, é a clarificação dos seus valores, a importância que os valores, todos eles, representam para a sua vida, e as condições em que eles devem e podem ser postos em prática. Ainda mais: a vivência dos valores não é espontânea mas precisa tornar-se cada vez mais consciente, constituindo-se numa verdadeira opção intencional da pessoa.

Como os valores são a inspiração para as opções finalísticas e intencionais do homem, eles não podem ser deixados ao acaso, mas precisam ser aprendidos com muito cuidado.

Podemos ainda perguntarmos, frente a uma cirurgia, um diagnóstico, uma decisão terminal: Quais os valores que nos inspiram? Quais os objetivos que propomos? E tenhamos presente que ao falarmos de objetivos, necessariamente temos que falar em valores. Pois os objetivos não são nada mais do que os valores postos em prática, colocados em operação.

O importante é ter maior clareza sobre os critérios a serem seguidos no estabelecimento dos objetivos e na definição dos valores a serem propostos na formação.

Se objetivos são valores em ação, para que eles sejam postos em prática, é preciso que eles correspondam ao modo de perceber, ser, pensar, sentir e agir das pessoas. É necessário que eles sejam de fato aceitos e vividos.

Facilmente consideramos os objetivos como simples bens objetivos, e não os consideramos como valores a serem adquiridos e vividos.

Eles representam e devem representar objeto de opção e de ação.

Quando nos posicionamos perante qualquer coisa, devemos saber por que vamos aceitá-la ou não.

Um pequeno exemplo: uma coisa, pelo fato de ser barata, não é melhor, nem pelo fato de se querer se torna boa. Nem pelo fato de não ser aceita ou desejada, ela perde o valor.

É aqui donde entra na sua mais plena realidade o sentido dos valores lógicos e éticos, independentemente do credo de cada pessoa.

Para uma coisa não ser simplesmente imposta, ou por outra, ser adquirida obrigatoriamente, apesar da nossa contrariedade, ela precisa representar um valor. Esquecemos muitas vezes que entre valores lógicos, valores éticos e vivência percorre uma estreita ligação de vida.

É o problema da percepção, da vivência, que constitui o alicerce do valor, e esta, a vivência, não se pode impor. Pode-se, intelectualmente, racionalmente, convencer alguém de que é importante estudar ou fazer isto ou aquilo. Mas, só enquanto lhe for cobrado, ele fará aquilo que se lhe impõe racionalmente, ou irracionalmente. O raciocínio frio e racional, ou a pura imposição não são suficientes na ética. A ética é vida, é conduta, é regra concreta de comportamento humano.

Inclusive, numa escala de valores, o valor ético está muito acima do valor intelectual ou lógico, porque o lógico é apenas da razão, de conhecimento, ao passo que o ético é de ação, decisão, liberdade: é o uso da liberdade.

Daí a importância que a pessoa se envolva com o valor, não apenas como um bem, no nível do racional, do intelectual, mas que o considere como objeto de decisão, de ação, que é do nível ético, do nível do querer, da vontade, não apenas da razão ou da inteligência.

Daí surge um problema, que por vezes não se atente devidamente. No próprio estabelecimento duma taxionomia, está-se geralmente trabalhando com o nível ou o domínio cognitivo. O domínio afetivo não entra quase em questão. Os valores ou as razões por que se vai realizar determinada ação, geralmente são pouco considerados. Entretanto, é preciso que se envolva o aspecto valorativo, o domínio afetivo ou ético e não meramente o domínio cognitivo ou racional, embora seja irracional decidir sem raciocinar.

Os valores não são irracionais, domínio afetivo não é irracional, mas ele vai além da simples razão, pois entra no domínio ético, que é da ação consciente, da ação voluntária, da ação decidida, não simplesmente da compreensão de algumas coisas. Se saber fosse virtude, a pessoa que aprende muitas coisas para fazer o mal, seria um sujeito ótimo, contanto que ele soubesse muitas coisas, e as fizesse bem feitas tais como abrir cofres, atacar os outros.

É um saber. Mas o saber, a verdade, não é automaticamente um valor. Neste caso, o saber é um bem objetivo, mas é um bem mal usado, isto é, torna-se um antivalor. O bem mal usado pode transformar-se num antivalor, especialmente se aplicado no momento errado, e com a intenção deturpada, ou em circunstâncias inconvenientes. É importante esta consideração. Fala-se tanto em objetivos, e não se pensa quase nunca em valores, quando, na realidade, os objetivos, antes de mais nada, representam valores postos em prática. O objetivo está diretamente ligado aos fins do homem. E qual é o fim do homem? A perfeição. A perfeição não é meramente racional. Perfeição é moral, é ética. Perfeição é valor, não é um simples bem, nem um simples aspecto lógico. É um bem mais ético do que lógico.

Aqui, com facilidade, entramos numa espécie de dicotomia, separando o bem do valor, separando e até opondo o lógico ao ético.

A ética bem vivida encerra em si mesma o mais alto sentido do otimismo e da esperança. Apesar de todos os problemas, misérias e desgraças que existem no mundo e nas pessoas, há um outro lado possível, o lado bom, o lado positivo.

As pessoas têm de se reconstruir, redimensionar, redirecionar, elas mesmas jamais podem ser destruídas, ou condenadas, acabando por tirar-lhes o pouco de valor que talvez possuam, sob o pretexto de que esta pode destruir para depois a reconstruir. A ética exige profundidade mental, mas muito mais profundidade de espírito. Se houver profundidade nas nossas decisões, e, se não as tomarmos em base ao consumismo ou utilitarismo, não precisaríamos estar vivendo na incerteza ou modificando as nossas decisões, embora tenhamos de adaptá-las às novas circunstâncias.

A questão é mais séria. Não se pode brincar com os valores humanos, com os valores das pessoas, nem ainda usando argumentos logicamente científicos, quando não atingem a verdadeira realidade humana.

Quem não tiver feito — no campo da ética — ou não fizer a reflexão ou flexão para dentro, de voltar-se sobre si mesmo, será incapaz de voltar-se com segurança para os outros e para o mundo exterior.

4. ÉTICA PESSOAL E VALORES ABSOLUTOS

A Ética normativa, que o homem descobre no processo evolutivo e histórico, constitui um ponto de referência básico, do qual não se pode prescindir.

Mas todo princípio normativo tem que ser a encarnação particularizada de um valor e se este responde às exigências mais autênticas e profundas do homem, então ninguém poderá se negar a seguir este caminho.

No entanto; essa maior concentração dos valores éticos ainda não é suficientemente concreta para a orientação definitiva de uma conduta. Para levar em conta todos os dados da situação, eles ainda exigem uma aplicação ulterior às circunstâncias específicas de cada pessoa.

A Ética humana deve se articular necessariamente com base na realidade pessoal e não com base em princípios absolutos que, embora objetivos e verdadeiros, por sua própria natureza têm que ser despersonalizados, não podendo assim incluir os elementos, talvez singulares, que configuram a própria realidade.

No entanto, apesar do caráter marcadamente absoluto de algumas formulações, nos defrontamos com algumas circunstâncias concretas que nos levam a aceitar a relatividade de certos princípios universais para poder aplicá-los a uma realidade muito complexa e polivalente.

Isto significa que, na prática, há ocasiões em que não se deve cumprir aquilo que, na teoria, é apresentado como princípio universal.

Assim, ocorre um desajuste entre a lei normativa em abstrato e sua aplicação concreta a uma conduta. A pessoa que deve agir, portanto, também precisa às vezes levar em conta outros elementos peculiares de sua própria situação pessoal para saber se aquilo que é mandado ou proibido continua vigorando nessa situação. Já que a lei universal nem sempre abarca as múltiplas características pessoais nem a enorme e difícil complexidade de algumas situações, é precioso sempre repensar se esse comportamento continua sendo o melhor para o homem.

Assim, a ética normativa tem que se converter em uma Ética pessoal. Enquanto isso não se realiza, deve ficar em suspenso o juízo valorativo de uma conduta pela qual o homem se faz bom ou mau ao levá-la a efeito.

É evidente que não existe nenhuma antítese ou contraposição entre ambas posições, pois a Ética pessoal necessita de um ponto de referência nas normas mais universais para com elas confrontar a situação concreta.

Seria ilógico pensar que a obrigação concreta surgisse exclusivamente das simples circunstâncias, sem levar em conta os valores que quando muito, deveriam ser salvaguardados acima de tudo. Se os postulados da Ética normativa não são aceitos literalmente em certas ocasiões é porque a realidade se apresenta com tais características que exige uma nova colocação na busca de uma solução adequada. Assim nem sempre pode-se deduzir a Ética pessoal da Ética normativa.

O elemento decisivo da Ética em seu sentido mais autêntico e estrito — isto é, o que nos toma bons ou maus — reside nessa valoração pessoal que a pessoa realiza quando reflete sobre todos os dados e elementos com os quais deve confrontar a sua decisão.

A Ética normativa só o seria de forma análoga já que pelo simples cumprimento passivo daquilo que ela ordena ou proíbe não se pode adjetivar como boa ou má a conduta de um indivíduo.

Teríamos, porém, uma dupla formulação de normas? Como fundamentar as normas dessa Ética pessoal?

Todos os autores apresentam um duplo ponto de partida: a hetericidade concreta de uma ação pode ser descoberta por meio de uma argumentação deontológica ou através de um raciocínio teleológico.

a) - A colocação deontológica, por coerência lógica, leva à aceitação de que algumas ações são denominadas "intrinsecamente" ilícitas.

A Ética pessoal teria assim que se submeter completamente ao imperativo dessa norma, já que não era possível outra interpretação nem se podia tolerar qualquer dissensão.

Assim a situação, chegava-se à Ética do duplo efeito, que seria a interpretação clássica. Como avaliar essas ações de duplo efeito? A colocação tradicional exigia a verificação de quatro condições fundamentais:

- 1) Que a ação seja boa ou indiferente
- 2) Que o fim seja bom e honesto
- 3) Que o efeito bom não se produza através do mau
- 4) Que exista uma razão proporcionalmente grave que justifique a tolerância do efeito mau.

b) A fundamentação teológica e os valores pré-morais

Para descobrir a heticidade ou moralidade concreta de uma ação não basta ter em conta somente as exigências de sua natureza. Manter um princípio na condição de absoluto quando, com o seu cumprimento, destroem-se outros valores, muito mais importantes, constitui como uma idolatria do dever, justamente condenável.

Não se trata de procurar interpretação, sutileza, outros princípios complementares para encontrar uma escapatória para as situações complexas. Trata-se simplesmente de que, fora do princípio absoluto e radical do amor, não há outros valores ou normas com tais características.

Sua adjetivação ética, nestes casos, deve ser encontrada na totalidade da ação.

Somente quando não se cumpre com o valor ideal sem nenhuma razão proporcionalmente grave é que o mal físico ou pré-moral se converte também em mal ético.

Em contraposição à teoria anterior, nesta visão não se admite a existência de ações intrinsecamente más, valores que tenham que se considerar sempre como absolutos em qualquer hipótese e situação.

Em todo ato humano, ético, o homem se expressa e se automanifesta como uma totalidade que procura realizar como pessoa.

Então, quando de uma só ação brotam diversos efeitos, o bem ético consiste em discernir qual desses efeitos mostra-se verdadeiramente como o mais importante e necessário.

O fator decisivo para o bem ou mal ético é a referência dessa ação polivalente no sentido da realização humana e sobrenatural da pessoa.

Essa capacidade máxima de humanização, dentro do possível, encerrando em seu conjunto um determinado comportamento, é o que converte em um gesto de amor e serviço aquilo que, em outras circunstâncias, teria sido um ato brutal ou condenável. O único problema dessa nova formulação reside justamente em descobrir qual é o valor superior que devemos buscar acima de tudo.

Trata-se de ver se existe uma razão justa e proporcional que permita e compense a realidade de determinados efeitos negativos, que não são os efeitos que se objetiva e deseja. Esse valor supremo, que deve prevalecer e manter-se como o valor preferencial, é que dignifica uma conduta concreta, mesmo que dela se derivem algumas consequências que, do ponto de vista físico, teríamos que considerar lamentáveis.

Não devemos contrapor exageradamente as duas teorias, pois ambas possuem elementos bastante comuns e freqüentemente chegam às mesmas conclusões, embora por caminhos e com terminologias diferentes.

O estudo da tradição mostra que muitas normas deontológicas, no fundo, apresentam uma fundamentação marcadamente teleológica.

Por outro lado, uma fundamentação de tipo teleológico não costuma admitir que caia em um utilitarismo extremo, no qual só tenham valor os princípios ou ações que produzam melhores resultados. Temos de superar a ética pura e simplesmente utilitarista. Nem sempre aquilo que é o "mais útil" é, ao mesmo tempo, o mais ético e humanamente lógico.

Julgar a retidão ética de um comportamento por suas consequências não pressupõe cair na moral de simples eficácia, na qual o valor concreto fosse determinado pela dimensão quantitativa ou utilitária dessas consequências.

Para além da utilidade e da eficácia, abre-se uma perspectiva diferente, que nos revela o enorme valor do testemunho. Quando a ação brota de um grande amor, encontra nela a sua completa justificação. Se parece inexplicável que não a vivência, isso ocorre porque utiliza uma linguagem que nem todos podem compreender.

Temos de afirmar seriamente: acontece que a complexidade de certas situações muitas vezes não se resolve com a transparência dos princípios. E daí a função protetora da Ética.

Os valores que a ética normativa nos ensina, embora em um nível mais abstrato e especulativo, do dados de fundamental importância quando o homem deseja saber como deve se comportar. Eles têm um caráter profundamente pedagógico e orientador, pois indicam o caminho normal e comum que se deve percorrer para viver de acordo com a dignidade da pessoa humana. Eles representam o caminho de uma liberdade responsável e em ajuda imprescindível para a nossa própria realização.

As pessoas que ignoram sua existência, rejeitando a iluminação que nos vem deles, caem em um subjetivismo desintegrador e anárquico, na medida que deixam de confrontar sua conduta com critérios objetivos, patrimônio de uma rica herança e tradição.

A universalidade da norma como elemento constitutivo da decisão ética é indispensável para não cair na múltipla diversidade do concreto, sem nenhum ponto de referência.

Assim, como ciência, a ética tem uma função protetora, pela qual ninguém deve sentir-se incomodado e oprimido. Quando a situação é normal, não há porque recorrer a uma saída de emergência.

Assim, a busca constante de uma excessiva originalidade poderia ter sua explicação muito mais no campo da psicologia.

Entretanto, esses valores não devem ser considerados necessariamente como absolutos no sentido de que tem de prevalecer e se concretizar em todas as múltiplas circunstâncias que possam se apresentar. Essa dimensão absoluta, sem nenhuma possibilidade de exceção, só seria factível na hipótese de que tal valor nunca entrasse em choque com outro valor da mesma natureza.

No entanto, como nunca se pode excluir a possibilidade de tal choque em certas ocasiões, parece mais lógico e oportuno catalogar tais valores como pré-morais, já que sua obrigatoriedade só nasce em função de seu confronto com a realidade concreta.

Sua originalidade reside no fato de que são geralmente válidos, pois, dentro de seus limites e formulações, tentam abranger o maior número possível de circunstâncias e condições da ação. Se todas essas inumeráveis combinações pudessem ter guarida em seu enunciado, ninguém duvidaria de seu sentido

plenamente absoluto, não restando espaço para nenhuma possível dessensação. O fato de serem considerados "pré-morais" não significa que eles não devam ser concretizados, já que, em princípio, ninguém deveria atentar contra eles. Ora, como a moralidade e a heticidade só se encarnam no juízo que nasce de uma visão totalizadora e integradora da realidade situacional, então não se pode excluir, por hipótese, que o cumprimento de um valor comprometa gravemente a realização de algum outro valor, que se considere mais importante. Nesse sentido, a ética normativa mantém um certo caráter provisório. Sua validade permanece intacta, com a majestade e a urgência de todo chamado moral, enquanto não se dão outros fatores que obriguem a uma decisão diferente. De acordo com a tradição, deve-se considerar que o fim não justifica os meios quando estes conservam, apesar de tudo, o seu sentido negativo e pecaminoso.

5. DECISÃO PESSOAL NA ÉTICA PROFISSIONAL

No que chamamos de "ÉTICA PESSOAL" se dá uma orientação geral, abstrata, não particularizada a nenhuma situação que nos indica a existência a hierarquia de um mundo de valores que favorece e ilumina a decisão a tomar e, ao mesmo tempo, um imperativo concreto e já pormenorizado — o único absoluto e obrigatório nesse caso —, que também leva em conta os elementos específicos não incluídos nesse conjunto geral de normas.

Em sua atuação moral, o homem não deve aplicar somente uma norma, que é incompleta em sua universalidade para todas as ocasiões; também não deve considerar exclusivamente uma determinada situação, segundo seus critérios individuais, que o levariam a um subjetivismo exagerado.

O que ele deve é fazer uma síntese de ambos os elementos, para poder chegar a um juízo definitivo que seja o mais objetivo e pessoal possível.

Do mesmo modo como a norma deve ser interrogada criticamente pelo sujeito em vista da situação, este também deve permanecer aberto ao convite generalizado que provém da norma.

Assim, mas que como uma lei, a "ÉTICA NORMATIVA" parece como uma espécie de modelo que a "ÉTICA PESSOAL" procura reproduzir na realidade.

Existe aí uma dialética positiva e enriquecedora que, ao mesmo tempo, evita uma generalização despersonalizado e uma excessiva singularização.

Aquele que se deixa levar pela clareza dos princípios éticos sempre gozará de um juízo radiante e luminoso, sem sombras nem opacidades que dificultem sua decisão prática.

Aqui, a reflexão se orienta por caminhos diferentes. Nós vivemos em mundo no qual, infelizmente, nem sempre é possível manter elevados todos os valores humanos. Embora não seja difícil admiti-lo, isso significa que temos de regatear com o amor, que seu rosto não manifesta continuamente a satisfação e a alegria de quem vê tudo cumprido — e isso não por pura covardia ou negligência egoística mas sim por uma exigência de nossa própria condição humana.

Muitas vezes, a única saída que nos resta para evitar males e tragédias maiores é pactuar com aquilo que, teoricamente, sabemos não ser bom.

Desse modo, o compromisso se apresenta como uma contingência do homem que peregrina e se esforça na busca da verdade, quando é a única coisa que

pode levá-lo à melhor realização de seu próprio destino em um momento dado. O radicalismo extremo e quixotesco, que aumenta muitas vezes a força do mal, não tem nada a ver com uma atitude heróica. Herói é aquele que defende aquilo que julga mais conveniente e digno dentro das possibilidades que lhe restam. Seria muito mais elegante - e, naturalmente, muito gratificante para nosso narcisismo — uma conduta completamente alheia a todo tipo de compromisso. Entretanto, muitas vezes a vida se impõe com um realismo tal que freqüentemente o melhor se converte em inimigo do bom.

A aceitação dos limites que condicionam a nossa ação é uma exigência da natureza humana que se pode constatar repetidamente em todos os campos de nossa atividade.

A resistência a esses limites não pode chegar ao extremo de, na ânsia de alcançar tudo, se termine incapacitado de fazer o indispensável.

Para não cair em um situacionalismo radical e inaceitável, o comportamento deve levar em conta a hierarquia e a objetividade das obrigações; mas quando dois valores éticos (pré-morais) se tornam incompatíveis entre si, então não resta outro remédio senão escolher um deles, embora seja lamentável o abandono do outro.

A aceitação do compromisso não nasce da lei do menor esforço ou do desejo de satisfazer um gosto pessoal, como também não constitui uma defesa do minimalismo ético. A POSSIBILIDADE DE ALCANÇAR O MAIOR BEM POSSÍVEL É O ÚNICO MOTIVO QUE JUSTIFICA A EXISTÊNCIA DE OUTROS MALES.

Por isso, tal situação deve ser encarada sempre com um sentido provisório, sujeita a mudanças quando se descobrir que, através de outra opção, a perda do bem é muito menor.

Mantendo essa atitude, ninguém pode sentir-se definitivamente satisfeito com a escolha realizada, pois deve viver em um estado de vigilante atenção, para nunca perder o rumo e a orientação mais conveniente.

A pecaminosidade radical do homem e sua existência em um mundo decaído e destruído impedem qualquer atuação reta e transparente.

Poderíamos afirmar que: a assistência aos enfermos, o ensino da Medicina e a pesquisa no campo da saúde se enquadram neste parâmetro que acabamos de indicar.

A atuação humana no sentido de seu agir pessoal, deverá ser pautada pelos valores morais e éticos que constituem a Consciência Moral e que permitem à pessoa uma OPÇÃO FUNDAMENTAL entre o egoísmo e o altruísmo, embasada na liberdade e no senso da responsabilidade.

Devemos sempre ter em conta que a ÉTICA profissional medida, seja ela ligada à assistência, à docência ou à pesquisa, estará sempre relacionada ao objetivo superior, da vida humana, tentando valorizá-la, isto é, melhorar sua qualidade até a plenitude da excelência, que só poderá ser atingida com o auxílio do Autor da própria vida.

Os valores deverão ser expressos em atitudes correspondentes, adequadas à realidade global do ser humano, em seu contexto social que se transforma e, principalmente, em sua opção de atuação profissional específica.

São os valores que se transformam instrumentalizados pela sociedade de consumo e de massas... É a situação que esmaga a pessoa entre a "manipulação" e a humanização, sem lhe deixar espaço para o crescimento ascendente... São modificações sociais e culturais, que alteram as normas de comportamento, antes

que o homem se aperceba de sua presença e rapidez...

A perda do significado de PESSOA, ou a divinização do "povo", como sinônimo de MASSA e de CLASSE (Ortega y Gasset) levou à desintegração das relações humanas, interferindo sobremaneira, no compromisso interpessoal direto que rege, entre outras, a prática da Medicina.

A chamada socialização da Medicina, ou ainda pior, sua "estatização", transformam a Saúde Pública e a Assistência Médica num imenso sindicato onde só prevalecem os direitos e os médicos se vem reduzidos a "operários da saúde", acima de homens digníssimos dos direitos humanos...

Tanto a ÉTICA mal formulada, como principalmente a ÉTICA mal vivida, sofrem um contínuo processo de esvaziamento que atinge seu princípio mais íntimo.

Uma ÉTICA ligada exclusivamente aos interesses sociais e antropocêntrica, parece ser a pior forma da imoralidade, ou da desmoralização: é a amoralidade, pura e simplesmente.

É necessário e urge que o profissional ligado à preservação do valor mais nobre, que é a vida, reconheça os sinais da crise moral, que se abate sobre a nossa sociedade, e é igualmente importante que ele busque os meios adequados para iniciar a "RENOVAÇÃO ÉTICA", não apenas de seu ambiente, mas, sobretudo, de si próprio...

Uma ÉTICA DE CORPORALIDADE tem, como critério moral, a atitude da pessoa frente ao outro. É uma ÉTICA construída sobre um personalismo voltado à "ALTERIDADE".

A personalização do enfermo e a introdução da noção de pessoa no campo da patologia científica, são os primeiros passos para que assentem as bases éticas para uma Bioética.

Na Medicina atual, este conceito será a pedra da toque para que se possa reavaliar o ensino, a pesquisa e a assistência, em termos de ética humana e, logicamente, cristã por excelência, adequada ao nosso tempo.

6. PERSPECTIVAS QUE SE ABREM

Chegados a este ponto gostaríamos encerrar com algumas idéias que julgamos fundamentais, básicas e normativas.

- a) O querer viver, que serve da fundamento à Ética, é claro que se traduz primeiramente por "querer continuar a viver".
- b) Com o aparecimento da ciência e de suas inumeráveis aplicações técnicas, surge a possibilidade, para o homem, não mais apenas de perdurar ou sobreviver, mas de "progredir". Ciência e técnica podem e "devem" prover às suas necessidades essenciais.
- c) Há um abismo entre a realidade do mundo moderno e os princípios éticos ainda vigentes. Isto não significa uma problemática insolúvel ou drama de consciência. É simplesmente o grande desafio humano perante o mistério da vida, da ciência e da fé.
- d) Sentimos a recusa pelo engajamento em um sistema de princípios sérios, claramente definidos, e preferimos relativizar tudo. Sem ter ponto de referência claros... a mesma referência é já inútil.
- e) Encontramos dificuldades de elaborar uma sabedoria. Preferimos transformar tudo em "espetáculo" e profissionalismo.
- f) Não acreditamos mais que o sofrimento - não pelo sofrimento em si mesmo ou por masoquismo — seja o mestre duro do homem, mas que faz encaminhar a ciência no

mais profundo de seus mistérios: os limites!

Se alguém pensou que a Ética está em crise, não quer dizer que esteja em perigo. É verdade: a era das certezas fáceis chegou a seu termo. A humanidade não é assim tão fácil de ser feita.

g) O prodigioso desenvolvimento do que comumente chamamos de "ciências humanas" - entre elas a rainha parece-nos a Medicina - possui repercussões consideráveis sobre a Ética, porque ainda, e em primeiro lugar, está a pessoa humana, com todas as suas misteriosas dimensões.

h) Para uma verdadeira heticidade, a Ética objetiva (leis, normas, valores) representa apenas um ponto de referência exterior. Por isso é preciso que a Ética objetiva seja integrada e se torne uma linguagem interior.

A marcha concreta da consciência humana é totalmente diversa do que uma visão teórica e simplista que a Ética possa imaginar. Afirmamos com humildade, mas convencidos: não há consciência ética homogênea e invariável.

Isso porque um discurso ético, moral ou espiritual que se obstinasse em ignorar a existência da contribuição das ciências humanas ao serviço do homem e da pessoa humana, de forma alguma conseguiria merecer crédito.

CONCLUSÃO

Temos consciência de não ser donos da verdade; assim como acreditamos que a verdade não é "fixa", mas dinâmica, pelo fato de ter dimensões infinitas...

Temos consciência que podemos afirmar que algo pode ser "moral" mas não "ético" e vice-versa. Porque uma praxis pode ser "boa" para a moral vigente, mas "má" para uma ética com dimensões humanas.

Queremos deixar muito claro: o ÉTICO, ao nosso ver, pode assim ser transcendental ao MORAL. Porque as "MORAIS" são relativas. Cada uma justifica a praxis que usa como boa. A ÉTICA é uma, é absoluta: vale em TODA situação e para TODAS as épocas.

Queremos dizer, ainda, que o que salva é o serviço de salvação. Que a praxis ÉTICA não pode partir de dimensões puramente simplistas, cientistas e intranscendentais. Afunda as suas raízes na fé, na esperança e as realiza. A praxis "moral" pode partir da lei, embora seja legal e em cumprimento da Lei (moral), pode ter um fundamento inumano.

A práxis ÉTICA, porém, se funda na fé e a realiza.

Tenhamos presente: o mal existe. Não é uma ideologia ou uma enteléquia. É uma realidade concreta.

A sua origem mais profunda consiste em negar o outro, a outra pessoa, o outro termo da minha relação.

De tal modo que o outro, que é pessoa, agora virou "coisa, meio ao serviço de quem domina" ("eu" sou seu fim, seu senhor, seu dono), é aí que está o MAL ÉTICO, por ser injusto e inumano, isto é: por tentar a destituição do outro como pessoa, a alienação (alienum: diferente, vendido, destruído) de alguém em algo: coisificação, instrumentalização.

É por isso que nas mãos eficazes e eficientes da medicina repousam os valores mais altos da humanidade: podemos destruir pessoas, ajudar a realizar pessoas e, ao mesmo tempo personalizar-nos e despersonalizar-nos.

A escolha nas nossas mãos, mas sobretudo nas nossas mentes e em nossos corações.

**SABE COMO VOU CONHECER TUDO ISTO?
... LENDO**

Propaganda?

Cuidado

DECRETO-LEI Nº 4.113 - DE 14 DE FEVEREIRO DE 1942

Regula a propaganda de médicos, cirurgiões dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta:

DOS MÉDICOS E CIRURGIÕES DENTISTAS

Art. 1º. É proibido aos médicos anunciar:

I - cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento próprio, segundo os atuais conhecimentos científicos;

II - tratamento para evitar a gravidez, ou interromper a gestação, claramente ou em termos que induzam a estes fins;

III - exercício de mais de duas especialidades, sendo facultada a enumeração de doenças, órgãos ou sistemas compreendidos na especialização;

IV - consultas por meio de correspondência, pela imprensa, caixa postal, rádio ou processos análogos;

V - especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas;

VI - prestação de serviços gratuitos, em consultórios particulares;

VII - sistematicamente, agradecimentos manifestados por clientes e que atentem contra a ética médica;

VIII - com alusões detratoras a escolas médicas e a processos terapêuticos admitidos pela legislação do país;

IX - com referências a métodos de tratamento e diagnóstico não consagrados na prática corrente ou que não tenham tido a sanção das sociedades médicas;

X - atestados de cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento estabelecido, por meio de preparados farmacêuticos.

§ 1º As proibições deste artigo estendem-se, no que for aplicável, nos cirurgiões dentistas.

§ 2º Não se compreende nas proibições deste artigo anunciar o médico ou o cirurgião dentista seus títulos científicos, o preço da consulta, referências genéricas à aparelhagem (raio X, rádio, aparelhos de eletricidade médica, de fisioterapia e outros semelhantes); ou divulgar, pela imprensa ou pelo rádio, conselhos de higiene e assuntos de medicina ou de ordem doutrinária, sem caráter de terapêutica individual.

DAS PARTEIRAS, DOS MASSAGISTAS E ENFERMEIROS

Art. 2º É proibido às parteiras, aos massagistas e aos enfermeiros fazer referências e tratamentos de doenças ou de estado mórbido de qualquer espécie.

Art. 3º As parteiras, os massagistas, e os enfermeiros estão obrigados a mencionar em seus anúncios o nome, título profissional e local onde são encontrados.

DAS CASAS DE SAÚDE, DOS ESTABELECIMENTOS MÉDICOS E CONGÊNERES

Art. 4º É obrigatório, nos anúncios de casa de saúde, estabelecimentos médicos e congêneres, mencionar a direção médica responsável.

DOS PREPARADOS FARMACÊUTICOS

Art. 5º É proibido anunciar, fora dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos, produtos em especialidades farmacêuticas e medicamentos:

I - que tenham sido licenciados com a exigência de "venda sob terceira médica", sem esta declaração;

II - que se destinem ao tratamento de lepra, da tuberculose, da sífilis, do câncer e da blenorragia;

III - por meio de declarações de cura, firmadas por leigos;

IV - por meio de indicações terapêuticas, sem mencionar o nome do produto, e que insinuem resposta, por intermédio de caixas postais ou processo análogo;

V - apresentando-os com propriedades anti-concepcionais ou abortivas, mesmo em termos que induzam indiretamente a estes fins;

VI - com alusões detratoras ao clima e ao estado sanitário do país;

VII - consignando-se indicações de uso para sintomas ou para conservação de órgãos normais, com omissão dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos;

VIII - com referências preponderantes ao tratamento da impotência;

IX - por meio de textos contrários aos recursos atuais da terapêutica, induzindo o público a um ato tratamento;

X - exibindo-se gravuras com deformações físicas, dísticos ou artifícios gráficos indecorosos ou contrários à verdade na exposição dos fatos;

XI - fazendo-se referências detratoras aos que lhe são concorrentes;

XII - com promessa de recompensa aos que não tiverem resultados satisfatórios com o seu uso.

Art. 6º É permitido anunciar preparados farmacêuticos, sem prévia autorização do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, respeitadas os termos dos respectivos relatórios e licenciamentos.

§ 1º Os preparados intitulados "deputativos" deverão conter a indicação obrigatória da sua finalidade - "medicação auxiliar no tratamento de sífilis".

§ 2º Os produtos intitulados "reguladores", assim como os preparados destinados ao tratamento das afecções e empregados na higiene dos órgãos genitais, não poderão fazer referências a propriedades anticoncepcionais ou abortivas.

Art. 7º É facultado submeter-se à prévia aprovação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina o anúncio de preparado farmacêutico, para a venda livre que sair dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos.

Parágrafo único. O texto aprovado será válido para todo o território nacional, devendo, porém, o anunciante exibir a aprovação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, com respectivos números de ordem e data, quando reclamada pela autoridade competente, ou pelos órgãos de publicidade interessados.

Art. 8º Os anunciantes, em geral, poderão compreender textos educativos.

DAS PENALIDADES

Art. 9º Verificando que o anúncio contraria as disposições da lei, a autoridade sanitária encarregada da fiscalização do exercício da medicina e da farmácia intimará o anunciante a observá-las dentro do prazo de 30 dias.

§ 1º Neste prazo, poderá o interessado pedir a reconsideração, decidindo a autoridade no prazo de 30 dias. Se a reconsideração for negada, poderá recorrer à autoridade superior dentro de 10 dias contados da publicação do indeferimento.

§ 2º Se, decorridos os trinta dias, continuar a ser publicado o anúncio, apesar de negada a reconsideração ou de não provido o recurso, será imposta ao infrator, pela autoridade que o intimará ao cumprimento da lei, a multa de 100\$0 a 1:000\$00, elevada ao dobro na reincidência.

§ 3º Contra a imposição da multa caberá recurso, dentro de 10 dias, para o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, que deverá decidí-lo no prazo de trinta dias contados de quando houver sido interposto.

§ 4º A autoridade sanitária que impuser definitivamente a multa, providenciará junto ao Departamento de Imprensa e Propaganda para que, na parte que lhe competir promova a suspensão do anúncio.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 Esta lei entrará em vigor em todo o território nacional na data da sua publicação, ficando assegurada pelo prazo de 60 dias a publicidade que vem sendo admitida.

Parágrafo único. As disposições deste decreto, não se aplicam às publicações técnico-científicas, assim consideradas pelos órgãos competentes.

Art. 11 Revogam-se as disposições em contrário.
Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 1942, 121º da Independência e 54º da República.

GETÚLIO VARGAS
Gustavo Capanema

Nota do Editor: Releia as normas de propaganda do CFM em Arquivos nº 1 e 16

NECRÓPSIA! QUEM AUTORIZA ?

RESOLUÇÃO CFM 1081/82

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO que deve caber ao paciente, ou, em certos casos, a seus parentes ou responsáveis, a inteira responsabilidade pelo consentimento de todo e qualquer ato de elucidação diagnóstica ou terapêutica;

CONSIDERANDO que o paciente deve ser informado do diagnóstico, prognóstico e tratamento de seu caso;

CONSIDERANDO que cabe ao médico estabelecer bom atendimento na relação médico-paciente, em todos os casos;

CONSIDERANDO que o médico deve sempre comunicar ao paciente o risco específico de todo e qualquer procedimento médico e cirúrgico;

CONSIDERANDO que, especialmente em hospital de ensino, freqüentemente se torna indicado o procedimento de meios de diagnóstico port mortem;

CONSIDERANDO, o que consta do Processo CFM nº 121/78;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada aos 12 dias do mês de fevereiro de 1982,

RESOLVE:

Art. 1º - O médico deve solicitar a seu paciente o consentimento para as provas necessárias ao diagnóstico e terapêutica a que este será submetido.

Art. 2º - Quando o paciente não estiver em plenas condições para decidir, o consentimento ou autorização para necrópsia poderá ser dada por pessoa de sua família, ou seu responsável, em caso de paciente considerado incapaz.

Art. 3º - Nos hospitais, casas de saúde, maternidade e outros estabelecimentos de saúde que internem pacientes, poderá ser solicitada autorização para necrópsia, de preferência no ato do internamento.

Art. 4º - A obtenção de autorização para necrópsia jamais será condição para efetuar-se o atendimento ou o internamento do paciente.

Art. 5º - Os estabelecimentos de saúde capacitados à realização de necrópsia através de seus serviços de patologia, deverão firmar acordos com os organismos oficiais, para que essa necrópsia seja realizada de modo condizente com a legislação.

Rio de Janeiro, 12 de março de 1982

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

Nota do editor - O artigo 3º, é de discutível valor, pois, o consentimento deve ser específico e na oportunidade do fato.

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50):91, 1996

DOUTORANDO DE MEDICINA PODE RECEITAR ?

Parecer CRM-PR

Em resposta a consulta formulada pelo Dr. Hercule Spoladore - CRM 1030, temos a aduzir o seguinte:

1. Não é permitido a um Doutorando receitar.
2. O profissional poderá exercer o ato de receitar, após formado e inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
3. O aluno que receita, sem estar devidamente habilitado, no caso inscrito no Conselho Regional de Medicina, estará exercendo ilegalmente a Medicina, o que é crime previsto pela Legislação Penal. A circunstância de o fazer sob a supervisão de outros médicos, em nada modifica a situação, salvo sujeitar estes a Processo Ético-Profissional, por incurso no artigo 4º do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

É o meu parecer.

Curitiba, 31 de agosto de 1987

Antonio Celso C. de Albuquerque
Adv. Assessor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/09/87

Nota do Editor - afim de oportunizar treinamento, o aluno poderá preencher a receita com a orientação direta do professor, presente em cada caso, mas nunca assinar ou carimbar.

PODEM OS HOSPITAIS LIMITAR O RECEITUÁRIO MÉDICO NA PRESCRIÇÃO PARA OS PACIENTES ?

Parecer CRM-PR

Em relação a consulta a este Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, sobre as conseqüências da atitude do Diretor Administrativo de uma Instituição, que resultaram em dúvidas, formuladas a nós sob forma de perguntas, temos a informar:

1 - Com relação a sua 1ª pergunta: se "podem os hospitais limitar o receituário médico na prescrição para os pacientes", constatamos que a mesma é respondida em parte por sua 2ª pergunta, onde se lê, "diante da atual conjuntura, a padronização eventualmente é uma necessidade". Incorre em falta na verdade, o prezado Doutor, ao aceitar esta limitação de Diretor Administrativo, leigo portanto, aos fatos médicos, conforme Princípio VII e VIII do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

2 - Com relação a sua 2ª pergunta: diante da conjuntura atual (previdenciária) a padronização eventualmente é uma necessidade; a quem compete a sua elaboração? A elaboração da padronização de medicamentos a serem utilizados por uma instituição deve ser realizada pelo Corpo Clínico da mesma, devendo os casos de exceção serem discutidos e aprovados, pelo e com o Diretor Clínico da mesma. É necessário conhecer-se o regime interno da referida Instituição, para saber qual a forma particular instituída para esta situação, que pode, mesmo sendo diferente da proposta acima, ser perfeitamente ética.

3 - Sua 3ª pergunta, "qual deverá ser a atitude do médico diante da negativa de fornecimento de medicamento considerado essencial ao paciente, está já respondida, entretanto mais explicitamente diríamos: Uma vez conhecido o regimento interno dever-se-ia proceder como consta no mesmo. Caso este seja omissivo, para a situação especificada, o doutor deveria se comunicar e resolver o problema com o Diretor Clínico.

É o nosso parecer.

Curitiba, 17 de março de 1986

Nelson Egydio de Carvalho
Conselheiro CRM-PR

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 31/03/86

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50):93, 1996

ATESTADO DE ÓBITO

Resolução CFM 1290/89

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamenta pelo Decreto nº.44.045, de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar o fornecimento do Atestado de Óbito;
CONSIDERANDO o que estabelece o Código de Ética Médica nos seus artigos 110,112, 114, 115;

CONSIDERANDO o que foi aprovado na Sessão Plenária de 08 de julho de 1989;

RESOLVE

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

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

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

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

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

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

Art. 5º - Fica revogada a Resolução CFM nº. 743/76.

Brasília - DF, 08 de junho de 1989.

FRANCISCO ÁLVARO BARBOSA COSTA
Presidente

ANA MARIA CANTELICE LIPKE
Secretária Geral

Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 8/6/89

PACIENTE ALCOOLIZADO. COMO PROCEDER ?

Parecer CRM-PR

1. Como proceder diante de paciente que sob efeito de álcool ("5 doses de Vodka") recusa uma internação em situação de urgência (Ex.: observação clínica após trauma crânio-encefálico, trauma lombar grave e ferida corto-contusa de couro cabeludo com 20cm de extensão) e solicita presença de advogado para assinar termo de responsabilidade pelo não internamento?

2. Internado a revelia com "termo de compromisso" hospitalar assinado por amigo, manifesta desejo de fuga?

3. O advogado comparece e insiste em levá-lo?

Se o paciente, de plena posse de suas faculdades mentais, recusa internamento, o médico deve, munido-se das cautelas necessárias, no caso, documento assinado pelo doente, na presença de testemunhas, liberá-lo do atendimento. O profissional não pode se impor à vontade do paciente, se este se encontra apto a manifestar sua vontade.

Por outro lado, se o médico julgar o paciente incapaz de dispor sobre si, principalmente se sob o efeito de álcool, o profissional deve procurar o seu responsável e, não sendo isto possível, ministrar o procedimento que entender, desde que as circunstâncias, no caso, o obrigam ao socorro médico, principalmente se for medida de urgência.

Na hipótese da consulta, a simples presença de advogado, não autoriza a saída do hospital, de paciente incapaz de decidir por si, salvo aquele que pleiteia a alta, quer advogado ou não, possa comprovar a sua capacidade de representar ou se responsabilizar pelo doente.

Quanto a indagação contida no item 2º da consulta, para um pronunciamento mais abalizado, mister se faz o conhecimento dos termos do aludido "compromisso hospitalar".

É nosso parecer.

Curitiba, 3 de junho de 1985

Antonio Celso C. de Albuquerque
Adv. Consultor Jurídico

Parecer Aprovado

SE O PACIENTE RECUSA TRANSFUSÃO DE SANGUE O QUE FAZER ?

Resolução CFM Nº 1021/80

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no Art. 153, parágrafo 2º da Constituição Federal; no Art. 146 e seu parágrafo 3º, incisos I e II do Código Penal; e nos Arts. 1º, 30 e 40 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o caso de pacientes que, por motivos diversos, inclusive os de ordem religiosa, recusam a transfusão de sangue;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária deste Conselho, realizada no dia 26 de setembro de 1980,

RESOLVE:

Adotar os fundamentos do anexo PARÊCER, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes à recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida.

Rio de Janeiro, 26 de setembro de 1980.

Guaraciaba Quaresma Gama
Presidente em exercício

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

TRANSFUSÃO DE SANGUE

Parecer CFM

O problema criado, para o médico, pela recusa dos adeptos das Testemunhas de Jeová em permitir a transfusão sangüínea, deverá ser encarado sob duas circunstâncias:

1 - A transfusão de sangue teria precisa indicação e seria a terapêutica mais rápida e segura para a melhora ou cura do paciente.

Não haveria, contudo, qualquer perigo imediato para a vida do paciente se ela deixasse de ser praticada.

Nessas condições, deveria o médico atender o pedido de seu paciente, abstando-se de realizar a transfusão de sangue.

Não poderá o médico proceder de modo contrário, pois tal lhe é vedado pelo disposto no Art. 32, letra "f" do Código de Ética Médica: (novo código)

"Não é permitido ao médico:

f) exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente resolver sobre sua pessoa e seu bem-estar".

2 - O paciente se encontra em iminente perigo de vida e a transfusão de sangue é a terapêutica indispensável para salvá-lo.

Em tais condições, não deverá o médico deixar de praticá-la, apesar da oposição do paciente ou de seus responsáveis em permiti-la.

O médico deverá sempre orientar sua conduta profissional pelas determinações de seu Código.

No caso, o Código de Ética Médica assim prescreve:

Art. 1º - A Medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupações de ordem religiosa...".

Art. 30 - O alvo de toda a atenção do médico é o doente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

Art. 49 - O médico, salvo o caso de "iminente perigo de vida", não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento tácito ou explícito do paciente e, tratando-se de menor incapaz, de seu representante legal.

Por outro lado, ao praticar a transfusão de sangue, na circunstância em causa, não estará o médico violando o direito do paciente.

Realmente, a Constituição Federal determina em seu Art. 153, § 2º, que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei".

Aquele que violar esse direito cairá nas sanções do Código Penal quando este trata dos crimes contra a liberdade pessoal e em seu Art. 146 preconiza:

"Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda".

Contudo, o próprio Código Penal, no parágrafo 3º desse mesmo Art. 146, declara:

“Não se compreendem na disposição deste artigo:

1 - a intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”.

A recusa do paciente em receber a transfusão sangüínea, salvadora de sua vida, poderia, ainda, ser encarada como suicídio. Nesse caso, o médico, ao aplicar a transfusão, não estaria violando a liberdade pessoal, pois o mesmo parágrafo 3º do Art. 146, agora no inciso II, dispõe que não se compreende, também, nas determinações desse artigo: “a coação exercida para impedir suicídio”.

CONCLUSÃO

Em caso de haver recusa em permitir a transfusão de sangue, o médico, obedecendo a seu Código de Ética, deverá observar a seguinte conduta:

1º - Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis.

2º - Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.

Dr. Telmo Reis Ferreira
Relator CFM

MÉDICO DE PAIS LIMÍTROFE, DOMICILIADO EM CIDADE CONTÍGUA AO TERRITÓRIO BRASILEIRO, PODE CLINICAR NO BRASIL?

Parecer CFM

O estrangeiro tem a sua situação jurídica no Brasil regulada pela Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Neste diploma normativo estão previstas as várias formas de entrada, permanência e saída dos estrangeiros em nosso país.

Com efeito, uma das formas de admissão está regulada pelo artigo 21 e seus parágrafos da Lei supra mencionada que "in verbis" dispõe:

"Art. 21. - Ao natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território brasileiro, respeitados os interesses de segurança nacional, poder-se-á permitir a entrada nos municípios fronteiriços a seu respectivo país, desde que apresente prova de identidade.

§ 1º - Ao estrangeiro, referido neste artigo, que pretenda exercer atividade remunerada ou freqüentar estabelecimento de ensino daqueles municípios, será fornecido documento especial que o identifique e caracterize a sua condição, e, ainda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, quando for o caso.

§ 2º - Os documentos referidos no parágrafo anterior não conferem o direito de residência no Brasil, nem autorizam o afastamento dos limites territoriais daqueles municípios" (grifamos).

Destarte, de posse do documento especial de identificação conferido pelo Departamento de Polícia Federal, o estrangeiro fica autorizado a ingressar em território nacional nos municípios fronteiriços a seu respectivo país a fim de exercer atividade remunerada ou freqüentar instituição educacional daqueles municípios.

Assim, em princípio, poder-se-ia imaginar a possibilidade do estrangeiro admitido na forma do artigo 21 da Lei nº 6.815/80 vir exercer em território nacional qualquer tipo de atividade remunerada.

No entanto, a própria Lei nº 6.815/80, em seu Título X, trata de traçar as restrições ao exercício da atividade remunerada pelo estrangeiro admitido no Brasil por força do artigo 21 deste mesma Lei, vedando a possibilidade de inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício profissional por força do disposto em seu artigo 99 - "verbis":

"Art. 99. - Ao estrangeiro titular de visto temporário e ao que se encontra no Brasil na condição do art. 21, § 1º, é vedado estabelecer-se com firma individual, ou exercer cargo ou função de administrador, gerente ou diretor de sociedade comercial ou civil, bem como inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada". (grifamos)

A Constituição Federal no § 23 do seu artigo 153 garante o livre exercício de qualquer profissão a todo brasileiro e a todo estrangeiro aqui domiciliado ou residente, desde que observadas as condições de capacidade que a Lei estabelecer.

Ora, a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que instituiu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, exige para o exercício da profissão de médico no Brasil o prévio registro do diploma no Ministério da Educação e Cultura e a inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Na medida em que a Lei nº 6.815/80 - Lei dos Estrangeiros - veda aos que se encontrem no Brasil na condição do artigo 21, § 1º a inscrição nas entidades de fiscalização da profissão, como são os Conselhos de Medicina e esta é condição essencial ao exercício legal da profissão, concluímos que o médico natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território nacional, não pode exercer sua profissão em nosso País.

Assim, ao Conselho Regional de Medicina é vedado o registro de médicos nas condições previstas no art. 21, § 1º da Lei dos Estrangeiros, em virtude da restrição estatuída pelo art. 99 da sobredita Lei nº 6.815/80 e o médico estará incorrendo na prática do crime previsto no artigo 282 do Código Penal - exercício ilegal da Medicina - nas infrações previstas nos artigos 124 e seguintes da Lei nº 6.815/80.

É o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 05 de maio de 1986

Antonio Carlos Mendes
adv. Assessor Jurídico

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/06/86

PODE A UNIMED PRETENDER QUE O COLEGA NÃO ATENDA OUTRA ENTIDADE SIMILAR ?

Parecer CRM-PR

Em resposta à consulta formulada pelo médico José Carlos Cortelassi, tenho a aduzir as seguintes considerações:

Preliminarmente esclarecer que a UNIMED, como entidade prestadora de serviços médicos e como tal, pessoa jurídica de direito privado, tem a prerrogativa de escolher livremente seus profissionais, bem como lhes rescindir os respectivos contratos, desde que respeitados os direitos decorrentes.

E neste diapasão, se quiser, pode exigir do médico que lhe presta serviços, a não vinculação a qualquer outra entidade concorrente, pouco importando que esta possibilidade esteja ou não prevista em seus Estatutos. Destarte, o assunto, neste particular escapa à alçada do Conselho de Medicina, desde que se esvai entre as partes contratantes, passando à justiça comum, caso venham a ser desrespeitadas normas contratuais pré-estabelecidas.

Por outro lado, não existe qualquer posição contrária, quer do Conselho Federal de Medicina, quer do Regional, quanto a proibição do médico de atender convênio que esteja dentro das normas estabelecidas. Todavia, frise-se, isto em nada influi na posição da UNIMED, que pretende que o consulente se abstenha de prestar seus serviços a outra entidade similar. Melhor dizendo, a pergunta do consulente, nada tem a haver com a escolha que a UNIMED lhe está exigindo.

Quanto a terceira indagação, é claro que o médico tem que pautar sua conduta, pelo que dispõe o Código de Ética Médica e não pelos Estatutos de qualquer entidade, caso os diplomas sejam conflitantes.

É o meu parecer.

Curitiba, 17 de dezembro de 1987.

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Adv. Assessor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/04/87

PRONTUÁRIOS: Quando podem ser incinerados?

Resolução CRM-PR

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO o desinteresse dos responsáveis em manter a guarda desse material;

CONSIDERANDO que as entidades de classe, Associações e Conselhos, não tem condições, atualmente, de manter esses documentos armazenados sob quaisquer das modalidades técnicas;

CONSIDERANDO, que a ficha ou prontuário pertence ao paciente, sendo portanto vedada a sua mercantilização;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária, realizada aos 17 dias do mês de fevereiro de 1992.

RESOLVE

1º - O responsável pelo arquivo ou fichário médico, quando desativado sob qualquer motivo, poderá destruir as fichas ou prontuários, preferencialmente por incineração, obedecidos os seguintes critérios:

a) publicar em jornal de grande circulação local, no mínimo em duas ocasiões, intervaladas por prazo não inferior a 10 (dez) dias, nota esclarecendo o motivo da desativação do arquivo, colocando à disposição dos clientes interessados as fichas ou prontuários;

b) a publicação deverá explicitar local para a entrega do material, em horário não inferior a duas sessões de duas horas;

c) esses documentos médicos somente serão entregues ao cliente ou responsável legalmente habilitado, mediante identificação e contra recibo;

d) a destruição dos documentos deverá aguardar um prazo não inferior a 30 (trinta) dias após a última publicação.

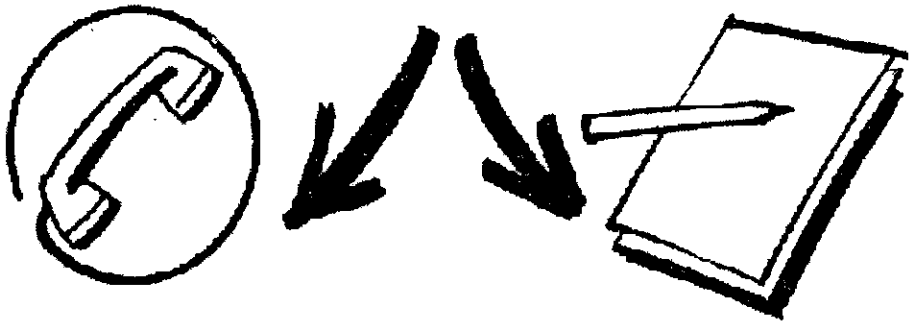
2º - Não poderá haver ônus pela entrega dos documentos objeto desta Resolução.

Curitiba, 17 de fevereiro de 1992.

Cons. Hélio Germiniani
Presidente em Exercício

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 17/02/92

MUDOU DE ENDEREÇO ?



Decreto Federal nº 44.045 de 19/07/1958
- D.O. de 25/07/1958

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

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

Formado na Universidade de _____ Ano _____
Especialidade que pratica _____
Tem Título de Especialista ? _____
Qual Sociedade ? _____
O Título já foi registrado no Conselho ? _____
Data: _____ Rubrica _____

GREVE MÉDICA E A ÉTICA NO SETOR DE SAÚDE

Manoel Escribano*

INTRODUÇÃO

O tema, em si mesmo, é empolgante. Os médicos representam o bastião vital em defesa da vida, cuidando, não só com a técnica, mas com a própria dedicação total, a saúde preventiva e curativa.

Empolgante o tema, porque os Médicos, aprendem desde o começo da nossa vida universitária, passando depois pelos hospitais e consultórios, que além do homem da ciência da vida e da técnica na ciência da vida, tem de enfrentar a fraqueza humana a todos os níveis e o mistério da impotência, até com os seres mais queridos, perante uma vida que se apaga.

Por isso, desde já, agradeço o convite e a oportunidade de acompanhar, mais uma vez, a vossa saga. Até mesmo no detalhe na vida do coração.

O tema é empolgante. Envolve vossa mesma vida afetiva, na partilha mais íntima da compaixão, da que vocês participam como seres humanos que são.

Por outro lado, o tema é desafiante. Temos que abaixar as nossas mãos, a nossa colaboração, os nossos recursos intelectuais, científicos e técnicos e usar o mais sagrado que temos, como medida de força, para que sejamos ouvidos e respeitados? Até parece um paradoxo?

Desafiante o tema, porque parece que a nossa presença não seja suficiente, na área de saúde, para defender e delimitar o nobremente justo do injusto sem epítetos, até porque não conseguimos, somente com nossa presença, fazer entender que nem a Pátria será forte com filhos anêmicos, desnutridos e famintos. Como se os homens vocacionados a prever e defender as melhores condições de saúde para todos, não achassem outra saída, para uma reivindicação nacional justíssima, se não as medidas de força.

Nem a Constituição soberana, nem o Código de Ética Médica se mostram o suficientemente fortes e claros sobre a greve na área da saúde. Talvez porque entendem, e sabiamente, que tão alta vocação e humana profissão, para serem defendidas, valorizadas e estimadas, não precisam tanto da força, quanto do sentido comum humano, que o povo simples tem, nos outorga e reconhece, mas que pode faltar em aqueles que planificam as leis e as normas.

Empolgante e desafiante o tema, que deixa assim aberto o caminho da pesquisa mais nobre, acima das frias leis normativas.

É por isso que o nosso trabalho, talvez, não tenha um final definitivo, mas nos brinde a oportunidade de abordar o tema tocando pontos que focalizam e iluminam - esperamos seja com a maior claridade, prudência e carinho - a decisão a ser tomada.

* Padre Católico e Médico. Professor de Ética da PUC (Curitiba). Trabalho apresentado no I Simpósio sobre Ética Médica, em setembro de 1987, em Curitiba.

1) A Verdade Ética

A determinação dos rumos da sociedade é mais uma questão ética do que política. Isto porque a própria política e o bem social devem ser uma forma de promover a saúde ética. A mesma saúde psicofísica das pessoas envolve uma saúde ética.

Quando exercemos uma atividade política, social ou médica, mesmo em condições ideais, é suficiente para garantir a realização do bem-estar, se não vem acompanhada do sentido ético das mesmas.

A qualidade ética das pessoas determinará sempre o nível moral de uma sociedade, ficando claro que o papel decisivo cabe sempre às consciências e não às estruturas ou modalidade e mecanismo de agir.

Um sistema ético para ser válido deve estar em sintonia com as consciências e em harmonia com suas exigências essenciais na vida mesma.

Nenhuma verdade ética ou social pode ser concebida como oposta ou como estranha à consciência ética. É no âmago da sua interioridade subjetiva que está o cerna da verdade ética. É nela que o Bem se encarna para o homem.

A pessoa é interpelada por sua própria consciência em comunhão com outras consciências.

O próprio modo de conceber a consciência, sua função e estrutura passou a ser questionada. Mas o questionamento nada tira à própria verdade ética.

A causa que determina uma modificação pode pertencer à ordem dos conhecimentos como ao mundo dos acontecimentos. A estreita interação entre conhecimento e ação é característica da condição social e histórica do homem.

Querer enfrentar a ética na greve no setor da saúde, desde princípios puramente teóricos não nos parece lógico.

Um sistema - ainda que grevista - não é determinado de modo legítimo por um complexo teórico de princípios e leis, mas por um conjunto de situações, cuja natureza desafiadora está a exigir da parte do homem uma resposta criadora.

Toda greve - e mais no setor da saúde - se apresenta em "casos", "situações" determinadas e exige soluções que não podem estar sujeitas a um exercício de acrobacia ética.

As suspeitas aumentam à medida que as ciências alargam mais e mais o horizonte do conhecimento humano. E o papel reservado à consciência ética se torna mais exigente e mais expressivo nas dúvidas.

O clamor por uma ética nova e mais profunda, se não é generalizado, é real e bem fundamentado.

"O que o homem de hoje precisa é de respostas claras" - dizem os homens mais comprometidos com a "verdade-certeza" do que com a "verdade-luz".

Se tudo o que é fácil de ser compreendido fosse verdadeiro... a especulação ética ou teológica não teria o menor sentido.

Não são as respostas claras, mais é a pergunta inteligente que revela o nível intelectual de um debate ou a proposta de um problema.

É por isso que nos interessa mais o modo e o sistema no qual apresentamos a greve no setor da saúde como pergunta, que a mesma como resposta.

Num sistema já determinado, a pergunta é feita de acordo com a resposta (previamente já determinada). Mas numa operação mental, que tenha a consciência ética como base, a pergunta interessa mais que a mesma resposta.

É por isso que a integração do universo das realidades jurídicas ou tecnológicas no texto de um projeto ou uma reivindicação ético-social é, em si mesma, uma tarefa ético-moral, e não meramente pragmática ou ideológica. Não é também uma questão teológica ou científica. É isto tudo e muito mais ainda. Ela envolve de modo frontal o respeito à verdade. E se o erro é sempre o resultado de muitas fugas e escamoteações. Do mesmo modo a "VERDADE" total é sempre o estuário de muitas fidelidades. Entre as quais está o homem como "VERDADE" ao serviço do qual estará toda "VERDADE" como bem ético.

A nossa sociedade - como toda sociedade - tem a sua infra-estrutura que assenta-se sobre um conjunto complexo de verdades (ou de mentiras).

Tentemos reduzi-las a algumas categorias:

a) A verdade material-objetiva (convivência entre inteligência e objeto real).

b) A verdade lógico-formal (o pensamento é coerente consigo mesmo). Ausência de contradições. Verdade racional.

c) A verdade axiomático-axiológica. Baseada mais no convencional mais do que no experimental ou racional. Pertence mais ao mundo da fé do que da razão.

d) A verdade ética que consiste na coerência entre convicção e ação. É a verdade e a autenticidade.

e) A verdade ideológica, que define um país como "socialista", ou a ditadura como "democracia popular". No mundo "capitalista" a que define a livre iniciativa como panacéia para todos os males sociais, etc.

f) A verdade religiosa essencialmente dogmática é objetiva e consiste no ensinamento e na palavra do fundador e dos que o sucedem no tempo. É por isso que todos, o fanatismo religioso é o mais virulento. De todos o despotismo o religioso é o mais implacável.

g) A verdade pragmática a do homem de negócios, do político, do interesseiro. Relacionada com a eficiência e com o saldo positivo.

h) A verdade utópica ou poética. É real sem ser atual. É ela que estabelece os paradigmas de comportamento ético e social. Alimenta a esperança humana. Se projeta no universo das potencialidades sociais do homem. É a visão de um mundo que ainda não é, mas corresponde às mais profundas aspirações do espírito humano.

Quais os dois tipos de verdade que podemos assumir como critérios fundamentais?

. A VERDADE-CERTEZA;

. e A VERDADE-LUZ.

A VERDADE-CERTEZA porque constituída pelo conjunto de respostas que nos trazem certeza e proporcionam segurança. Porque é uma espécie de infra-estrutura psicossocial sobre a qual se apóia o edifício social todo. Esta é a verdade que distingue o homem conservador do progressista.

A VERDADE-LUZ é a que se encontra na interrogação, na dúvida, na curiosidade intelectual e no "sonho".

Leva-nos a medir a validade e o alcance de uma resposta pela quantidade de interrogações novas e de dúvidas, que despertam na mente. Gera o pensamento pensante. Não vê o futuro como uma cópia do passado. Ela constitui a superestrutura ética e psicomoral de uma sociedade.

Não é por meio da razão, da inteligência ou da intermediação de uma existência exterior que o homem realiza o contato com a VERDADE-LUZ. É através da sua consciência.

Por isso a verdade ético-moral é mais do que um sistema de princípios axiomáticos, capaz de gerar segurança. O homem é sempre mais, infinitamente mais do que aquilo que nele se manifesta.

Onde terminam a ciência, a lei e a própria ética e moral, lá começa o homem.

Onde acabam o poder e a jurisdição de homens, lá o homem começa a ser quem ele realmente é.

Pode-se afirmar que a verdade ética ou moral não são de natureza ética ou moral, mas religiosa, que nem sempre quer dizer cristã.

Uma ética ou moral sem religião (laica) não tem o menor sentido.

Como não o tem uma verdade ética ou moral decretada e promulgada ex-cathedra.

2) - LIBERDADE DE CONSCIÊNCIA E AUTONOMIA ÉTICA

Há sociedades que oferecem espaço amplo à participação de todos na condução dos negócios públicos. E há sociedades que reservam este espaço a uns poucos detentores do poder decisório, reduzindo a maioria à condição de instrumentos passivos.

A autonomia ética das consciências não se ajusta aos modelos paternalistas de governo. O paternalismo se ocupa por detrás de atitudes aparentemente inspiradas na mais pura das solitudes.

Nunca são legítimos representantes de Deus ou interlocutores morais e éticos válidos aqueles que se atribuem autoridade e poder sobre as consciências dos que consideram seu rebanho e feudo.

O desenvolvimento ético se encontra em relação direta com estrutura paternalistas de governo.

O mal de todo sistema paternalista está no sentido de inferioridade ética que incute na mente de suas vítimas.

O paternalismo encara a liberdade como coisa perigosa: Tanta liberdade quanta for necessária, e tanta obediência quanto for possível.

A consciência é em tudo isto a mais sacrificada.

Em todas as sociedades existem as figuras do "sábio", do "sacerdote", e do "médico". O povo atribui um poder especial a cada figura, que os demais membros da coletividade não possuem.

O "sábio" é fonte de saber arcano e secreto, cuja posse garante posição social privilegiada. Um saber que quase o coloca fora do alcance da crítica.

O "sacerdote" é aquele que priva diretamente com a divindade. Conhece os caminhos que leva, até os deuses. Possui o poder de aplacar a sua ira

e pode interceder junto deles em favor dos homens, conseguindo por meio de suas orações, "graças", bênçãos e favores, que a oração do homem comum não alcança. O "sacerdote" permanece a distância do povo ou permanecia, com identidade própria, forma uma classe à parte...

O "pajé" ou médico possui o segredo das plantas, raízes e ervas medicinais. O segredo do corpo, na sua sempre misteriosa fisiologia, no seu misterioso metabolismo endócrino. Emanada dele um fluido misterioso que cura o doente, desde que tenha fé e acredite na ciência e na técnica.

Não é minha intenção difamar a pessoa do sábio, do sacerdote e do médico. Nem trago na mira a nobre arte de aconselhar e curar.

Faço referência, apenas à "figura", à encarnação institucionalizada.

O homem do povo procura o "sábio" em lugar de procurar a verdade por si mesmo.

O homem do povo não conhece a relação direta com Deus. Em suas rezas e devoções se dirige ao "santo", à Santa Virgem e ao sacerdote. Este lhe oferece como alimento espiritual a "palavra de Deus e os Sacramentos". O excesso de elementos intermediários entre o homem e Deus tem o inconveniente de codificar e despersonalizar a relação religiosa.

O homem de hoje já adquiriu o hábito de procurar o sábio, o médico e o sacerdote por qualquer motivo.

Tudo isto conflita de maneira frontal com o princípio ético da autonomia.

Uma lei básica da vida diz: O SER SE ORGANIZA A PARTIR "DE DENTRO".

Multiplicar a assistência externa é diminuir a capacidade de autonomia.

Não é de todo inexato afirmar que um dos grandes obstáculos do desenvolvimento da consciência são as formas assistenciais de promoção da personalidade ética.

Existe uma proporção matemática direta entre assistência "pastoral" e subdesenvolvimento ético. Entre autonomia da consciência e obediência cega.

A autonomia ética não constitui nenhuma ameaça séria do exercício legítimo da autoridade. Somente não se dá com o arbítrio, o autoritarismo, o absolutismo.

Os piores inimigos da autonomia ética que constituem as camadas mais parasitárias da sociedade são o tecnocrata, o burocrata, o plutocrata. E no campo religioso, o hierocrata, o administrador das realidades sagradas.

Este tipo de educação é o mais indicado quando se pretende criar um rebanho humano atacado de "paralisia" ética.

Perante o direito humano que todo cidadão tem à greve salientamos dois aspectos essenciais que atingem o subdesenvolvimento ético:

a) A hipertrofia do "princípio de autoridade" no campo social e as conseqüências desastrosas que produz no campo da maturidade ética.

b) A hipertrofia do "superego" individual e seus reflexos sobre o desempenho e o vigor da consciência ética.

O segundo item merece um pouco mais de atenção. Apenas queremos estabelecer o seguinte:

A "ética nova" reserva à consciência (melhor, às consciências socialmente engajada) o direito de participar na definição teórica e determinação efetiva da norma ética, isto é, do que é bom ou mau.

A "nova ética" está, apesar da sua novidade, muito longe de se tornar a ética da moda:

. Porque a ética tradicional é cômoda e muito pouco interpelativa. Não questiona a quem está submetido aos imperativos do "superego".

. Porque o "homem de bem" da sociedade burguesa, o "camarada", o "bom cristão" são donos do mais rígido e freudianos dos superegos.

Uma ética pronta para uso, feita sob medida segundo os postulados do menor esforço ético, é isso de que ele precisa e é o que quer.

Jamais poderemos falar em greve sem uma consciência formada, porque a consciência culmina, no homem, na liberdade. E a liberdade é, pois, um processo, um estrutura, e não um dado. Não podemos dissociá-la da consciência. É a consciência que gera a liberdade essencial, que é a liberdade interior, intimamente associada à dignidade da pessoa humana. Esta não se apóia em nada que não esteja ligado à sua originalidade biogenética, isto é, a seu psiquismo.

Aumento de liberdade ética significa ampliação do espaço psíquico e aumento acelerado das chances de realização humana.

A autonomia ética define, portanto, a própria essência da consciência reflexa do homem. Não se pode tratá-la como se fora um apêndice da personalidade ética, ou um simples direito ao lado de inúmeros outros.

A essência do homem está toda ela contida na indefinição de sua liberdade ética.

O homem é, em sua essência, muito menos o que dele já se pode dizer, em vista do seu passado, quanto aquilo que se oculta em seu futuro.

É por isto que este tipo de greve, na área médica e no setor da saúde, tem mais de futuro que do presente. E a ética deverá levar em conta este porvir.

A beleza do homem se encontra toda no lado dele que "ainda não nasceu". Enfrentamos realidades com as quais anos atrás, nem imaginávamos. A verdade do "mistério" humano é esta, embora os tecnocratas, os hierocratas e demais adoradores da "lei" não estejam a seu serviço.

O passado histórico e a tradição só tem sentido ético na medida em que rasgam horizontes ao futuro do homem. Por isto este tipo de greve olha para o futuro. Porque um passado que não é germe de futuro é passado morto e não vale mais que uma velha e abandonada teia de aranha ou o braço morto de um cio.

A greve médica no setor de saúde somente pode ser encarada assim: encarando a liberdade ética como a mais importante de todas as liberdades humanas.

O que valeu a Cristo a morte na cruz não foram os seus pensamentos, mas o revestimento verbal, necessariamente ambíguo, que nos deu. Toda a verdade "clara", a que só admite uma única interpretação, é a "verdade" pobre e enxuta dos dogmáticos. Aos defensores deste tipo de "verdade" o que espera ordinariamente não é a cruz, mais um bom cargo ou um título honorífico.

Consciência e autonomia são realidades do mundo psíquico-ético, cujo tecido é feito de indefinição acima de tudo.

Por isso, a matéria da greve, na área da saúde, tem de ser aprofundada muito além de um sentido econômico, que também é justo reivindicar.

A obrigação que nasce da consciência, é a resposta a um desafio, e não a conclusão lógica derivada de um princípio.

Agora poderíamos nos perguntar: em definitiva, a greve é justa ou injusta, é boa ou ruim? Não é com uma resposta simplista que podemos responder.

A definição última e subjetiva sobre o que é justo ou injusto, bom ou mau, é assunto da competência da consciência pessoal de cada indivíduo, fraterna e comunitariamente unido a outros em nível de comunhão de consciências. Mobilização moral das consciências é uma coisa, cabrestamento ético é outra.

A massa de subdesenvolvidos éticos é tão grande que a autonomia da consciência foi rapidamente absorvida por uns e rejeitada por outros como se fosse a forma legalmente sancionada do permissivismo ético. Só pessoas sem a menor consciência podem chegar a cometer tamanha confusão.

A anarquia nasce da falta de consciência, ao passo que a autonomia brota da própria consciência, enquanto reflexa. Anarquia ética é burrice simples e pura. A autonomia e a consciência de liberdade interna brotam da própria natureza do homem enquanto base invariante de variáveis multiformes.

3) - CONSCIÊNCIA SOCIAL

Uma afirmação: o futuro da evolução, mais que de fatores materiais, depende da vontade do homem. E esta está ligada à motivação. A soma de esforços e sofrimentos, a serem investidos num projeto social qualquer, são demasiadamente altos para serem desperdiçados.

A falta de "vontade política" séria pode representar sem dúvida um handicap mais negativo e ameaçador do que a ameaça nuclear. É na esfera psíquica que vislumbramos as ameaças mais graves. Mais do que as condições materiais é ao sentido social que a humanidade deve o progresso alcançado.

O futuro da evolução é hoje uma questão de consciência, como nunca o foi em outra época histórica. Para além dos nacionalismos estreitos e do confessionalismo religioso fica o lugar do encontro de todos os homens de boa vontade. O "reino da paz" e da fraternidade universal.

O que tem a ver isto com a greve no setor da saúde?... Tudo.

Temos feito grandes "revoluções" em todos os campos: ciência, filosofia, pensamento, biologia, física, matemática... etc.

O que o homem ainda não se animou a fazer é a "revolução ética". Esquecemos que é muito perigoso acelerar as partículas do mundo atômico e as mutações genéticas, deixando de lato a "aceleração do tempo ético".

Esta é a condição "sine qua non" para poder pensar em fazer a "revolução social", aquela que realmente vai além da conversa fiada.

Se a consciência reflexa do homem tem todo um poder maravilhoso, como é que no campo social não conseguimos ir além da mediocridade? Isso ainda é mais estranho quando se toma em consideração à ação de dois mil

anos de cristianismo, tendo ele tido chances excepcionais de formar uma sociedade mais humana.

O homem expandiu sua presença pela fase inteira do planeta. Agora que todo o espaço físico foi ocupado chegou a "hora" de se pensar em duas tarefas correlatas: a de dar consciência, unidade e organicidade às conquistas realizadas, e a de aprofundá-las desde o ângulo da ética.

Vivemos comprimidos uns contra os outros, os habitantes da cidade só têm uma única saída aceitável: dar-se uns com os outros, por bem ou por mal. Com ou sem policiamento. O refúgio do que restou da privacidade, a FAMÍLIA, também está sendo invadida e violada a sua intimidade. Definir a família hoje como sacrário de paz e aconchego é expor-se a passar por romântico incurável.

Nenhum dos grandes problemas sociais de hoje pode ser resolvido simplesmente "na marra".

Só há realmente uma saída verdadeiramente eficiente e digna de um homem civilizado: a força da consciência e o consenso unânime de todos.

Não se chega, porém, ao consenso livre de todos, se não houver debates e diálogo. Isto inclui como premissa essencial a livre participação de todos segundo a capacidade individual de cada um.

Tal perspectiva pode parecer muito pouco desejável, quando se tem em vista a eficiência administrativa e resultados imediatos.

Onde o lucro de um poucos ou a vontade de uma minoria determina todas as decisões, aí é estritamente odioso e ocioso falar em participação, em consenso ou unanimidade. No entanto, sem esses ingredientes é simplesmente impossível pensar sequer em fazer política social de verdade. E toda greve pertence a esta situação vivida, mais do que pensada.

Toda greve toca diretamente na vida humana no mundo concreto. E temos que aprender a administrar o nosso habitat cósmico com mais inteligência e acima de tudo com mais consciência ética e economia.

Os homens teremos de mudar a maneira de nos relacionar-nos uns com os outros.

Há uma lista extensa de pecados sociais da pior espécie de que é preciso penitenciar-se e converter-se.

Isto é muito difícil num mundo paranóide, onde todos, sem exceção, criamos nossos "inimigos" para poder descarregar sobre eles a culpa dos nossos próprios pecados.

Está na hora de parar e pensar nos direitos que nos assistem, sejam quais forem. O único direito de que ninguém consegue privar-nos é o direito de amar o nosso semelhante, nosso irmão com todo o amor escondido e (talvez) adormecido no santuário íntimo da nossa consciência.

Não é um direito que se reclama, protestando, mas que se dá livre e espontaneamente a todos. No dia em que todo o grupo humano assumir esta postura interior, teremos em miniatura a humanidade dos nossos sonhos e da nossa esperança.

Cada passo leva indivíduos e grupos a se aproximarem um pouco mais uns dos outros. Aumenta a compressão social e com ela sobre a temperatura psíquica. Aumento de temperatura no plano psíquico significa aumento de consciência reflexa.

Porque se produzem as greves? Pela tendência à socialização. A "socialização" é mais forte, impetuosa e conquistadora do que os movimentos de "individuação".

A dificuldade maior não são os "inimigos, mas os alienadores da democracia", da consciência social.

As ideologias totalitárias terminam em geral por gerar um "monstro" social. O mal dos totalitarismos está em dispensarem a participação das consciências, contentando-se com uma mobilização ideológica.

Agora precisamos de um outro tipo de homem, outras formas de organização social, outro sistema ético, outras formas de relação. E mais que tudo uma nova consciência da nossa identidade humana. Uma nova forma de nos relacionarmos com Deus. Um novo modo de rezar. Até uma nova maneira de encarar a morte.

O medo leva à ditadura, ao despotismo autocrático ou burocrático. O interesse conduz cedo ou tarde à ganância e à exploração do homem pelo homem.

As grandes massas populares são agregados sociais. As comunidades, quando merecem esta denominação, compõem-se de elementos organicamente integrados num corpo social.

A massa é um composto anônimo de indivíduos. A comunidade compõem-se de pessoas que agem como sujeitos.

O que une a massa são as emoções. O que aglutina em corpo vivo uma comunidade são as consciências vibrando em sintonia.

Os motivos e valores, que levam à formação de uma unidade comunitária, são totalmente diferentes dos que conduzem à criação de sociedades, onde os interesses particulares, a segurança e a vantagem econômica dá o tom.

A humanidade está muito distante ainda do nível de consciência indispensável para a realização de uma genuína comunidade.

O processo de "socialização" em curso vai criar o espaço psíquico indispensável para o desenvolvimento do "sentido comunitário" nas gerações futuras.

Os componentes de uma comunidade devem possuir uma certa homogeneidade psíquica. Não podem ser pessoas em plena fase de individualização, necessitadas de se afirmar.

Não há organismo social, nem religioso, nem político feito e pensado para a eternidade. Tudo o que acontece entre seres humanos visa o tempo. A greve médica visa o tempo.

O imobilismo ideológico (de inspiração religiosa ou atéia, pouco importa) é seguramente um dos piores inimigos do progresso social.

No interior de cada associação humana coexistem, portanto, dois movimentos: um de natureza autofísica que conduz à decomposição da unidade social, e outro de compressão psíquica, que conduz à sua "metamorfose" e transcendência. Um joga sempre de volta ao passado; outro impele em direção ao futuro. A coexistência simultânea de dois termos históricos faz parte da própria estrutura dialética da sociabilidade humana. Um é o "tempo da matéria", o outro é o "tempo do espírito".

Todo o "momento" existencial humano é feito destes dois tempos antagônicos. Negar um, é negar o outro. A "perfeição" deve levar em conta que o

tempo do homem não é, por ora, exclusivamente "espiritual". E que o "tempo do espírito" é momentaneamente apenas parte do tempo humano.

Por isso que não podemos apelar a um "espiritualismo fideístico" na problemática da greve. A comunidade se compõe de pessoas cuja autonomia ética permanece intacta. É o lugar da igualdade ética. Não é um lugar de obediência, mas de fidelidade. É uma entidade eminentemente participativa e "democrática".

4) - CONSCIÊNCIA POLÍTICA

A complexidade do tema não pode fugir ao sentido de consciência política. Mas com as suas características especiais.

Na composição de qualquer unidade social entram fatores e valores especificamente humanos (éticos) que não permitem formas sociais com modelos zoológicos.

A "sociedade zoológica" nem precisa ocupar-se com qualidade moral do relacionamento motivação, função social, progresso, respeito à pessoa individual, propriedade.

Na sociedade humana a promoção de todos esses valores é essencial. E não só é essencial, bem como a velocidade das transformações humanas sociais está sujeita a um ritmo que em nada tem de semelhante à "sociedade zoológica".

As causas, que determinam mudanças no terreno da organização social humana, nunca são biológicas ou meramente ambientais. Elas sempre estão ligadas a troca de nível no campo ético. São determinadas, ou melhor, motivadas por um acréscimo de consciência.

Onde o animal continua sendo animal, sem o menor risco de alienação, o homem pode deixar de ser homem.

Todos os sabemos: a palavra vem do grego "polls" e significa cidade. Política é, portanto, uma atividade coletiva, visando a maneira mais adequada de compor os interesses e as necessidades de todos em torno de um denominador comum.

Quando garantimos a sobrevivência coletiva, pensamos em aumentar o espaço reservado à autonomia ética dos indivíduos. Aumenta assim, a faixa de decisões pessoais, subtraída à tutela autoritária do coletivo e de suas instituições.

Isto é determinante para a formação de uma justa e verdadeira consciência política, e não "politiqueira".

Porque não é sobre o passado que se constrói o futuro, mas com o passado, feito instrumento de progresso, e não cultuado como patrimônio intangível. E a humanidade será o que for o seu futuro. O passado humano pouco significa, quando se tem em vista a totalidade de evolução.

A defesa da sociedade contra os abusos da liberdade individual deve ceder a prioridade a outras duas preocupações paralelas e convergentes: A EDUCAÇÃO DA SOCIEDADE HUMANA E A PROMOÇÃO DO INDIVÍDUO À CONDIÇÃO DE SUJEITO SOCIAL.

O primeiro objetivo não se alcança por meio do discurso teórico-doutrinário, mas abrindo espaço para a experiência social.

O reconhecimento honesto de que a "verdade" e o "bem" sempre são relativos a um determinado tempo histórico-cultural. A verdade do homem muda com o homem. A fidelidade neste caso está em saber mudar, não aferrar-se às palavras de um discurso e às formulações de uma doutrina.

O indivíduo humano é o que é e significa dentro de uma comunidade humana. Só pode ser sujeito com identidade definida, se estiver integrado numa comunidade (de sujeitos éticos), e simultaneamente contrastada (dialecticamente negada) por ela. A promoção ética da pessoa só se dá, portanto, no interior de uma comunidade e sociedade.

E no interior de uma comunidade e sociedade em desenvolvimento a liberdade é muito mais importante do que a ordem, principalmente quando a "ordem" não é mais do que resultado da acomodação de extratos sociais.

Comunidade, sociedade e pessoa são conceitos e objetivos de absoluta prioridade política.

Articular entre si a pessoa humana e o seu habitat - além da parte física-social e humana nunca foi fácil. Porque fazer política não é aplicar receitas ideológicas ou manter a ordem. A humanidade inteira atingiu um nível de maturidade social que já não permite a um político agir como se o povo só existisse nos períodos de eleição.

Em Atenas se media a maturidade política e social pelo grau de participação do povo. É a reivindicação do direito de participar plena e integralmente de tudo o que se relaciona com a definição e execução dos objetivos comuns da comunidade e da sociedade, que dá a medida da consciência política de um povo ou de uma classe social.

Não pode existir vontade política sem que haja consciência política. E a ambição de poder tem mais a ver com patologia do que com vontade política.

Mas nos perguntamos: Visão (consciência) - vontade - decisão - organização - ação: por onde a educação política deve começar? ... PELA AÇÃO. É de trás para frente que chegamos a tomar consciência da realidade em que se dá a ação política.

Se não houver liberdade plena de passar da ação para a organização e desta para a definição de prioridades, nunca haverá nem vontade nem consciência política.

CONSCIÊNCIA POLÍTICA é um estado de espírito intimamente ligado à noção e à consciência da dignidade que envolve toda a pessoa humana.

O respeito à dignidade da pessoa pressupõe, como condição, a consciência de sua própria dignidade. Quem não se respeita a si, também não respeitará os outros.

A política tem muito menos a ver com problemas do que com chances, oportunidades, desafios e dignidade da pessoa.

A dignidade do homem está intimamente ligado à sua condição de sujeito ético e político. O exercício dos direitos inerentes a esta condição exige um meio político adequado.

Uma entidade social amorfa, onde não se saiba quem é quem; onde não se saiba quem responde por quem, apresenta o espaço ideal para a ação de aventureiros e candidatos a caudilho.

Fazer política é organizar o convívio de pessoas livres dentro de um máximo de espaço opcional e um mínimo de restrições.

O convívio em liberdade gera e cria "sponte sua" as formas positivas de relacionamento social. É o caminho para uma digna consciência política. Esta é uma tese que resulta da fé no homem e na sua criatividade social. Onde a fé na liberdade e no homem é mais do que simples corolário ideológico, isto é, onde esta fé passa a ser extensão privilegiada da fé em Deus, nada mais é possível.

Onde o tecnocrata ocupa lugar do político (entendo o político com a consciência que temos definida), é sinal de que esta fé no homem morreu. É por isso que o povo vive um clima de ceticismo e subserviência.

A consciência política não é o que resulta de uma preleção moralizante. A simples noção de obrigações e deveres para com a sociedade nada tem em comum com o que se deve entender por consciência política.

Porque esta consciência é uma visão que nasce da fé se serve da razão para dar organicidade espiritual às realizações de sua sociabilidade. Sem uma noção de transcendência, embora vaga e difusa, a consciência reflexa não é possível.

A consciência surge no instante em que a certeza da fé toma o lugar da suspeita e da angústia.

Sem esta certeza de continuidade histórica e pós-histórica o instinto político de um povo não ultrapassa os limites da resignação ou da ambição brutal.

Onde falta consciência política tudo passa a girar em torno da luta pelo poder e dos seus mecanismos de beneficiamento.

Por isso, para definir na oportunidade ou necessidade de uma greve, na área da saúde, deve estar presente este sentido de consciência. Do contrário podemos acabar no deflagrar a greve com estreito sentido de interesse egoísta ou de luta.

5) - A GREVE EM SI MESMA

Não focalizaremos a greve desde o ponto de vista político ou legal. A nossa fiscalização será o mais ética possível e teológica. Tendo presente os valores da pessoa.

Rejeitamos o neutralismo político do cristão, assim como o de qualquer pessoa.

Afirmamos e defendemos um sadio pluralismo político para todo cristão e para toda pessoa. Aliás para o cristão a visão política não é uma proibição, mas um dever.

Defendemos a igualdade substancial de todos os homens, mais ainda a fraternidade universal.

Igualmente manifestamos a nossa predileção pelos mais necessitados e marginalizados. Assim como nos declaramos optar pela não-violência.

Estes princípios nos levam, logicamente, a uma conclusão clara: a greve não pode justificar-se como uma luta de classes sociais.

No complexo quadro das relações trabalhistas não é estranho que surja o conflito entre as partes a propósito de alguma questão concreta em que

se confrontam os interesses de capital e trabalho se chegarem a encontrar fórmula que os harmonize. Portanto não se trata somente de conflito de caráter geral e latente, mas de sua expressão ao mesmo tempo aberta e concreta.

O conflito se traduz às vezes numa luta em que uma das partes usa certa forma de violência, ao menos como instrumento de pressão.

Querendo definir a greve pode servir-nos como ponto de partida: A GREVE é: "TODA PERTURBAÇÃO DO PROCESSO PRODUTIVO, E PRINCIPALMENTE A CESSAÇÃO TEMPORAL DO TRABALHO, FEITA DE COMUM ACORDO PELOS ATINGIDOS PARA A DEFESA DE UM OBJETIVO ESTREITAMENTE TRABALHISTA OU SÓCIO-ECONÔMICO". Também poderíamos entender por GREVE: "A NEGAÇÃO AO TRABALHO, A FIM DE EXERCER UMA COAÇÃO CONTRA OS PATRÕES, CONTRA O ESTADO OU SIMPLEMENTE CONTRA O PÚBLICO, COM O FIM DE UMA REIVINDICAÇÃO COM VISTAS A UMA MODIFICAÇÃO QUE SE JULGA JUSTA".

As duas definições apresentadas excluem já algumas formas de greve de não pouco importância: a greve geral, a greve revolucionária, a greve política.

Donde emoldurar a greve na área da saúde? Pela sua singular e particular delicadeza, à primeira vista, não parece possa ser compreendida neste marco. Mas com isto, não queremos afirmar que ela não possa dar-se.

Tem-se optado por encontrar fórmulas para orientar os conflitos e evitar a guerra aberta e descontrolada entre as partes. E se isto é válido para toda greve, mais ainda para a greve na área da saúde.

Vejamos um pouco a caminhada.

Na fase inicial do capitalismo liberal a greve era considerada como ATO CRIMINAL, suscetível, portanto, de ser castigada com determinada pena. Com o passar do tempo, a greve saiu do Código Penal para entrar no Código Civil; isto coincidiu com ATITUDE MAIS TOLERANTE em relação a ela, unida ao desejo de controlar o que era fato inevitável da moderna civilização industrial.

Um último passo desse processo consiste no reconhecimento da greve como um DIREITO dos trabalhadores para a legítima defesa de seus interesses.

Entre os estudiosos de questões éticas, assim como entre os moralistas atuais a posição mais generalizada é a de reconhecer que a greve é um DIREITO.

Para a justificação ética e moral de tal DIREITO à greve costuma-se recorrer explicitamente às peculiares condições da sociedade, na qual os trabalhadores, até associados, se encontram em condição de inferioridade em relação aos proprietários do capital.

Mas ao mesmo tempo cabe afirmar que: o direito de greve não é um direito cujo exercício seja onímodo e ilimitado.

Talvez a maior dificuldade da greve radique em estabelecer a fronteira nítida entre a greve política e a estreitamente sócio-trabalhista. Porque as associações operárias, diferentemente das profissionais estão fortemente vinculadas a determinada ideologia política.

É diferente a posição de um médico ou de um trabalhador na área da saúde que exerce a sua profissão como pessoa individual na profissão liberal,

daquela situação do médico que se acha afiliado numa associação operária ou sindicato.

Devemos contentar-nos então com o fato de que a reivindicação seja de caráter sócio-trabalhista, ainda que a intenção dos que a promovem e levam a cabo não esteja ausente a repercussão política ou que, inclusive, pretendam uma resposta ao nível legislativo ou de governo.

Suposto isto, são três as CONDIÇÕES que a ética pede e exige para que uma greve possa ser moralmente aceita.

1ª) Que a CAUSA SEJA JUSTA, no âmbito das questões que atinjam as condições de trabalho em geral, e não só o salário.

2ª) - Que a greve seja o ÚLTIMO RECURSO, que tenham-se esgotado todas as vias de diálogo e negociação, sejam elas oficialmente regulamentadas, seja que se realizam por iniciativa espontânea das partes.

3ª) - Exige-se que exista ESPERANÇA RAZOÁVEL DE ÊXITO, em forma de proporção entre os bens que se espera obter e os prejuízos que seguem para os próprios grevistas, para a empresa ou para os cidadãos em geral.

Pessoalmente pensamos que este último aspecto é de capital importância na hora de estabelecer especiais limitações às greves que atingem serviços públicos. E na área da saúde ainda de maior importância. Pode estar em jogo a vida de muitas pessoas. Por isso não se devem exigir somente as condições anteriores de um modo mais estrito, mas que além delas se garantam serviços mínimos para não deixar completamente desassistidos os cidadãos.

Outro ponto interessante que devemos avaliar são as conseqüências de greve e a sua NATUREZA JURÍDICA, porque esta também atinge o tratamento ético e moral da mesma.

A este respeito, sem querer entrar num campo que não nos pertence, queremos acrescentar que a obrigação de trabalhar e a correspondente obrigação de retribuir justamente o trabalho, são fundamentais. Isto é especialmente importante quando é tão difícil manter o lugar de trabalho, e implica que o empresário não possa contratar outras pessoas para substituir os grevistas. Este é um ponto mais do que delicado, mas é um ponto em que a unanimidade entre os juristas é quase total. Isso esclarece bastante o alcance e significado da greve. E na área da saúde deve ser levado muito a sério. Podemos cometer erros gravíssimos quando não ponderamos esta situação, que visa o primeiro direito de todo homem: ter vida e vida abundante, sem luxo, mas com conforto, e humanamente digna.

Toda a doutrina social vigente hoje na Igreja reconhece o direito à greve nas palavras de Paulo VI na "Octogésima adveniens", apesar de já na Constituição "Gaudium et Spes", do Vaticano II, ser ela vista como um meio necessário para a defesa dos direitos dos trabalhadores.

Em ambos os casos se insiste no caráter de recurso extremo, uma vez esgotadas todas as outras vias de solução do conflito.

E os Códigos de Ética Médica, o que nos dizem a respeito?

Gostaria de deixar bem claro alguns princípios ou normas que estão além da mais simples lei.

"A SAÚDE DO MEU PACIENTE SERÁ A MINHA PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO" (Juramento de cada graduado).

"A MEDICINA É UMA PROFISSÃO A SERVIÇO DA SAÚDE DO

SER HUMANO E DA COLETIVIDADE... EM BENEFÍCIO DA QUAL (SAÚDE) DEVERÁ AGIR COM O MÁXIMO DE ZELO E O MELHOR DE SUA CAPACIDADE PROFISSIONAL" (Código da Ética Médica).

Salientamos ainda: A MEDICINA É UMA PROFISSÃO, NÃO TEMOS A MENOR DÚVIDA, MAS ENVOLVE TAIS CONTEÚDOS HUMANOS, DE CONSCIÊNCIA E PROFISSIONAIS, E TANTOS OS SEUS VALORES INTRÍNSECOS, QUE DEVE SER DIFERENCIADA DAS OUTRAS PROFISSÕES".

Em nenhum momento a Medicina pode-se definir como simples "ocupação, seja pelas suas características peculiares, seja pelas características relacionadas com os demais".

Talvez por estas normas de consciência nem a Constituição da República Federativa do Brasil, nem o Código de Ética Médica são suficientemente claros em matéria de greve na área da saúde. Porque a primeira no Art. 9º, no qual se assegura o direito de greve aos trabalhadores não parece visar nem os Médicos nem a Saúde. E no Art. 196 tem referimento ao papel do Estado.

O segundo, o Código de Ética Médica, no Art. 24, afirma: "É direito do médico suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalha não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional da Medicina".

O atual Código afirma: "É vedado"... "posicionar-se contrariamente aos movimentos legítimos com a finalidade de obter vantagens"... (Art. 78).

"Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da medicina e seu aprimoramento técnico" (Art. 15).

Nos perguntamos: são suficientes estes Artigos para deflagrar uma greve?!...

Temos por outro lado que aprofundar e examinar com detenção o conteúdo do Artigo 24 sobre os direitos do médico para suspender suas atividades, mas estudar o Artigo 24 à luz do Artigo 35 sobre o atendimento "em setores de urgência e emergência".

E a greve que tivesse como fim principal as melhorias salariais, atingiria somente o Estado? E uma greve no âmbito da Previdência Social, como deve ser considerada à luz de uma Ética Médica?

Uma coisa é certa: a greve não conserta a política salarial do Governo. A greve poderia ter força, mas não humanismo ético profissional, na dignidade da medicina, para, no setor da saúde corrigir a corrosão do poder aquisitivo ou a defasagem salarial, que pesa na sociedade como num todo e não em partes setorizadas.

A categoria médica, pela sua dignidade, competência e altura cívica, não pode ser vista como uma categoria "metalúrgica", que merece também todo o respeito na sua área. Só que a categoria médica pode colocar em risco maior o patrimônio público, precisamente donde os interesses de atendimento são maiores, por tratar-se dos segmentos menos favorecidos.

Os Sacerdotes não podem vender "bênçãos divinas". Os médicos podem "comercializar" o bem-estar físico e querer assim mitigar a dor?

Também não admitimos que o trabalho médico seja comprado por instituições lucrativas e seja revendido a maior preço. Aqui nós encontramos o maior e mais deletério modelo antiético na área da saúde.

Com isto não queremos tirar o direito à greve no setor da saúde. Mas fica uma coisa no interior de todos nós: O DIREITO DA GREVE NO SETOR SAÚDE NÃO DEVE SER AVALIADO NEM EXERCIDO PELOS PROFISSIONAIS MÉDICOS COMO NAS OUTRAS CATEGORIAS.

Este DIREITO tem conseqüências acima das simples codificações, é tão sublime e tão digno que transcende os limites do mesmo Código.

Este DIREITO toca e constitui um pacto ético com a mesma sociedade.

De tal maneira atinge a consciência de cada Médico e as necessidades de vida humana da sociedade, que um simples Código não dá, até agora, respostas eficientes e satisfatórias.

Caberá a cada Médico, em particular ouvir a sua própria consciência, sentir ao vivo as necessidades dos homens vistos como irmãos e... decidir.

Porque cada Médico é cidadão e, ao mesmo tempo, representante de uma digna profissão que não gera "produtividade", mas sim tem por fim principal o "ter vida e vida em abundância". Ao mesmo tempo o Médico é livre para fazer a sua escolha, mas é também responsável - civil, penal e eticamente - por suas escolhas.

Muitos não acreditam na consciência ética e moral dos Médicos. Ainda muitas pessoas pensam que os profissionais da saúde, os homens da vida sejam insensíveis. Não pensamos assim. Acreditamos neles e queremos tocar um ponto importante.

6) A CONSCIÊNCIA ÉTICA E O BEM MORAL DA SOCIEDADE

Perante a greve no setor da saúde poderíamos nos perguntar: Quando é que uma decisão a favor ou em contra é boa?

Tenhamos presente: a pessoa individual não deve ser despojada de sua condição de sujeito ético. Nem podemos defender o princípio: a consciência é capaz de errar, mas a lei ética sempre é sábia e justa. Seria como afirmar: o navio é mais importante que o passageiro, a tábua vale mais que o náufrago.

Se a pessoa é sujeito do seu trabalho, deve-se afirmar, com sobras ainda maiores de razão, que ele é sujeito ético e moral.'

Ora, os sistemas atuais, civis e religiosos, não se orientam em suas leis e diretrizes de acordo com este princípio. Preferem o "tutelismo".

Assim sendo, fica a carga de uma "elite" a tarefa de administrar o bem e definir os critérios de interpretação. Em caso de conflito o bem comum prevalece sobre o bem particular. E o bem comum nunca se ajusta ao bem particular da grande maioria. O bem particular é socializado e o bem comum é particularizado. O prejuízo da maioria é privatizado e o prejuízo da minoria no poder é socializado.

Uma concepção metafísica perfeccionista também contribui para

o que se poderia chamar de pessimismo ético. E o axioma perfeccionista reza assim: "Bonum ex integra causa, malum ex quolibet defectu". Isto poderia ser chamado de "Integrismo ético", que constitui a base ideológica de todos os compêndios de "Moralismo". E enquanto esta ideologia não for substituída por uma concepção metafísica do bem mais acessível e mais próxima da condição humana real... teremos sempre mais pecadores do que santos, mais fracassos éticos do que virtudes genuinamente sociais.

A realização do bem é o objetivo da ação ética e moral. Este bem não existe nalgum tipo de mundo exemplar e ideal, perfeito e modelar. Se por acaso existisse, não seria a ele que a consciência humana se deveria dirigir. A ordem ética humana não é a emanção de uma ordem absoluta ideal. O tempo ético é tempo histórico e não supra-histórico ou cosmológico.

Os princípios da ordem ética não são eternos, nem podem ser. Todos eles podem ser identificados de maneira geral com os princípios da antropogênese, isto é, da gênese da consciência reflexa do homem.

São os princípios que se realizam no seio da consciência humana. Princípio não é fórmula abstrata de uma lei, mas uma forma de gerar e produzir energia, de "corpúscular" (diria Teilhard) à matéria, de aumentar a temperatura psíquica do universo.

Temos de evitar dois riscos sérios. O primeiro está em considerar idênticos a ordem e o bem. O outro está em identificar e confundir a ordem com o sistema.

A luz que ilumina a consciência humana e possibilita a visão do bem não é de natureza físico-material. Ela pertence ao mundo das realidades éticas e espirituais.

A ação boa é aquela que torna a pessoa luminosa, translúcida, radicalmente autêntica consigo mesma, identificada com o que há de melhor em seu próprio interior.

Cabe ao homem criar o bem ético. Sua missão como sujeito ético é criar o bem de que iria se beneficiar ele próprio, assim como a sociedade toda.

Vendo assim as coisas podemos afirmar: o homem cria o "seu" bem à medida que avança. Cria menos quem avança menos. Toda a ordem ética é sempre relativa a uma caminhada existencial, onde a pessoa entra como sujeito insubstituível de seu próprio projeto.

Se o objeto da ética enquanto ciência é a auto-realização do homem como pessoa, então o bem moral é idêntico à realização da pessoa humana.

Neste caso a ética inclui a adaptação das estruturas sociais à liberdade criadora da consciência, a qual faz parte do processo de desenvolvimento ético. O bem do indivíduo está em simbiose com o bem social. Não é a liberdade que está no extremo oposto da ordem social ou ética, mas o egocentrismo individualista e anti-social.

O bem não está na linha de prolongamento da restrição e da proibição. Nem sequer está na linha de continuidade da obrigação, mas liberdade solidária, isto é, no amor.

O bem ético não é um valor estático, imutável, e eterno em sua essência. É antes um valor histórico. Um sopro que dignifica e confere grandeza e elevação espiritual até a mais fisiológica das atividades do homem.

O animal não consegue emergir do seu "eu" para a consciência de um "nós", tramado de consensos unânimes.

A solução da questão social sempre se apresenta como um problema de consciência, como problema ético.

Tanto o estupendo progresso no campo do conhecimento científico, quanto a informática em geral, estão a prognosticar um futuro ético sem precedentes na história.

Não se pode definir a chance moral do homem, tendo diante da mente só o homem de "antes da humanidade". O que o cristianismo prega (sem fazer um dogma de fé!) é a visão de um "homem novo".

O homem adquiriu uma nova capacidade de ver as coisas, a história e Deus. Isto significa que adquiriu a faculdade de ir até a essência das coisas e dos conhecimentos.

No momento em que valores fundamentais da ética estiverem sendo postos em jogo, a escolha, até de um cosmonauta, passa a ser uma questão de consciência.

Existe uma equivalência semântica entre o BEM e o AMOR. Aonde não tem a intenção de levar o seu AMOR, o homem não deve agir nem deve ir.

É a consciência que tem o encargo de gerenciar o processo de auto-realização do homem. É ela que cria o bem ético. Ser fiel e coerente consigo é a primeira de suas responsabilidades. Uma fidelidade que acima de tudo é autenticidade. Fidelidade que é honestidade e respeito com a verdade. Uma verdade que se cria criando o homem ético, e que resplandece no ponto de contato entre Deus e o homem. Uma verdade dinâmica, que aumenta o nível de suas exigências à medida que o projeto moral torna envergadura e corpo.

O bem ético não é objeto de imperativo categórico.

O apelo ético encontra-se mais próximo da estética que do mundo das realidades jurídicas; mais próximo da práxis política que do universo das doutrinas já elaboradas; mais próximo da espontaneidade gratuita da inspiração que da lei; mais próximo do amor e da liberdade que da obrigação e do dever.

O bem ético é por si idêntico à "boa obra". Esta só possui o valor que lhe vem da intenção. E a intenção só possui o valor que lhe confere a consciência.

É por isso que não tememos afirmar: a greve médica, no setor da saúde, considerada à luz da ética, exige dos que são considerados os profissionais da vida, em altura e profundidade de consciência que mais os engrandece e mais os eleva perante a sua mesma profissão, os seus pares e a sociedade.

Não em vão os médicos tornam-se assim luminárias de ética, num mundo de trevas ideológicas e teorias anti-éticas.

CONCLUSÃO

Poderia ser simplista uma greve, no setor de saúde. A nível legal não encontra dificuldades para que possa dar-se. Goza, como qualquer outra greve do apoio da lei, e, estando dentro da lei... logicamente, é legal. Até válida.

A mesma reivindicação dos direitos humanos a tornariam válida sem maiores esforços. Bastaria estar dentro das normas prescritas.

Se entendemos por greve "a negação coletiva ao trabalho, a fim de exercer uma coação contra os padrões, contra o Estado ou simplesmente contra o público, com o fim de uma reivindicação com vistas a uma modificação, que se julga justa", o setor de saúde pode fazer greve.

As coisas são assim de simples?!...

Para que a greve seja justa deverá cumprir com algumas legitimidades éticas, que não encontram maiores dificuldades a serem cumpridas:

1) Que se trate de uma causa justa

2) Que não exista outro caminho para defendê-la

3) Que tenha esperança de êxito, isto é, que seja proporcional entre os bens que se esperam e os males que se temem.

E até aqui ainda as coisas pareceriam simples. Mas a sublimidade e a dignidade da vocação dos homens da saúde deverá levar em conta, a nosso modo de ver, outras considerações, bem mais profundas.

Não nos podemos deixar levar pela "gremania" ou grevefobia". A ética aconselhar-nos-á uma posição intermediária.

A mesma ética deve exercer no nosso campo um papel relativizador: tanto para aqueles que a consideram um absoluto negativo como para aqueles que a convertem em um absoluto positivo.

Devemos também, pela delicadeza do tema, considerar a perspectiva ética sobre o conflito social que geram; e estar precavidos antes de deflagrar uma greve no setor de saúde.

Como conflito social é uma expressão OBJETIVA (e SUBJETIVA) da injustiça social estrutural. Queremos afirmar: o objeto de discernimento se concretiza numa realidade que "feito" de injustiça e é "meio" de justiça.

Outra observação: os conflitos sociais ao pretender conseguir a justiça social possível têm que se tornar "fortes" mediante instituições sóciopolíticas de caráter pragmático. Porque a ética destes conflitos tem que ter uma ORIENTAÇÃO PRAGMÁTICA e não pode perder a DIMENSÃO PROFÉTICA (com a primeira busca a solução dos conflitos, com a segunda relativiza e denuncia a injustiça onipresente).

Acrescentemos ainda: A dinâmica conflitante, se quiser manter-se dentro da COERÊNCIA ÉTICA, tem que desenvolver-se conforme as pautas axiológicas.

a) Não vulnerar o núcleo do equilíbrio social geral.

b) Resolver os interesses do grupo sem olvidar o bem de todo o coletivo.

c) Ter em conta as possibilidades da realidade histórico-concreta e a urgência ética do ideal a conseguir.

d) Uma dinâmica construtiva e proporcionadora de mudança social.

Finalmente: uma carga de segurança escatológica, porque somente assim os conflitos sociais ficam, em certo modo "elevados" e "relativizados".

Seja-nos permitido uma palavra sobre o TRABALHO HUMANO.

O trabalho humano começa pela historicidade do homem.

A historicidade do ser humano é vivida na criação da cultura mediante o trabalho.

O trabalho na área da saúde reveste características especiais,

pela sua delicadeza e sua competência.

O trabalho é visto pela burguesia a serviço da produção, distribuição e consumo dos bens, para satisfazer necessidades, visando o progresso, a felicidade do ser humano.

Numa perspectiva mais humanista, o trabalho humano é considerado como o meio para realizar-se como humano. É mediante o trabalho que a pessoa assume a tarefa especificamente humana de transformar o mundo em cultura.

O trabalho supõe esta perspectiva antropológica desde a ótica da ética. Existe uma relação estreita entre trabalho humano e a existência histórica da pessoa.

As greves não podem perder de vista esta reflexão. Ela vale tanto para o trabalho manual como o intelectual.

Hoje, na nossa sociedade moderna e contemporânea, apresenta-se o trabalho penetrado de profunda ambigüidade.

Ele é necessário para a humanização do ser humano e, ao mesmo tempo, nas relações de trabalho se concentram as maiores injustiças e a codificação mais brutal da pessoa humana. Mesmo no mundo rico, o trabalho freqüentemente despessoaliza bem mais do que humaniza.

A ética, perante as greves, tem o dever de focalizar este aspecto tão delicado. Muitas vezes o recorrer à greve é mais do que exigir aumento de salário. É porque o trabalho não tem condições humanizantes e humanizadoras.

Porque é como pessoa que o homem é sujeito do trabalho. O ser humano trabalhador não pode passar a ser considerado "como instrumento". Este é o erro básico presente no capitalismo desde sua origem. As coisas triunfam sobre as pessoas. Impera uma visão materialista-econômica. O trabalho, nesta ótica, é uma mercadoria que o trabalhador vende ao empregador, que é, ao mesmo tempo, o dono do capital.

Esta visão é absurda em todos os campos de trabalho. No setor de saúde, além de absurda, não tem cabimento, porque acaba com a dignidade e nobreza da profissão médica e dos vocacionados ao setor de saúde.

A humanização do trabalho é exigência de uma sociedade qualitativamente diferente. E esta humanização não depende só e exclusivamente do ordenado ou salário-mínimo, ainda que estes sejam de suma importância.

O primado da pessoa sobre as coisas, a destinação comum dos bens deste mundo, bem como a visão integrada da realidade e particularmente do ser humano estão a base dos direitos dos trabalhadores.

Afirmamos que o trabalho é um direito do ser humano concreto. Porque a tarefa de administrar responsabilmente o mundo foi confiada a TODOS os seres humanos capazes de trabalho, não apenas a uma elite social.

É assim que perante a greve no setor de saúde devem-se ter presente: as condições para deflagrar a greve; o sentido de consciência e a formação ética da mesma, e o valor humanizante do trabalho.

Os homens todos dedicados, com extrema generosidade e vontade a dar valor maior à vida humana, estão capacitados para refletir e ponderar estas avaliações éticas e, em consequência, decidir, não por motivos puramente políticos ou econômicos, mas por valores transcendentais que reivindicam uma melhor condição de vida e de saúde para todos.

CRITÉRIOS DE AUTORIA E CO-AUTORIA EM TRABALHOS CIENTÍFICOS

Mario R.. Montenegro*
Venâncio A. Ferreira Alves **

Cada vez que consultamos uma revista científica, especialmente aquelas voltadas à ciência médica, deparamos com trabalhos apresentados por numerosas autores. Aliás, este problema é internacional e já existem na literatura recente vários artigos abordando o assunto. Nós, sendo patologistas e envolvidos em pesquisa, somos solicitados a participar de trabalhos das mais variadas especialidades e freqüentemente nos vemos na contingência de decidir quem deve ser incluído na lista de autores e qual a ordem em que seus nomes deverão ser nela dispostos. Por outro lado, participando do Conselho Editorial de algumas revistas, temos nos surpreendidos com a dificuldade em identificar o papel desempenhado pelos diferentes co-autores de um artigo que devemos analisar.

De nossas discussões emergiu uma série de critérios que na sua maioria estão de acordo com proposições semelhantes encontradas na literatura e que consideramos oportuno divulgar.

A maioria dos trabalhos publicados em nossa área pode ser descrita como objetivando resumir e criticar os conhecimentos a respeito de um tema, descrever um fato, um fenômeno ou uma técnica, descrever um conjunto de fatos ou fenômenos e eventualmente classificá-los, descrever a evolução temporal de um evento, comparar diferentes aspectos de um fenômeno pouco conhecido ou pouco freqüente ou ainda testar hipóteses que tenham sido geradas a partir da observação dos fatos e de sua correlação com o conhecimento anterior.

Cada um destes modelos pressupõe o esforço de mais de uma pessoa e nossa intenção é a de discutir normas que permitam definir quais delas deverão ser incluídas na lista de co-autores por ocasião de uma publicação.

Um trabalho, qualquer que seja sua natureza, terá um indivíduo que o idealizou, que definiu seus objetivos, que decidiu qual o material a ser estudado e qual o método a ser empregado e que também, em geral, é o responsável pela análise final dos resultados obtidos. Esta pessoa nem sempre domina tecnicamente muitos ou todos os métodos utilizados no trabalho; deverá, porém, ser a autora principal e seu nome deverá figurar como o primeiro da lista de autores.

Quanto aos demais colaboradores, um deles pode ser facilmente caracterizado. Trata-se de alguém bastante experiente que é consultado nas diferentes fases de elaboração do trabalho e especialmente no seu delineamento, nas discussões sobre a interpretação dos resultados e na revisão final do manuscrito. Esta pessoa que poderia ser denominada de "orientador" ou de "guru" do grupo poderá ou não figurar entre os autores; quando o faz lhe é tradicionalmente reservado o último lugar na lista dos autores. Quando não entrar no trabalho, sua colaboração, imprescindível, deve ser registrada nos agradecimentos. A decisão sobre sua inclusão ou não deverá ser tomada em discussão franca entre os diferentes colaboradores e

* Professor de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP - CEP 18600 Botucatu, São Paulo.

** Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de São Paulo e Instituto Adolfo Lutz, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

seu nome só poderá ser incluído com a sua anuência.

Um dos abusos cometidos com freqüência é o da inclusão, como último autor, do chefe do grupo, tenha ele participado ou não do trabalho. Isto é feito com dois objetivos, ambos reprováveis: agradar o chefe ou usar o seu nome e prestígio para valorizar o trabalho.

Por outro lado, há chefes que fazem questão de que seu nome seja incluído em todos os trabalhos de seu grupo. Não é necessário enfatizar o absurdo desta posição que por si define um baixo nível ético que certamente se reflete na seriedade com que o trabalho foi realizado e até põe em dúvida seus resultados.

Quanto aos outros co-autores, vários critérios poderão ser adotados, como por exemplo, a ordem de importância de sua contribuição ou a ordem alfabética. Aliás, esta última solução tem sido adotada quando se trata de trabalhos que reflitam decisões de grupos de estudo ou comitês de mesas redondas, simpósios, etc.

Outro abuso, freqüente, é o de incluir como co-autor, por "cortesia" amigos ou colegas. Esta política cria um sistema imoral de troca de favores e permite que pessoas totalmente desligadas do assunto sejam, até sem o saber, incluídas como co-autores. Neste ponto, parece-nos útil lembrar que o fato de ter o nome listado entre os autores de determinado trabalho se, de um lado, pode enriquecer o currículo de um profissional, de outra parte, quando se caracterizam falhas no estudo, pode lançar dúvidas ou mesmo denegrir todo um passado de atividades.

Recentemente 47 eminentes co-autores de trabalhos realizados por um célebre falsário, J. Darsee, foram chamados a explicar sua participação nas falsificações e tiveram sua reputação atingida, pois foi demonstrado que ao aceitar a co-autoria não tinham analisado com profundidade os trabalhos, co-honestando assim a divulgação da fraude¹.

É necessário entender que a inclusão como co-autor de um artigo pressupõe envolvimento importante na sua realização, conhecimento de seu conteúdo e participação na sua redação. Por outras palavras, o co-autor é corresponsável pelo trabalho e responde por ele.

Aceita a premissa de que os co-autores são corresponsáveis pelo trabalho, fica mais fácil identificar quais dos colaboradores devem ser incluídos como co-autores. Para fazê-lo, é necessário que se defina qual o tipo de participação dos vários colaboradores e mais uma vez, por consenso, decidir como incluir cada um deles.

Este assunto vem sendo cada vez mais debatido e já se constituiu em manifestação oficial do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE)⁵. Esta publicação foi favoravelmente comentada pelo Lancet³ e, em artigo de HUTH⁴ que aborda o tema em um conjunto de artigos sobre "fraude em ciências médicas", publicado no Annals of Internal Medicine. No Brasil, foi há poucos meses abordado por D'ASSUMPÇÃO², em carta aos Editores da Revista da Associação Médica Brasileira.

As recomendações do ICMJE são bastante claras e na nossa opinião deveriam ser incorporadas à política editorial das revistas médicas nacionais.

É nesse sentido que a seguir traduziremos algumas das suas recomendações.

Cada autor deve ter participado suficientemente do trabalho para poder assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo (o grifo é nosso). Sua participação deve incluir: a) concepção ou delineamento ou ainda análise e interpretação dos dados, ou ambos; b) redação do manuscrito ou sua revisão quando inclua crítica intelectual importante de seu conteúdo; c) aprovação final da versão a ser publicada. A simples participação na coleta de dados não justifica autoria (o grifo é nosso).

Todos os elementos de um artigo (a, b e c acima) devem ser atribuíveis a pelo menos um autor.

Em um trabalho de grupo (coletivo) a autoria deve especificar as pessoas-chave responsáveis pelo artigo; os outros colaboradores devem ser reconhecidos separadamente.

Os Editores podem requerer dos autores que justifiquem sua inclusão na autoria do trabalho (o grifo é nosso).

Em um lugar apropriado do trabalho (página frontal, rodapé ou apêndice ao texto, de acordo com o periódico) uma ou mais declarações devem especificar: a) contribuições que merecem reconhecimento mais não justifiquem autoria; b) reconhecimento de auxílio técnico; c) reconhecimento de auxílio financeiro ou material, e d) explicação sobre auxílios financeiros que possam causar conflitos de interesse.

Pessoas que tenham contribuído intelectualmente para os artigos cuja participação não justifique autoria devem ser referidas e sua colaboração descrita como, por exemplo, "orientação", "revisão crítica", "coleta de dados", "participação em inquérito clínico". Estas pessoas precisam dar permissão antes de ser assim citadas.

O auxílio técnico deve ser agradecido em um parágrafo separado. Auxílio materiais ou financeiros de qualquer fonte devem ser também especificados.

Ao comentar estas "Guidelines on Authorship" do ICMJE, o editorial do "Lancet"³ diz que espera que estas recomendações sobre autoria "façam alguma coisa para limitar a tendência à inflação em número de autores como também, pela sua ênfase na responsabilidade, seja um obstáculo aos Münchausens da Medicina". Continua dizendo que as recomendações "levam um conta não só os que estão incluídos e não deveriam estar, como também aqueles que estão ausentes, mas deveriam estar presentes".

HUTH, por outro lado, aborda o tema sob o ponto de vista da ética, fala de "autoria injustificada" e diz que o abuso na autoria raramente interfere com a eficiência da ciência ou reduz suas fontes, porém, corrói a ética e a honestidade. Como remédios ele recomenda, como faz o ICMEJ, que os periódicos solicitem "a exata contribuição de cada um dos co-autores de forma a justificar a co-autoria". Cita ainda uma exigência do Annals of Internal Medicine, revista em que, para que o trabalho seja aceito, "cada autor deve afirmar que leu a versão final do trabalho e concorda com a sua publicação".

D'ASSUMPÇÃO² chama a atenção para vários dos tópicos já comentados e acrescenta sua preocupação com as conseqüências que a co-autoria irresponsável possa vir a ter sobre a avaliação de pesquisadores. Comenta que, em algumas instituições, a co-autoria começa a não ser considerada nas avaliações,

com evidente prejuízo para os co-participantes legítimos. Este ponto de vista é compartilhado por outro⁶ que chegam a afirmar que trabalhos com múltiplos autores são, freqüentemente, revistos de forma incompleta, perdendo portanto em qualidade, o que acaba justificando a tendência de desvalorizá-los.

Ao divulgar nossa preocupação com este tema, nosso objetivo principal é de que seja ele debatido em nosso meio e sirva de estímulo para que nossas revistas introduzam em seus critérios de aceitação de trabalhos as normas que vêm sendo propostas a nível internacional. Acreditamos, firmemente, que estes cuidados facilitarão, inclusive o julgamento de memoriais nos concursos universitários, podendo valorizar mais as participações efetivas em trabalhos de qualidade e menos a simples quantidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CULLITON, B.J. - Integrity of research papers questioned. *Science*, 235: 422-423, 1987.
2. D'ASSUMPCÃO, E.A. - A ética da co-autoria. *Rev. Ass. méd. bras.*, 32: 183-184, 1986.
3. EDITORIAL Consensus on authorship and other matters. *Lancet*, 2: 595, 1985.
4. HUTH, E.J. - Irresponsible authorship and wasteful publication. *Ann. Intern. Med.*, 104: 257-259, 1985.
5. INTERNATIONAL, Committee of Medical Journal Editors Guidelines on Authorship. *Brit. med. J.*, 291: 722-724, 1985.
6. PETERSDORF, R.G. - The pathogenesis of fraud in medical science. *Ann intern. Med.*, 104: 252-254, 1985.

Transcrito da Rev. Inst. Med.
Trop. São Paulo 29(4):191-193, 1987.

QUANDO VOCÊ PODE REVELAR O REAL ESTADO DE SAÚDE DE SEU PACIENTE À AUTORIDADE ?

Ofício Circular Nº 562/84
Curitiba, 06 de setembro de 1984
Senhor Diretor,

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições lhe conferidas pelo artigo 4º da Resolução nº 1154/84, do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, baixou Resolução de nº 04/84, em anexo, que determina aos Srs. Médicos e à Rede Hospitalar de todo o Estado, a obrigatoriedade de solicitar das autoridades que pretendam informações sobre pacientes atendidos, o preenchimento de Declarações, cujos modelos V. Sa. está recebendo.

Para melhor esclarecimento e sem pretender esgotar o assunto ou concluir pelo desconhecimento de V. Sa., informamos que CRIME DE AÇÃO PÚBLICA, é aquele em que o Estado tem o dever de interferir, para apurar responsabilidades. Por exemplo: De um fato que origine lesões corporais (acidente de trânsito, agressão, atropelamento, etc.), quer leves ou graves, ou ainda morte, advém a obrigatoriedade do competente inquérito policial e posterior julgamento pelo Poder Judiciário. Nesta hipótese, o desencadeamento do processo, INDEPENDENTE DE REPRESENTAÇÃO, não sendo necessário, pois, que qualquer pessoa, para instalação, dele dê conhecimento à autoridade policial. É dever do Estado interferir. Por este motivo, denomina-se CRIME DE AÇÃO PÚBLICA, ou seja, cuja solução é de interesse da sociedade e não depende de REPRESENTAÇÃO.

Para melhor entendimento, cumpre anotar que o CRIME DE AÇÃO PRIVADA, é aquele que DEPENDE, para a ação da autoridade policial, DA PROVOCAÇÃO DO INTERESSADO, como por exemplo, o crime de sedução. É uma infração ao Código Penal, que vai depender para instalação de processo contra o seu autor, da formulação de queixa da parte ofendida, ou de seu representante. Este crime todavia será considerado como de AÇÃO PÚBLICA, se o seu autor for tutor, padrasto, curador ou detiver o pátrio poder sobre a vítima.

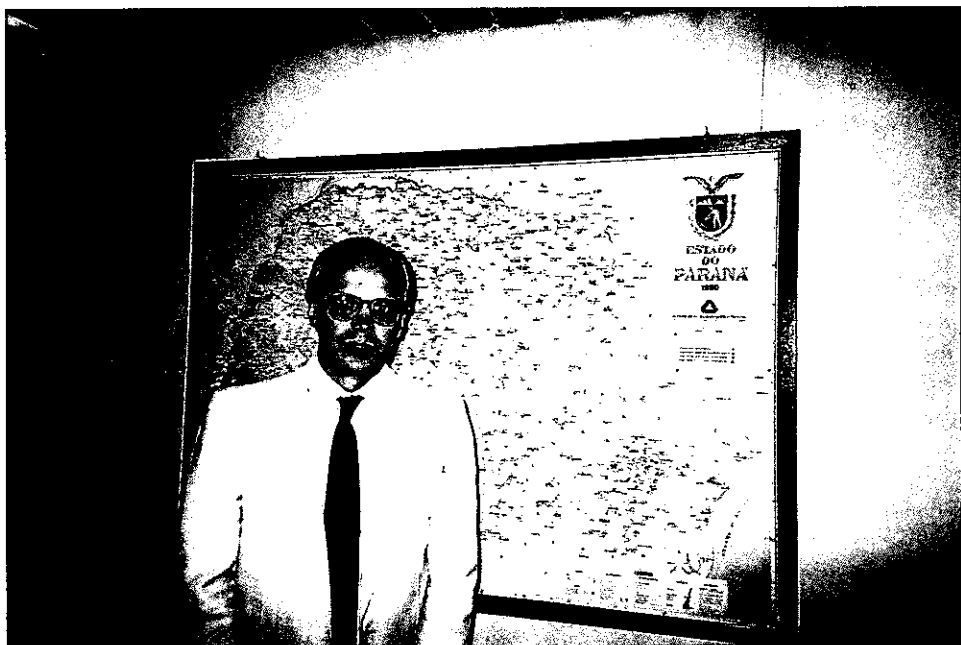
Se não se consubstanciarem estas hipóteses, a autoridade, mesmo que tome conhecimento do fato, nada poderá fazer, pois o interesse para a punição do infrator, é de ordem privada da parte ofendida.

Assim, como referência às declarações que terão que ser firmadas pelas autoridades policiais, para obterem informações dos pacientes atendidos, nas mesmas, conforme modelo anexo, terá que estar consignado, que o inquérito policial instaurado é concernente à Crime de Ação Pública e que independe de Representação, ou seja, relativo a um fato punível, cuja solução é de interesse público. Todavia, além desta condição, é necessário que na Declaração conste; que as informações a serem prestadas pelo médico ou rede hospitalar, não serão prejudiciais ao indiciado, ou melhor, não agravarão a sua situação perante o Inquérito Policial. Esta condição, obviamente, não fica a critério do médico ou hospital o informante, que no entanto, se não condizentes com a verdade, pelo menos isentarão os informantes de responsabilidade por quebra de sigilo profissional.

Fica V. S^a. cientificado, que os esclarecimentos que prestamos, não pretendem esgotar o assunto, pois apenas deverão servir de consulta, quando solicitadas as declarações das autoridades policiais. Solicitamos ampla divulgação destes documentos entre os médicos do Corpo Clínico. Reafirmamos nossos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente

Dr. Duilton de Paola
Presidente



Presidente do CRM-PR Dr. Luiz Sallim Emed.

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50), 1996

QUANDO O MÉDICO DEVE OU PODE INFORMAR A AUTORIDADE POLICIAL OU JUDICIAL?

Resolução Nº 04/84

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, dando cumprimento ao disposto pelo artigo 44 do Código Brasileiro de Deontologia Médica e visando disciplinar informações prestados pelos srs. médicos e pela rede hospitalar, às autoridades Policiais, sobre o paciente

RESOLVE:

1) - Que doravante as informações somente poderão ser fornecidas quando, versando sobre paciente indiciado em inquérito policial, a autoridade solicitante DECLARAÇÃO nos seguintes termos:

"DECLARAMOS, para fins de preservação do SIGILO MÉDICO que o Sr..... (Qualificação), atendido pelo Hospital..... (Denominar), ou pelo médico..... (nominal), em data de....., em razão de responder junto a esta Delegacia..... (identificar), Inquérito Policial por crime de Ação Pública, cujo processo independe de representação.

Declaramos outrossim, que os esclarecimentos solicitados, (Discriminá-los), não serão prejudiciais ao indiciado".

2) - Que por outro lado, se as informações pretendidas, disserem respeito a paciente que não responde a Inquérito, mas figura como vítima, a declaração deverá ser nos seguintes termos:

"DECLARAMOS, para fins de preservação do SIGILO MÉDICO, que o Sr., atendido pelo Hospital..... ou pelo médico....., em data de, não responde junto a esta Delegacia....., a Inquérito Policial e que os esclarecimentos solicitados, (discriminá-los), não lhe serão prejudiciais e nem o sujeitarão a procedimento criminal".

3) - Os casos omissos serão resolvidos em separado.

Curitiba, 21 de Maio de 1984.

Dr. Daulton de Paola
Presidente

QUANDO REVELAR SEGREDO MÉDICO POR "JUSTA CAUSA" OU "DEVER LEGAL" ?

RESOLUÇÃO Nº 05/84

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições lhe conferidas pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina e considerando que o artigo 44º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, dispõe que ao médico é permitido a revelação de fatos que tenha conhecimento, por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, para obedecer a "dever legal" ou em "justa causa".

RESOLVE:

1) - Que são casos constitutivos de "DEVER LEGAL", as seguintes circunstâncias:

a) Os casos de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou de outras de declarações obrigatória (doenças profissionais, toxicomania etc.).

b) As perícias jurídicas.

c) Quando o médico está revestido de função em que tenha de se pronunciar sobre o estado do examinado (serviços biométricos, junta de saúde, serviços de companhias de seguros etc.), devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico.

d) Os atestados de óbito.

e) Quando se tratando de menores, nos casos de serviços, castigos corporais, atentados ao pudor, supressão internacional de alimentos.

f) Os casos de crime, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico.

g) Os casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses da cliente.

§ único - É aconselhável o uso, em código da nomenclatura internacional de doenças de morte.

2) - Que são casos constitutivos de "JUSTA CAUSA" as seguintes circunstâncias:

a) Quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família ou envolva responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência estiver o paciente.

b) Para evitar o casamento de portador de defeito físico

irremediável ou moléstia grave transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de anulação de casamento, em que o médico esgotará primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra de sigilo.

c) Quando se tratar de fato delituoso previsto em lei ou a gravidade de suas conseqüências sobre terceiros, crie para o médico o imperativo de conseqüência para revelá-lo a autoridade competente.

Curitiba, 21 de maio de 1984

Dr. Duilton de Paola
Presidente



Dr. Gerson Z. Martins (esquerda) Tesoureiro do CRM-PR, Dr. Luiz Sallim Emed, Presidente do CRM-PR e Dr. João Carlos Simões, Presidente da Associação Médica do Paraná, presentes no IX Encontro das Entidades Médicas, em Brasília.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Andrea Maria Andraus *
Cleusa Maria Schwarz *
Flávia Regina G. Carneiro *
Gisele Garcia Romero *
Giselle Vicentini *
Janayna de Holanda Melo *
Larissa de C. Scuta *
Lígia Beatriz R. Vieira *

INTRODUÇÃO

O planejamento familiar é uma das atividades da medicina preventiva. Ele tem por objetivo primordial proporcionar aos casais e às mulheres, em particular, as informações e os meios necessários para que possam decidir, de modo voluntário e consciente, sobre o número de seus filhos e a oportunidade em que os vão ter. Desta maneira, o planejamento familiar é, também, o instrumento para que se realize, na prática, o princípio da paternidade responsável, cujo exercício conduz a que as famílias não tenham senão, os filhos que possam criar e educar condignamente.

A ciência na óptica de sua evolução oferece métodos naturais, artificiais e cirúrgicos modernos, entre os quais a esterilização. Esta consiste em um método cirúrgico aplicado ao homem e a mulher. A laqueadura tubária, aplicada à mulher, tem sido amplamente difundida e por sua vez motivo de muita discussão, visto que é cercada de complexos aspectos ético-legal, religioso e sócio cultural.

Porém, deve-se lembrar que o planejamento familiar não se consegue unicamente com a prática da anticoncepção. É preciso ter em mente que nenhuma ação social cumpre integralmente seus objetivos se não conscientiza sua população alvo, se não fortalece a família e a comunidade, se não facilita a integração comunitária, e se não oferece aos casais as informações e os meios de exercitar sua faculdade reprodutiva segundo suas próprias decisões, livremente tomadas.

OBJETIVO

Nessa última década estamos assistindo, cada vez mais, polêmicas científicas que procuram comprovar a importância e as repercussões que a Laqueadura Tubária encerra, portanto, visamos com este trabalho um enfoque estatístico sobre a opinião da população em geral a respeito deste tema tão polêmico em nossos dias.

Pesquisamos o assunto na literatura, no que diz respeito ao enfoque ético-legal, bem como ouvimos a população sob a forma de entrevistas.

* Aunos da Disciplina de Deontologia Médica, da Universidade Federal do Paraná

DEFINIÇÃO

A esterilização feminina implica, em essência, na secção ou no bloqueio de ambas as tubas uterinas, de modo a impedir a fertilização, por espermatozóide, do óvulo libertado pelos ovários, levando a interrupção da capacidade reprodutiva.

HISTÓRICO

Apesar de Hipócrates ter incluído em suas notáveis observações a estrutura tubária como um órgão operável, as primeiras tentativas para a realização de uma ligadura, datam de 153 anos, quando Blundell fez o primeiro relato na moderna literatura, mas realizada por Lundgren através de uma cesária. Daí em diante, a preocupação passou a ser dirigida na procura de uma técnica que trouxesse pormenores cirúrgicos, visando resultados duradouros, caracterizadas por eficiência, segurança e ao mesmo tempo simplicidade.

Basicamente a trompa é uma estrutura de "transporte" da vida humana. Há cem anos vem sendo ela considerada como órgão de maior preferência para se obter esterilização permanente. Linde afirma que, a partir de 1980, mais de 100 métodos foram descritos e executados, tendo havido no decorrer dos acontecimentos notável progresso na simplificação das técnicas, quer através da laparotomia, culdoscopia, da histeroscopia, da colpotomia ou da minilaparotomia.

INDICAÇÕES MÉDICAS

A esterilização é um ato cirúrgico que continua sendo executado no Brasil, sem disciplinamento de ordem médica, na maioria das vezes sem preparação psicológica adequada e sem atentar-se para as implicações médico-legais e religiosas que são paradoxalmente rígidas. Mas, indiferente a essas interrogações, prevalecem algumas indicações médicas para execução do ato:

A- Ginecológicas

Pacientes que estão para se submeter à cirurgia corretora de prolapso uterino, ou de genitoptose, como cistocele de 2º e 3º graus e roturas perineais.

B- Psiquiátricas

Em decorrência de patologias conhecidas pelo caráter de transmissão hereditária, das quais cita-se a psicose maníaco-depressiva e esquizofrenia.

C- Obstétricas e Clínicas

As implicações decorrentes da multiparidade ou mais especificamente, de gestantes catalogadas como de alto risco, estão especificamente incluídas na faixa de índices para esterilização permanente. Desse modo é possível enumerar uma série de patologias, tais como: diabetes, distúrbios genéticos, isoimunização, malformações congênitas, doença hipertensiva crônica grave, cardiopatias crônicas graves, neuropatias não reversíveis, doença do colágeno com manifestações

viscerais, erros inatos do metabolismo e pneumopatias com redução importante da capacidade vital pulmonar.

PROFISSIONAL X O PEDIDO DO CASAL

Apesar da laqueadura tubária ser proibida por lei, continua sendo praticada ativamente por profissionais da área médica, por isso não devemos omitir do trabalho alguns aspectos que devem ser abordados frente ao pedido do casal para realizar o procedimento.

Devem ser analisados vários aspectos antes da realização do ato cirúrgico, como por exemplo: o número de filhos do casal, idade do último filho, relacionamento do casal e patologias associadas. Esses fatores estudados minuciosamente, farão com que o profissional tome a atitude adequada e ofereça o melhor para sua paciente, aceitando o pedido ou propondo e orientando o casal para o uso de um método contraceptivo eficaz, aguardando uma época apropriada para a realização da laqueadura. Desde que haja uma boa explicação a respeito de qual atitude seria melhor o casal adotar, há na maioria das vezes uma compreensão e aceitação da proposta. Segue em anexo (anexo 1) o formulário a ser preenchido por toda paciente candidata a anticoncepção cirúrgica realizada pela disciplina de Reprodução Humana, setor de anticoncepção da UFPR e o formulário para solicitação de laqueadura tubária e vasectomia (anexo 2) do mesmo setor que deverá ser avaliado pela comissão de ética médica do Departamento de Tocoginecologia.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

CONSTITUIÇÃO FEDERAL:

Art. 226 - A família, base da sociedade, tem especial proteção do estado (...)

Parágrafo 7- Fundada nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é da livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:

Art. 1- A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2- O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3- A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico de ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 6- O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

É VEDADO AO MÉDICO:

Art. 29- Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30- Delegar à outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 31- Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 32- Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável.

Art. 42- Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.

Art. 43- Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art. 44- Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 45- Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Art. 67- Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

CÓDIGO PENAL:

Art. 129- Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

PENA- detenção de três meses a um ano (...)

Parágrafo 2- Se resulta: (...) Perda ou inutilização de um membro, sentido ou função; (...),

PENA- reclusão, de dois a oito anos.

Art. 132- Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente.

PENA- detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

LEIS DAS CONTRAVENÇÕES PENAIAS:

Art. 20- Anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar a gravidez;

PENA- multa de 500,00 à 5.000,00.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA :

A posição do CFM sobre a laqueadura é conservadora no sentido de que segue a legislação vigente. Apesar de muitos profissionais solicitarem aprovação do CFM para situações especiais tais como: mulheres com deficiência mental, doenças hereditárias, mulheres aidéticas, sem condições sócio-econômicas, etc. Não encontramos nos arquivos do CFM nenhum parecer favorável, como segue abaixo:

-Parecer nº 20/85, aprovada em 12/07/85. Indica legislação aplicável aos casos de transplante, abortamento, esterilização cirúrgica.

- Parecer nº 85/86, aprovado em 10/12/86. O CFM não reconhece a BEMFAM como sendo uma instituição encarregada pela tarefa complementar na formação de recursos humanos para saúde e condena a prática de anticoncepção cirúrgica por ser um método proibido pela constituição brasileira.

- Parecer nº 3/88, aprovado em 03/02/88. Nega autorização para realizar esterilização sem indicação terapêutica.

- Parecer nº 05/88, aprovado em 11/03/88. O procedimento de salpingotripsia com objetivo único de esterilização contrapõe-se à legislação vigente. Cabe ao CFM regulamentar o registro formal de procedimento cirúrgicos, com fins explícitos de esterilização, por indicação exclusivamente médica.

- Parecer nº 03/89, aprovado em 13/01/89. Rejeita a possibilidade de esterilização em adolescentes portadora de deficiência mental.

-Parecer nº 18/90, aprovado em 02/08/90. Analisa a indicação de procedimentos de esterilização nos casos de Aids. Reafirma o entendimento de que a salpingotripsia é procedimento ilegal e antiética quando feita com propósito de esterilização.

-Parecer nº 14/90, aprovado em 12/07/90. O CFM se pronuncia contrário à esterilização cirúrgica masculina e feminina.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA :

"É entendimento deste conselho que a vasectomia e a laqueadura tubária são procedimentos cirúrgicos, e como tais, atos médicos invasivos e mutiladores de funções orgânicas, proibido pelo código penal, devendo portanto ter sua indicação fundamentada exclusivamente em aspectos clínicos. Além do mais, por seu caráter definitivo deve ter sua indicação restrita como último recurso terapêutico e não como procedimento de rotina ou de primeira escolha."

Este texto retirado dos Arquivos do CRM do Paraná demonstra-nos que o parecer deste órgão segue a Legislação e o Código vigentes.

Existem indubitavelmente opiniões diversas acerca do tema, estabelecendo-se assim um conflito entre o que preceitua a ética, a legislação vigente, a realidade da medicina e o contexto sócioeconômico cultural do nosso País. Este conflito esta longe de ter sua resolução, e tem sido matéria de ampla discussão nos anos mais recentes. Segundo nossas pesquisas na literatura, encontramos vários textos que opinam sobre o assunto:

FLAMÍNIO FÁVERO, da universidade de São Paulo escreveu: "Qualquer intervenção que visa tornar o indivíduo incapaz para a procriação, deve ser praticada, apenas, em casos de absoluta necessidade e segundo rigorosos preceitos da ética. Sendo sua finalidade nitidamente terapêutica, não haverá quaisquer dúvidas; suprime-se uma função, para salvar uma vida. Mas há outras modalidades de intervenções, como profilática, a eugênica, a estética, etc, sobretudo para a mulher. Segundo me parece, tais indicações são contrárias à ética".

BENJAMIN DE MORAIS, revisor do anteprojeto do Código Penal de 1969: " O médico não pode ser imputado de responsabilidade alguma praticando esterilização se houver solicitação e ou consentimento de seu cliente", entendendo que a laqueadura seria ilícito penal se realizada contra a vontade da mulher.

GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, " Ligar as trompas por indicação meramente social, que não atenda ao caráter da vida ou da saúde, não pode encontrar apoio por violar normas éticas e jurídicas. Há certos atos médicos que ninguém tem o direito de praticar, nem com o pedido tácito ou expresso do paciente, pois, a norma jurídica se impõem ao praticante e mesmo a autorização do paciente não lhe outorga prerrogativas de desobedecê-lo. Não se pode negar que a esterilização cirúrgica sem indicação médica, em que se procura a inutilização da função reprodutora, constitui lesão gravíssima. Não há nenhuma justificativa se essa é precedida do consentimento, mesmo escrito, da mulher ou do marido, pois a vida e a saúde são bens irrecusáveis e inalienáveis, e ainda mais, ninguém pode dar a si mais direitos do que a lei lhe outorga, nem modificar em seu proveito aquilo que já esta juridificado pelo bom senso e pela razão. Essa ação esterilizadora não deixa de ser uma modificação nociva do organismo, alterando-lhes as condições normais dos órgãos internos e extinguindo-lhes uma função mais importante do ser humano - a reprodução. O bem jurídico protegido e a incolumidade da pessoa, em toda a sua amplitude, e o meio empregado não altera o juízo da configuração do delito.

COSTLER e WILLY : "Quando um indivíduo deseja evitar a fecundação permanente, resta-lhe a alternativa da esterilização. Em alguns países, a lei prescreve a esterilização obrigatória para as pessoas que sofrem de certos tipos de enfermidades mentais e para determinados criminosos. Em outros, a esterilização voluntária é legal. Na Inglaterra, a lei não prescreve a esterilização obrigatória, porém não há, no momento, obstáculo legal algum para esterilização voluntária das pessoas adultas e mentalmente normais. Evidentemente, nenhum médico de reputação esteriliza ninguém sem antes considerar escrupulosamente o caso".

HILÁRIO VEIGA DE CARVALHO : "A esterilização não deve ser praticada se não dentro de indicações rigorosamente médicas, em casos de patologia com limites bem demarcados, e nunca, em sentido absoluto, com a finalidade de obter a limitação dos nascimentos. Há duas razões fundamentais que contrariam o emprego dos meios esterilizantes, como práticas neo-malthusianas - além de aspectos morais que também militam decisivamente contra essa prática. São elas: 1) a agressão que a pessoa venha a sofrer e sua integridade física e mental; 2) a irreversibilidade do processo que, no seu aspecto mais habitual, cirúrgico, ainda se deve considerar definitivo".

CARLOS E. BRAGA: " Argumenta contrariamente a caracterização da laqueadura como origem de lesão corporal: 1) pela inexistência do elemento subjetivo do dolo, no caso específico o ânimo laedendi (vontade de lesar); 2) pelo amparo deste ato médico no artigo 226, parágrafo 7 da Constituição; 3) baseado no princípio do "

Consentimento do ofendido" que é causa de justificação supra-legal, traduzindo-se como renúncia do ofendido à proteção jurídica desde que observados os requisitos da capacidade do agente, consciência do consentimento que deve ser esclarecido e no bem jurídico disponível, caracterizado por corrente prevalente da doutrina que, argumentada na não punição da lesão, considera o corpo humano em tese bem jurídico disponível. Deve existir o consentimento do casal, por ser a capacidade procriativa bem comum entre os casais. Em razão do exposto o consentimento tornaria o ato irrelevante ao direito penal; 4) o princípio da adequação social (Wenzel) que não considera penalmente relevante um fato normal ajustado aos padrões da vida comunitária; e 5) inexistência de legislação específica sobre laqueadura, reforçando o argumento de ato de natureza ética e médica".

BENJAMIM DE MORAIS: " O médico não pode ser imputado de responsabilidade alguma praticando esterilização se houver solicitação e/ou consentimento de seu cliente", entendendo que a laqueadura seria ilícito penal se realizada contra a vontade da mulher.

MEDEIROS DA SILVA: "Só excepcionalmente é permitida a operação com as cautelas e formalidades previstas no Código de Ética (vigorava o Código de 1957), que no artigo 52 recomendava: "A esterilização é condenada podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação referendada por dois médicos ouvidos em conferência".

HEITOR PERES: Citou que as indicações da laqueadura tubária do ponto de vista psiquiátrico são: frigidez feminina por temor de gravidez, indicações clínicas, mulheres sujeitas a surtos mentais ligados ao puerpério, mulheres em remissão social de psicose, oligofrenias e neuroses obsessivo-compulsivas, risco de transmissão de doenças mentais ao conceito.

Padre CHARBONEAU: Se posiciona no sentido de que a limitação dos nascimentos é um dever dos pais, mas é também dever do médico oferecer ao casal os recursos para evitar uma gravidez indesejada.

CARLOS E. BRAGA FILHO: " A laqueadura tubária é assunto de natureza ética, pois a ética na prevenção da gravidez deve objetivar o controle da natalidade, o planejamento consciente da prole e o aprimoramento da espécie humana".

ARREPENDIMENTO E REVERSIBILIDADE

O número de arrependimentos que vem sendo observado nos últimos anos entre mulheres brasileiras, e que servem de pretexto para grupos feministas realizarem campanhas contra a contracepção cirúrgica, advém da realização do ato durante a operação cesariana ou do pós- parto imediato, muitas vezes sem o conhecimento da paciente. Admite-se hoje ser da ordem de 27% o número de mulheres laqueadas, sendo que destas 60% o fizeram imediatamente após a parturição

Em vários estudos foram demonstrados que as mulheres que são laqueadas durante a cesária arrependem-se mais do que aquelas que o são no período intergestacional. Segundo pesquisa realizada junto ao serviço de Reprodução Humana da UFPR, até 1991 6,4% das pacientes que procuravam o ambulatório de esterilidade haviam sido laqueadas e desejavam reversão. Atualmente estima-se que este índice esteja em torno de 20%, segundo a chefe da disciplina de Reprodução Humana da UFPR,

Prof. Dr^a Claudete Regiane Melo.

Com advento da microcirurgia há alguma esperança para mulheres e homens que mudaram de idéia após esterilizados. Em estudo realizado no Hospital de Clínicas de Curitiba obteve-se índice de 62,5% de gravidez após reversão, valor próximo ao encontrado pela maioria dos autores.

Porém a possibilidade de reversão não deve ser alardeada já que nem sempre consegue-se o resultado final desejado, por seus altos custos e a inacessibilidade à maioria da população.

AVALIAÇÃO POPULACIONAL

OBJETIVOS

A esterilização cirúrgica é um tema que gera controvérsias entre a população. Baseado nisto, este trabalho objetivou avaliar o conhecimento da população sobre o assunto, através de uma amostra populacional de Curitiba, enfocando além de aspectos legais a opinião pessoal em diversas situações.

MATERIAL E MÉTODOS

Consiste numa amostragem populacional realizada através de pesquisa de campo, constituída de 200 entrevistados em diversas regiões de Curitiba como: Bairro Água Verde, Batel, Portão, Cabral, Santa Cândida, na Cidade Industrial, Centro, etc. No período de 16 à 28 de agosto de 1995. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente em empresas, faculdades, residências, portarias de edifícios, shopping centers, hospitais e abordagem das pessoas nas ruas. O questionário foi previamente elaborado sempre objetivando avaliar a posição e os conhecimentos legais dos indivíduos sobre o tema. Este é constituído de 16 itens de resposta objetiva (anexo 4). O único critério de exclusão foram indivíduos menores de 18 anos. A análise estatística foi realizada através de computador modelo 486DX2-66MHz pelo programa access 2.0.

DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA DA U.F. PR
DISCIPLINA DE REPRODUÇÃO HUMANA - SETOR DE ANTICONCEPÇÃO

FORMULÁRIO A SER PREENCHIDO POR TODO (a) PACIENTE A ANTICONCEPÇÃO

CIRÚRGICA:

Nome.....

Nº da ficha anticoncepção:..... Nº registro HC.....

-Por que não quer mais ter filhos?.....

-Por que um método definitivo?

-Por que agora?.....

-Não existem outros métodos disponíveis? (explique).....

-Os outros métodos são inaceitáveis ? Por que?.....

-Alguma pessoa motivou a sua solicitação para um método irreversível definitivo?.....

Quem?.....

-Discutiu essa decisão com alguém? Quem?.....

-Já pensou em não poder mais ter filhos?.....

-Como se sentiria nesta situação?.....

-O (A) companheiro(a) está de acordo?.....

-Se o seu (sua) companheiro(a) não está de acordo, porque?.....

..... O (A) companheiro(a) se sentiria bem nesta situação?.....

-Já pensou nas seguintes possibilidades e como reagiria diante delas?

*Perda de um filho.

*Perda da gravidez atual.

*Perda do companheiro.

*Novo casamento, e desejo de outros filhos, com o novo companheiro.

*Melhora de nível econômico.

*Filhos crescidos e desejo de ter outra criança.

-Pode se imaginar em uma dessas situações e tendo feito laqueadura (vasectomia)?.....O que faria neste caso?.....

-Tem algum problema de relacionamento com o cônjuge? Qual?.....

-Tem algum problema com a religião?.....

-Está segura(o) que quer ser submetido(a) a laqueadura (vasectomia)?.....

-Tem alguma dúvida ou pergunta?.....

-Caso positivo esclareça antes do procedimento.

-Acredita que teve tempo suficiente para tomar esta decisão?.....

-Você sabe que pode mudar de opinião a qualquer hora?.....

-Acha que precisa de mais orientação ou mais tempo para tomar a decisão da laqueadura?(vasectomia)?.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu.....autorizo que me realizem a laqueadura tubária(vasectomia) através de uma cirurgia.

Recebi orientação sobre outros métodos contraceptivos e os mesmos me foram oferecidos. Sei que a cirurgia é irreversível e me impede para sempre de ter filhos.

Estou consciente que como qualquer outra cirurgia, esta também tem alguns riscos e possibilidades de faltar.

Sei que posso mudar de opinião a qualquer momento sem perder nenhum benefício do Hospital. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

assinatura do (a) paciente

data ____/____/____

assinatura do (a) esposo (a)

data ____/____/____

DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA U.F.PR
DISCIPLINA DE REPRODUÇÃO HUMANA- SETOR DE ANTICONCEPÇÃO.

SOLICITAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA

Nome:..... n^o ficha anticoncepção.....
Registro geral do HC.....
Idade.....gesta.....
Para.....ces.....
Aborto.....DUP.....
N^o de uniões.....Tempo da união atual.....
N^o de filhos da união atual.....Está grávida?.....
Idade gestacional.....
Data do último aborto.....
N^o de filhos vivos.....Idade.....
Sexo masculino.....Sexo masculino.....
Relacionamento do casal.....
Doenças associadas.....
Métodos contraceptivos já utilizados e tempo de uso.....
1^o).....2^o).....
3^o).....4^o).....
Adaptação.....

Motivo para o pedido da laqueadura ou vasectomia.....

Método usado atualmente e há quanto tempo.....

Ambulatório de Reprodução Humana () Obstetrícia () Ginecologia ()
outro ().

OBS: Sempre que a indicação de laqueadura tubária for por uma patologia não ginecológica/obstétrica, o pedido e a assinatura deverão ser feitos pela clínica especializada.

DATA: ____/____/____.

carimbo e assinatura do médico

COMISSÃO DE ÉTICA

A comissão de Ética do Departamento de Tocoginecologia revisou os dados acima referidos e:

() Concorda com a realização da Anticoncepção Cirúrgica.

() Não concorda. Por Que?.....

RESPONSÁVEL REP. HUMANA.
CARIMBO E ASSINATURA

RESPONSÁVEL OBSTETRÍCIA.
CARIMBO E ASSINATURA

RESPONSÁVEL GINECOL.
CARIMBO E ASSINATURA

RESULTADOS

A pesquisa feita com o público, trouxe-nos a seguinte amostragem:

1. **Quanto à idade:** A idade média foi de 32 + 11,5 anos, com variação de 18 a 69 anos.
2. **Quanto ao sexo:**
Masculino: 39,5%
Feminino: 60,5%
3. **Quanto à religião:**
Católica: 78,5%
Luterana: 7,5%
Ateus: 7,0%
Outros: 7,0%
4. **Quanto à escolaridade:**
1º grau: 27%
2º grau: 24,5%
3º grau: 38,5%
Sem dado: 10%
5. **Quanto ao estado civil:**
Casado: 60%
Solteiro: 29,5%
Cohabitação: 3,5%
Viúvo: 2,0%
Separado: 3,5%
6. **Quanto aos filhos:**
66,5% têm filhos
33,5% não têm filhos
7. **Quanto ao número de filhos:**
A média foi de 2,5 + 1,7 filhos, sendo que a variação foi de 1 a 8 filhos.
8. **Quanto à anticoncepção:**
60% usavam alguma forma de anticoncepção.
38,5% não usavam método anticoncepcional.
Não responderam: 1,5%
9. **Quanto às perguntas:**
-Você sabe o que é laqueadura tubária ?
Sim : 75,5%
Não: 24,5%

-Você já fez laqueadura tubária (ou sua esposa) ?

Sim: 20%

Não: 20%

-Você se arrependeu (ou sua esposa) ?

Sim: 17,5%

Não: 82,5%

-Se não fez, você faria (ou sua esposa) ?

Sim: 60,5%

Não: 22,0%

Não opinaram: 17,5%

-Você acha que é eficaz ?

Sim: 80,5%

Não: 17,0%

Não opinaram: 2,5%

-Você acha que é reversível ?

Sim: 30,0%

Não: 64,0%

Não opinaram: 6,0%

-Caso você quisesse fazer uma laqueadura tubária qual situação seria um empecilho para você :

	Sim	Não	Não opinaram
a) medo da morte de um filho	33,0%	59,0%	8,0%
b) medo da operação	23,5%	67,5%	9,0%
c) medo de arrependimento		46,0%	48,0%
6,0%			
d) falta de condições econômicas	31,0%	61,0%	8,0%
e) possibilidade de encontrar um novo companheiro e querer ter outros filhos	29,5%	61,0%	9,5%

-Você acha que a laqueadura pode trazer alguma complicação para a mulher ou alterações no corpo ?

Sim: 32,0%

Não: 65,5%

Não opinaram: 2,5%

-Você acharia correto fazer laqueadura em quais situações abaixo:

	Sim	Não	Não opinaram
opinaram			
a) mulher sem filhos	11,0%	80,0%	9,0%
b) a pedido da mulher.	59,5%	32,5%	8,0%
c) mulheres com deficiência mental	77,5%	18,5%	4,0%
d) mulheres com doenças transmissíveis ao feto		85,0%	13,0%
2,0%			
e) mulheres em que a gravidez é risco de vida	83,0%	14,0%	3,0%
f) mulheres com mais de três filhos	51,5%	43,0%	5,5%
g) mulheres com mais de 36 anos	48,5%	46,0%	5,5%

-Você acha que a laqueadura é permitida por lei ?

Sim: 55,5%

Não: 41,5%

Não opinaram: 3,0%

-Se a laqueadura for proibida por lei você acharia correto o médico não respeitar a lei para fazer a laqueadura a pedido da mulher ?

Sim: 49,5%

Não: 50,5%

Não opinaram: 0,5%

-Você acha que a laqueadura deveria ser facilitada pelo sistema de saúde atual para as pessoas que quisessem fazê-la, principalmente aquelas de baixa renda?

Sim: 93,5%

Não: 5,5%

Não opinaram: 1,0%

- Quanto às mulheres laqueadas:

Correspondem a 33% das mulheres entrevistadas

Média de filhos: 3,3 + 1,5 filhos

Arrependimento: 17,5%

Reversibilidade: 30%

Complicações para o corpo: 17,5%

DISCUSSÃO

Quanto ao aspecto legal não houve diferença entre homens e mulheres, já que 54,4% dos homens e 56,1% das mulheres acham que é permitido por lei.

Das mulheres que utilizam algum método anticoncepcional, 68,7% aceitariam fazer a laqueadura.

Em relação à reversibilidade do método, 30% das mulheres laqueadas acreditam que possa ser realizada, sendo que 17,5% deste grupo acham que pode haver alguma complicação para o corpo.

O principal empecilho para a realização da cirurgia foi o medo de arrependimento e a indicação mais apontada foi a possibilidade de transmissão de doenças ao feto.

Quanto a possibilidade do médico não respeitar a lei para realizar a laqueadura a pedido, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as diversas faixas etárias da amostra.

Dentre as mulheres entrevistadas, 33% já haviam sido laqueadas e a média de filhos entre estas era de 3,3, com variação de 1 à 8 filhos.

Como esperado, a maioria das pessoas que não sabiam o que era laqueadura tinham menor escolaridade. Entretanto, houve surpresa ao observar que não ocorreu diferença entre os graus de escolaridade, quanto a possibilidade do médico infringir a lei para realizar a laqueadura a pedido.

Nesta avaliação a escolaridade não influenciou no conhecimento da população a respeito da legislação vigente. Baseado nisto, observou-se que apesar da grande polêmica do tema no meio médico, a grande maioria da população tem desconhecimento no assunto.

CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho chegou-se a conclusão que há grande falha na informação das pacientes por parte dos profissionais antes da realização da cirurgia, tanto nos aspectos técnicos quanto psicológicos. Pois obteve-se grande incidência de mulheres já laqueadas que acreditam na reversibilidade, possibilidade de alterações funcionais e arrependimento.

A incidência de mulheres laqueadas encontradas na amostra foi superior a da encontrada na literatura (segundo estatística publicada em 1986 admite-se hoje ser da ordem de 27%). Comparando ao que é divulgado em países como por exemplo o México, nação ainda em desenvolvimento, com 17% de ligadura fica o Brasil em posição negativa, explicado em decorrência de um alto índice de indicação de cesárea, visto que o procedimento é realizado em 60% das vezes durante a parturição.

A indefinição da legislação a respeito do tema gera polêmica e receio no meio médico. Acreditamos que para definição desta situação o tema deveria ser melhor divulgado pelos meios de comunicação para que a população pudesse posicionar-se e exigir mudanças da lei a seu favor.

Finalizando, deixamos a pergunta feita por A. V. Hill em 1952:

" Suponhamos que fosse certo, agora, que a pressão das populações crescentes, não controladas pelas doenças levassem não só a larga exaustão do solo e de outros recursos capitais como, também, à continuação e ao aumento da tensão internacional e da desordem tornando difícil a sobrevivência da própria civilização; ... Se os princípios éticos negam nosso direito de fazer o mal a fim de trazer o bem, estamos justificados em fazer o bem quando a consequência previsível é má ?"

BIBLIOGRAFIA

1. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná:
Ano VI - nº 21 (jan/mar) 1989
Ano VI - nº 22 (abr/jun) 1989
Ano VI - nº 23 (jul/set) 1989
Ano VI - nº 24 (out/dez) 1989
Ano VII- nº 28 (out/dez) 1990
Ano IX - nº 36 (out/dez) 1992
2. Código de Ética Médica. Distrito Federal, Conselho Federal de Medicina, 1990, 2ª edição.
3. Constituição Federal, 1988.
4. Delmanto, C., Código Penal.
5. Freitas- Menke-Rivoire, Rotinas em Ginecologia, Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1993, 2ª edição.
6. Halbe, 1. Tratado de Ginecologia, São Paulo, Editora Roca, 1994, 2ª edição.
7. Pareceres do Conselho Federal de Medicina.

A EUTANÁSIA E A LEGISLAÇÃO PENAL

Dyrceu Aguiar Dias Cintra Junior*

"Tão atroz, e talvez pior, parece-me a morte muito tempo diferida pelas técnicas médicas essa morte que não acaba. Em nome do juramento de Hipócrates, que coloca acima de tudo o respeito pela vida humana, os médicos criaram a forma mais refinada das torturas modernas: a sobrevida. Isto me parece criminoso."(Luiz Buñuel, Meu Último Suspiro).

O debate a respeito da eutanásia vem à tona com frequência quando a imprensa noticia casos de médicos que interrompem terapia em situação de morte certa e sofrimento do paciente.

Ressurge o tema, agora, em face da polêmica causada por um tetraplégico que quer autorização judicial para que o ajudem a eliminar a própria vida (cf. Folha, Caderno Cotidiano, 12/03/95).

Trata-se de questão delicada, cuja disciplina jurídica deve ser muito bem pensada e, ao nosso ver, discriminada apenas em casos extremos e no âmbito da atuação do médico.

No Código Penal vigente nenhum tipo penal se refere ao chamado homicídio eutanásico e, em face disto, há dois enquadramentos possíveis. Em primeiro lugar, pode a conduta se amoldar ao conceito de homicídio, havendo quem o considere um homicídio privilegiado, quando se trata de causar a morte por compaixão pelo doente terminal, que sofre e é mantido artificialmente vivo. Deste teor, acórdão publicado na Revista de Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo, 41/346.

Entende-se haver aí o que a lei chama de relevante valor moral (artigo 121, parágrafo 1º, do Código Penal), ficando o agente sujeito a pena de dois a seis anos de reclusão. A omissão legal quanto à eutanásia, tem sido criticada e por isto, andaram bem os integrantes da primeira subcomissão de reforma do Código Penal - nomeados pelo governo Itamar, cujas reflexões e trabalhos espera-se tenham continuidade no governo FHC -, ao delinearem, em pré-projeto, divulgado há tempos, duas figuras específicas: a eutanásia ativa e a eutanásia passiva.

A primeira (ativa), se aceita a sugestão dos especialistas no tema, passaria a ser um homicídio privilegiado com pena reduzida de um terço à metade, considerada a motivação piedosa, de menor reprovabilidade, desde que haja pedido da vítima, que sofre de mal irreversível grave e permanente, segundo o atual estágio da medicina, com insuportável sofrimento físico.

Entenderam os integrantes da comissão que a discriminação de tal situação ensejaria a possibilidade de pactos de morte, aos quais não pode ficar indiferente o Direito Penal.

A segunda (passiva), também chamada de ortotanásia, praticada exclusivamente pelo médico, desde que cumpridos determinados requisitos, seria permitida. Configuraria uma causa de exclusão de ilicitude, passando a ser conforme ao direito. A conduta descrita no texto proposto é a do médico que omite ou interrompe terapia em situação de morte iminente e inevitável de acordo com o conhecimento médico

*Juiz Criminal. É membro do IBCrim (Instituto Brasileiro de Ciência Criminais) e do Conselho Executivo da Associação Juizes a Democracia.

atual, de pessoa que perdeu completamente a consciência ou não chegou a adquirí-la (anencefalia).

Mas para a legalidade do ato seriam necessários três requisitos:

- 1) Atestado assinado por dois médicos (outros que não o que deva praticar a conduta) a respeito das condições objetivas, enquadráveis no conceito;
- 2) Autorização da família (cônjuge, companheiro, filhos, pais, conforme for o caso);
- 3) Autorização judicial a ser dada em três dias, após os quais, não vindo, fica autorizada a providência.

O conceito, último, que se tenta introduzir com razão, é o moderno a respeito da vida. Seu prolongamento, quando já não é um dado da realidade, mas puro artifício cientificamente obtido, não se justifica (cf. Alberto Silva Franco, A eutanásia passiva no novo Código Penal, em Boletim IBCCrim nº 5, junho/93)

Tanto que a vida assim preservada será meramente vegetativa; não dará jamais à pessoa qualidade de vida compatível com a dignidade humana, suporte constitucional básico de todos os direitos. A sobrevida, nesta condições, como disse Bañuel, passa a ser uma tortura.

Transcrito da Folha de São Paulo
Sessão "DATA VENIA" 03/95

ANENCEFALIA

ASPECTOS MÉDICOS ÉTICOS E LEGAIS

GAVAZZONI, F.B.; CHIES, A.J.; ATAÍDE, A.L.; SEREDNICK, C.F.; ADAM, E.L.; MORAES, F.M. SORDI, J; ADAM, R.L.*

O presente trabalho tem o intuito de definir com clareza o que vem a ser ANENCEFALIA, haja vista o pouco conhecimento do assunto, mesmo no meio médico, além de esclarecer os aspectos éticos e médico-legais acerca do tema. Visa ainda colher opiniões de profissionais que lidam com esta problemática, o que representa a prática na maioria das vezes, e ainda confrontar argumentos a favor e contra a legislação envolvida, para fomentar discussões nos meios docente e discente. Para a confecção desta pesquisa foram cumpridas três etapas: (1) revisão bibliográfica do assunto, (2) entrevistas com profissionais da área de tocoginecologia, interpretação dos resultados obtidos e sua confrontação com os parâmetros legais e (3) discussão acerca do tema. A interpretação dos dados revelou que, na opinião dos médicos entrevistados, a interrupção da gestação deveria ser realizada sempre, desde que este fosse também o desejo da mãe, a despeito da legislação, que mostra-se formalmente contrária ao abortamento nestas circunstâncias. Com efeito, os autores concluem que a dicotomia existente entre a prática médica e a legislação é bastante evidente e portanto, esperar-se-ia que houvesse busca de algum consenso entre as partes, o que efetivamente não ocorre, revelando inclusive certa hipocrisia no tratamento do assunto.

1. INTRODUÇÃO

A condição "anencefalia" tem sido alvo de inúmeras discussões de ordem médica, legal, ética e religiosa. O assunto é extremamente controverso e interessante, abrangendo vários aspectos, desde a própria vida da criança, passando por alterações maternas, físicas e psíquicas, até a doação de órgãos fetais para transplante. A partir disso, os autores do presente trabalho decidiram realizar um estudo sobre a doença, avaliando seus diferentes enfoques, inclusive porque, entre os próprios autores havia significativa diferença nas opiniões. Para tanto, foram levantados dados médicos, éticos e legais da patologia e, em busca de opiniões de profissionais que mantém maior contato com o problema, foram entrevistados 25 tocoginecologistas do Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná. Por uma questão de apresentação, aqui será brevemente apresentada a patologia como entidade nosológica, e nos próximos tópicos serão abrangidos seus aspectos históricos, éticos e legais, concluindo assim a apresentação da patologia.

A anencefalia é o mais severo grau de malformação congênita do sistema nervoso e é definida pela ausência de grande parte do cérebro, crânio e couro cabeludo. Sua gênese ocorre no primeiro mês de gestação e é devida a um defeito no fechamento

* Alunos do Curso de Medicina, 5º período, 1995. Trabalho apresentado à Disciplina de Deontologia, Departamento de Medicina Legal e psiquiátrica Forense.

do poro rostral do tubo neural. Ao observarmos a criança após o nascimento, verificamos que há exposição do encéfalo e, embora possa ocorrer algum desenvolvimento dos hemisférios cerebrais, estes são praticamente irreconhecíveis, visto que todo o tecido dá origem a uma massa fibrótica e hemorrágica formada basicamente de neurônios e glia. É importante sabermos que a anencefalia não implica em ausência total do encéfalo e portanto, não deve ser chamada de holoacrania, como alguns autores colocam, entretanto, malformações de outras estruturas do sistema nervoso podem freqüentemente ocorrer.

A patologia cursa ainda com anomalias crânio-faciais associadas, como a implantação baixa das orelhas, palato fendido, catarata congênita, microftalmia e outras. Os demais órgãos também apresentam-se alterados em 13 a 33 % das vezes (The Medical Task Force on Anencephaly), sendo que as malformações mais comuns são cardíacas e pulmonares. O conjunto das alterações citadas acaba por diminuir ainda mais a sobrevida destas crianças, além de se tratar de uma importante oposição ao uso de órgãos de crianças anencéfalas para transplantes.

A etiologia primária é desconhecida. As hipóteses existentes consideram uma origem poligênica ou multifatorial, entretanto são bastante controversas. Por outro lado o curso clínico é bastante previsível. Metade dos fetos morrem ainda in útero e os nascidos vivos, na maioria morrem já no primeiro dia de vida, segundo DIAZ, JH. Em concordância, um artigo apresentado pelo The Medical Task Force on Anencephaly, em março de 1990, apresenta resultados de três grandes séries mostrando uma sobrevida de uma semana entre 0,5 e 9,0 %. Este mesmo artigo ainda relata um aumento do risco gestacional materno-fetal em casos de anencefalia. Ainda com relação ao prognóstico, a literatura cita casos de sobrevivência mais longa, como o do Baby K, descrito por ANNAS, GJ, com sobrevida de mais de 3 meses, entretanto sem melhora clínica nenhuma na evolução, como já se podia prever.

O diagnóstico pode ser feito a partir de 10 semanas de vida intra uterina. Nesta fase o principal recurso disponível é a ultrassonografia de alta resolução, que nos dá um diagnóstico de certeza em quase 100% dos casos. Pode-se ainda contar com exames laboratoriais, como o aumento da alfa feto proteína do soro materno (90%) e no líquido amniótico (100%). Os tratamentos existentes em caso de fetos com vida são exclusivamente paliativos, visto que não há nenhum prognóstico de cura.

O trabalho visa principalmente a avaliação ética do tema e, devido a estreita relação entre a anencefalia, seu diagnóstico pré natal, e um possível aborto, não se pode deixar de fazer algumas considerações sobre esta associação de fatores. Por ser o aborto nunca uma terapêutica para o feto, ainda embora possa ser para a família, a meta a longo prazo para o uso do diagnóstico pré-natal deveria ser o desenvolvimento de terapias para as condições detectadas. Um exemplo poderia ser a terapia genética, utilizada em erros inatos do metabolismo, hemoglobinopatias etc.

Entretanto, não há evidências que as sociedades que praticam o aborto em alta escala também pratiquem discriminação sistemática contra os cronicamente dependentes ou indefesos. A decisão de se legalizar o aborto seletivo, contudo,

proveria justificativa para decisões de aborto. Entrevistas com os pais (Fletcher, 1973) e análise da literatura mostram que o uso do aborto seletivo é o prevalente problema moral no diagnóstico pré-natal. Argumentos contra: (1) O propósito da medicina de salvar vidas é contraditório com a prática do aborto. (2) O diagnóstico pré-natal segrega certos fetos como "merecedores de aborto", tratando então os fetos diferentemente e injustamente. Motulski (1971) mostrou que o aborto seletivo não seria uma ferramenta eficiente para eliminar doenças genéticas a menos que fosse aplicado aos portadores. Ele se opôs a este passo por causa do proibitivo número de abortos que seria requerido. "Decisões de tratamento médico não são feitas com base em opiniões subjetivas sobre a futura qualidade de vida de uma pessoa retardada ou incapaz" (Federal Regulations, at 14880). Decisões sobre o tratamento podem ter maiores implicações para outros filhos dos pais da criança defeituosa e para a estabilidade social e financeira da família.

O dilema ético mais profundo consiste em como justificar o aumento do sofrimento da criança, da família e da sociedade. A dificuldade de obter assistência social e financeira para muitas formas de incapacidades da infância é, às vezes, sugerido como justificativa para a decisão de não tratá-la. Tais considerações não constituem bases suficientes para decisões clínicas. Em certos pontos de vista, (Jonsen, Siegler & Winslade, 1992) é uma "anomalia ética" o governo insistir que tem um convincente interesse na proteção da vida e, ao mesmo tempo, desmontar as formas financeiras e institucionais que capacitam bons cuidados de saúde, educação e suporte social para aqueles cujas vidas são poupadas e para suas famílias. Todo o pediatra reconhece que o nascimento de uma criança malformada ou criticamente doente pode ser a mais traumática experiência para os pais. Ainda as mais lúcidas explicações do problema médico podem ser mal interpretadas. Contudo é errado desqualificar todos os pais afirmando que nenhum deles pode fazer boas decisões em um momento de crise.

Em casos onde diferenças de opinião entre pais e médicos, ou os dois genitores entre si são irreconciliáveis, é necessário recorrer ao sistema legal que tem sido estabelecido para proteger o bem estar daqueles incapazes de se proteger por conta própria. Tal recurso é freqüentemente traumático para todos os interessados, mas reconhece que a criança, apesar de sua inabilidade de falar por si mesma, tem um lugar com valor na nossa sociedade. É usual dizer que os melhores interesses da criança limita-se a prudência dos pais sobre a educação e tratamento de sua descendência.

Também em nossa cultura, a sociedade como um todo tem um interesse no bem estar das crianças e aceita como obrigação a proteção da criança do dano, ainda que nas mãos de seus pais. Pais podem escolher o estilo e lugar para a educação de seus filhos, contudo, a decisão dos pais é limitada no cuidado médico quando o exercício de certas convicções trariam desvantagens a saúde da criança de modo sério. Todas as cortes norte-americanas sustentaram que o tratamento médico indicado a menores estão acima da objeção dos seus pais. Os critérios de determinação de morte encefálica podem ser usados para crianças, mas especial precaução é aconselhada, uma vez que elas são mais resistentes a injúrias que a

levariam a morte. É particularmente importante deixar claro que morte por critérios cerebrais é distinta da condição vegetativa persistente: o termo "morte cerebral" confunde o médico e a família, devendo ser evitado. Quanto ao transplante de órgãos, a maior questão é o risco de que uma criança saudável seja arriscada para possível benefício de outra. A coleta de órgãos de crianças anencefálicas é eticamente questionável, desde que ela não está, na hora da remoção, morta por critérios cerebrais. Isto viola o princípio moral de não usar um ser humano como meio de bem estar de outra sem consentimento. Se a legislação (americana) aprovasse a remoção de órgãos de anencefálicos vivos, haveria probabilidade de estender essa prática a outros que não consentem. Esta questão não tem sido aprovada pela literatura (ARRAS, 1988; MEDEARIS, 1989).

Como já foi citado no início, e como é possível perceber, trata-se de um assunto complexo e com grande divergência de opiniões. Com esta introdução, os autores pretenderam esclarecer possíveis dúvidas a respeito da patologia propriamente dita e apresentar um pouco da polêmica mundial do assunto para que, a partir de agora, se possa prosseguir, apresentando a legislação.

2. HISTÓRICO

1954: Neste ano realizou-se o primeiro transplante com sucesso entre irmãos gêmeos.

Década de 60: As "Uniform Anatomical Gift Acts" foram propostas e adotadas por todos os estados (EUA) para aumentar a disponibilidade de órgãos de doadores cadavéricos. Incluem doadores anencefálicos somente após a morte cerebral.

1968: A Harvard Medical School publicou critérios de morte em coma irreversível.

1969: A Corte de Apelação de Kentucky permitiu a doação de um rim

1974: "Baby Doe Regulaments" protege anencefálicos definindo cuidados neonatais.

1975: Stone publicou, antes da legalização do aborto que, 53% dos anencefálicos eram natimortos e 47% nasciam vivos.

1980: Beller, na Alemanha, justificou moral e legalmente a interrupção da gestação anencefálica no terceiro trimestre, por indicações eugênicas.

Década de 80: Estudos de imagem e fluxo sanguíneo determinam com sucesso a morte encefálica. Leis estaduais (nos EEUU) receberam emendas para excluir reflexos medulares.

1982: Introdução clínica da ciclosporina.

1987: Holz Greve reportou três transplantes renais com sucesso de doadores anencefálicos reanimados.

1988: Stone, em Massachussets, relatou que com o surgimento do screening pré-natal ocorriam 7% de anencefálicos natimortos, 3% nasciam vivos e 90% sofriam aborto.

1988: Shewmom afirmou uma uniforme aplicação do screening pré-natal e do aborto, a ocorrência de nascidos vivos anencefálicos nos EEUU ser menor que 100 por ano.

1992: No Brasil foi aprovada a Lei dos Transplantes (Lei 8.489 de 18 de novembro de 1992).

3. LEGISLAÇÃO

Quanto aos aspectos legais do tema anencefalia, podemos dizer que não há em nosso meio uma legislação específica sobre a mesma. Devido ao fato de que 92% (GOLLOP, TR) das gestações com produto anencefalo são interrompidas, há que se analisar o assunto sob o prisma do aborto.

Assim sendo, constam abaixo os artigos do Código Penal e do Código de Ética Médica que tratam do assunto.

Código Penal

Art. 124 - "Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque. Pena - Detenção de um a três anos".

Art. 125 - "Provocar o aborto sem o consentimento da gestante. Pena - Reclusão de três a dez anos".

Art. 126 - "Provocar o aborto com o consentimento da gestante. Pena - Reclusão de um a quatro anos".

"Parágrafo único - Aplica-se a pena do artigo anterior se a gestante não é maior do que quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência".

Art. 127 - "As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofrer lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer dessas causas lhe sobrevém a morte".

Art. 128 - "Não se pune o aborto praticado por médico:

"I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

"II - se a gravidez resulta de estupro, e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal".

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50), 1996

Juramento de Hipócrates: "Também não darei a uma senhora pessário abortivo".

Código de Ética Médica

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.

Art. 43 - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Outro ponto importante na análise da anencefalia é quanto à utilização de recém nato com esta malformação como doadores de órgãos para transplantes. Experiências já realizadas neste sentido mostraram bons resultados de sobrevida para os receptores destes órgãos (New England Journal of Medicine - Experience with anencephalic infant as prospective organ donors - August 10, 1989 vol.321, n.6).

Por outro lado, poucos são os anencefálicos que se prestam como doadores, pelo fato dos critérios de morte inviabilizarem a conservação dos órgãos.

Com efeito, consta a seguir a legislação que contempla o assunto: transplantes de órgãos e tecidos.

Em substituição à lei no 5479, de 10 de agosto de 1968, foi aprovada a lei no 8489 de 18 de novembro de 1992.

Lei no 8.489, de 18 de novembro de 1992

Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências.

O Vice-Presidente no cargo de Presidente da República.

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

Art. 1o A disposição gratuita do corpo post mortem para fins terapêuticos e científicos é permitida na forma desta Lei.

Art. 2o (Vetado.)

Art. 3o A permissão para aproveitamento para fins determinados no artigo 1o desta Lei, efetivar-se-á mediante as seguintes condições:

I - Por desejo expresso do disponente manifestado em vida, através de documento pessoal ou oficial;

II - na ausência do documento referido no inciso I deste artigo, a

retirada de órgãos será procedida se não houver manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente.

Art. 4o Após a retirada de partes do corpo o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos responsáveis para sepultamento ou necropsia obrigatória prevista por Lei.

Parágrafo único. A não observância do disposto neste artigo será punida de acordo com o artigo 211 do código penal.

Art. 5o (Vetado.)

Art. 6o O transplante de tecidos, órgãos ou partes do corpo somente poderá ser realizado por médicos com capacidade técnica comprovada, em instituições públicas ou privadas reconhecidamente idôneas e devidamente cadastradas para este fim no Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os prontuários médicos detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos serão mantidos nos arquivos das instituições referidas, e um relatório anual, contendo os nomes dos pacientes receptores, será enviado ao Ministério da Saúde.

Art. 7o A retirada de partes do cadáver sujeito por força de lei à necropsia ou à verificação diagnóstica causa mortis, deverá ser citada pelo médico-legista e citada no relatório da necropsia ou da verificação diagnóstica.

Art. 8o As despesas com a retirada e transplantes previstas nesta Lei serão custeadas na forma determinada na sua regulamentação.

Art. 9o (Vetado.)

Art. 10 É permitido à pessoa maior e capaz dispor gratuitamente de órgãos, tecidos ou partes do corpo vivo para fins humanitários e terapêuticos.

Par. 1 A permissão prevista no caput deste artigo limita-se à doação entre avós, netos pais filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, cunhados e entre cônjuges.

Par. 2 Qualquer doação entre pessoas não relacionadas no parágrafo anterior somente poderá ser realizada após autorização judicial.

Par. 3 O disponente deverá autorizar especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

Par. 4 Só é permitida a doação prevista no caput deste artigo quando se tratar de órgãos duplos, tecidos, vísceras, ou parte do corpo que não

impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

Art. 11 A não observância dos artigos 2, 3, 5, 6, 7, 8 e 10 desta Lei será punida com detenção de um a três anos, sem prejuízo de outras sanções que no caso couberem.

Art. 12 A notificação, em caráter de emergência, em todos os casos de morte encefálica comprovada, tanto para hospital público, quanto para rede privada, é obrigatória.

Art. 13 (Vetado.)

Art. 14 O poder executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo máximo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 15 Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 16 Revogam-se as disposições em contrário particularmente a lei no 5.479, de 10 de agosto de 1968.

A comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados, no VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em Brasília, no dia 11 de maio de 1988, elaborou as seguintes conclusões referentes a transplante de órgãos, sangue e derivados:

transplante de órgãos, sangue e derivados

1. A retirada de órgãos e tecidos de cadáveres só poderá ocorrer após a prova incontestável de morte encefálica.

2. O diagnóstico de morte encefálica deverá ser estabelecido por dois médicos que não pertençam à equipe de transplante.

3. O diagnóstico de morte encefálica deverá ser estabelecido com base em critérios clínicos e, pelo menos, um exame subsidiário (complementar).

4. A retirada de órgãos e tecidos de cadáveres só poderá ser realizada:

a. se em vida tiver havido manifestação expressa da pessoa de que é doador de órgãos e tecidos;

b. a manifestação deve constar de documento individual de identidade ou qualquer outro de caráter oficial.;

c. na ausência de manifestação em vida, a retirada de órgãos ou tecidos do cadáver só poderá ocorrer após prévia autorização dos familiares.

5. A retirada de órgãos e tecidos para transplantes só poderá ser realizada em hospitais credenciados para tal fim pelo Ministério da Saúde ou órgão competente por este indicado.

6. O médico assistente do paciente no qual ocorre morte encefálica é obrigado a explicar a condição aos familiares, esclarecendo a potencialidade do paciente como doador de órgãos e tecidos.

7. Deve ser proibida, em qualquer circunstância, a retirada de órgãos de mulher grávida em morte encefálica cujo conceito esteja vivo, independente do período da gravidez.

8. Quando se trata de pessoa não identificada a retirada de órgãos e tecidos está vedada.

9. A doação gratuita de órgãos de pessoas vivas deve ter as seguintes limitações e vedações:

a. a doação só poderá ocorrer entre consangüíneos (avós, netos, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos). Obs.: Esta foi a posição majoritária do grupo. Uma parte minoritária do grupo entendeu que a doação pode alcançar ainda cunhados e cônjuges;

b. é vedada a retirada de órgãos de pessoa incapaz e de menor de idade;

c. no caso de menor de idade, deve ser ressalvado o transplante de medula óssea entre consangüíneos, mediante autorização do responsável legal;

d. o doador vivo pode manifestar por escrito, ou em cartório, ou ainda perante autoridade judicial, quando analfabeto, o órgão ou tecido que pretende doar;

e. só será permitida a doação de órgãos duplos ou tecidos que não impliquem prejuízo ou mutilação grave para o disponente e correspondam a uma necessidade terapêutica do receptor.

O doador e o receptor devem ser esclarecidos pelo médico responsável pela retirada e transplante de órgão ou tecido, bem como, quando for o caso, seu representante legal, em termos compreensíveis e na presença de testemunha, dos riscos dos exames, cirurgias, medicamentos e de todos os atos e procedimentos mediatos e imediatos envolvidos em ambos os processos.

10. O Sistema Único de Saúde deve equipar Centros Regionais para proceder ao registro de receptores de órgãos e tecidos a fim de que o critério de seleção do receptor seja claramente estabelecido, exclusivamente de acordo com critérios técnicos previamente determinados.

11. O Sistema Único de Saúde deve financiar e promover ampla e permanente campanha publicitária visando conscientizar a população sobre a segurança dos critérios de morte encefálica e relevância da doação de órgãos e tecidos.

12. Devem ser incluídos na legislação os seguintes artigos do Código de Ética Médica, aprovado pela resolução 1.246/88 do CFM em 8 de janeiro de 1988, cuja redação abaixo se transcreve:

Art. 72. É vedado ao médico: participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais e prolongamento da vida de possível doador, quando pertence à equipe de transplante.

Art. 73. É vedado ao médico: deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias, ou outros procedimentos.

Art. 74. É vedado ao médico: retirar órgãos de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Art. 75. É vedado ao médico: participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido em 3 etapas. Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica do assunto, visando esclarecer dúvidas existentes com relação às partes médica, ética e legal. A partir deste estudo, os autores, devidamente embasados, partiram para a segunda etapa, entrevistando profissionais da área de ginecologia e obstetria, colhendo a opinião pessoal de cada um a respeito do tema.

Devido à dificuldade existente em se abranger ginecologistas-obstetras de diferentes hospitais ou maternidades, foram escolhidos, para a realização do estudo, 25 médicos ou professores do departamento de tocoginecologia do Hospital de Clínicas - UFPR, visto que, além deste se tratar de um serviço de referência, a maioria dos médicos atua também em outros hospitais de Curitiba. A escolha de profissionais desta área foi feita, por serem estas, as pessoas com maior contato com o tema, e portanto, com mais experiência na prática.

O questionário aplicado está apresentado no ANEXO 1 do trabalho e as perguntas referem-se basicamente a opinião pessoal de cada um quanto a interrupção ou não da gestação em caso de criança anencefálica. Como complemento deste quesito foi solicitado ainda uma justificativa para a escolha. A segunda pergunta inquiria o entrevistado a respeito da manutenção da gestação objetivando a doação dos órgãos fetais, desde que a mãe estivesse também de acordo com esta decisão. Os dados obtidos foram então agrupados em dois gráficos e estão apresentados no item seguinte.

A terceira etapa consistiu da interpretação dos resultados obtidos, sua confrontação com a lei e uma discussão acerca do assunto, realizada por todos os autores em conjunto.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a complementação dos dados obtidos na literatura e visando obter informações adicionais sobre a anencefalia, os autores colheram diversas opiniões sobre o tema, através do questionário apresentado no ANEXO I. Este foi aplicado em um grupo formado por 25 profissionais do Departamento de Tocoginecologia da UFPR, considerando sua grande experiência prática no assunto. Abaixo relacionamos os resultados da enquete em 2 gráficos.

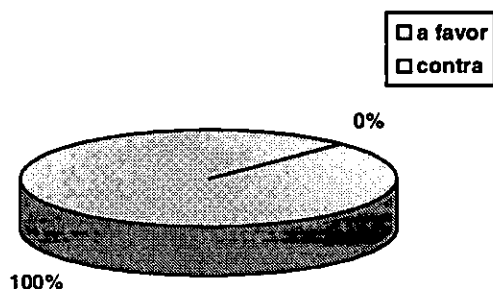


GRÁFICO 1

Opinião do grupo quanto a interrupção da gestação em caso de diagnóstico de certeza de anencefalia

O gráfico 1 revela a unanimidade dos profissionais da área, concordando em 100% dos casos com a interrupção da gestação, desde que houvesse certeza do diagnóstico e que a mãe compartilhasse desta mesma opinião. As justificativas para tal decisão não apresentaram variações significativas, de forma que todos se posicionaram, basicamente, a favor da preservação física e psicológica da mãe, considerando o prognóstico fetal bastante reservado, como apresentado na introdução da pesquisa.

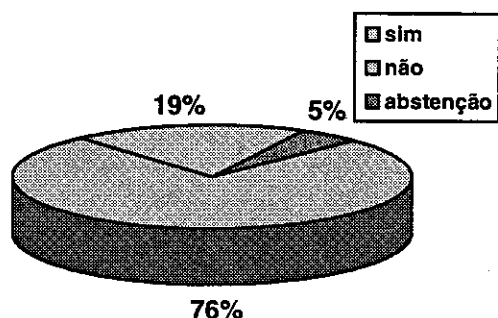


GRÁFICO 2

Opinião do grupo quanto a manutenção da gestação visando a doação de órgãos fetais, desde que de acordo com a opinião da mãe.

O gráfico 2, expõe que, quando se trata da doação de órgãos, aparecem opiniões divergentes. A ilustração mostra que a maioria das pessoas (76%) é favorável à manutenção da gestação, para que os órgãos fetais possam ser aproveitados salvando outras vidas. Por outro lado, temos 19% das opiniões contrárias a esta atitude, justificadas de diferentes maneiras.

Deve ser considerado o fato de que a realização da doação não é ato rotineiro, visto que esta depende da morte encefálica do feto, a qual, na maioria das vezes, só ocorre concomitantemente à hipóxia tissular generalizada, impossibilitando a utilização dos órgãos para transplante .

A opinião dos autores não foi contabilizada nos gráficos, entretanto ela é aqui apresentada, considerando que estes acabaram por se tornar conhecedores da patologia, tanto nos seus aspectos médicos quanto legais. Os autores, divergindo da unanimidade acima, confirmaram o caráter polêmico da patologia. Dos 8 autores, 3 foram favoráveis à interrupção e 5 contrários. Quanto à doação de órgãos houve concordância com a manutenção da gestação em 100% dos casos, desde que houvesse consentimento da mãe e que as leis que regulamentam a doação fossem cumpridas. As discussões a respeito constam no próximo item.

6. DISCUSSÃO

Dada a grande relação do tema anencefalia com o aborto e transplantes de órgãos é mister o confronto destes assuntos em qualquer discussão acerca do anencéfalo.

No Brasil a lei que regulamenta o aborto está contida no Código Penal, sancionado em dezembro de 1940. Compreende os artigos 124 a 128 e distingue quatro formas de aborto, plenamente diferenciadas pela natureza do agente e pela existência ou não do consentimento da gestante: aborto provocado pela própria gestante, aborto provocado sem o consentimento desta, aborto provocado com o seu consentimento e, finalmente, o realizado pelo médico.

Quando a gestante provoca o aborto em si mesma ou permite que alguém lho provoque, sua responsabilidade penal e sua punição são as mesmas. Quando um terceiro provoca o aborto com o consentimento da gestante, esse fato de consentir, a que a lei se refere, não tem eficácia jurídica, pois essa vontade não se assenta em uma validade legal. O mesmo se entende se essa permissão é obtida mediante fraude, violência ou grave ameaça.

Se o aborto é provocado sem a anuência da mulher grávida, ou com a manifestação expressa contrária a esta prática, ou quando ela não tem conhecimento deste estado ou desse ato praticado, a pena imposta ao praticante, como não poderia deixar de ser, é acentuadamente maior.

Além desta classificação quanto ao consentimento da mãe, na prática pode se classificar o aborto quanto à finalidade pela qual se o pratica:

Aborto Terapêutico: é aquele realizado pelo médico com a finalidade de salvar a vida da gestante. Encontra respaldo legal no Brasil.

Aborto Sentimental: também chamado moral. É aquele praticado em casos de estupro. também encontra respaldo na legislação brasileira.

Aborto Eugênico: também conhecido como eugenésico. É a privação dolosa do nascimento do ser humano presumivelmente portador de mal formações. Não está isento de pena pelo nosso Diploma legal, e será discutido com detalhes a seguir.

Aborto Social: é a interrupção da gestação por motivos econômicos principalmente.

Aborto por motivo de honra: é aquele em que a mulher o pratica ou deixa que lho pratiquem, com intuito de ocultar sua desonra.

No tocante à discussão, é objetivo do trabalho buscar a imparcialidade, expondo argumentos contra e a favor da atual legislação vigente no Brasil.

Aborto Eugênico

É aquele que visa a intervenção dolosa em fetos defeituosos ou com possibilidade de o serem.

Spencer foi seu paladino: "Promover o aumento dos inúteis à custa dos úteis constitui uma extrema crueldade; é querer intencionalmente multiplicar as desgraças das

gerações futuras. Não se pode infringir à posteridade maldição mais grave do que permitir que em uma população cresçam os imbecis, os ociosos e os delinquentes. Favorecer a multiplicação dos maus é, praticamente, a mesma que dar aos nossos descendentes uma falange de inimigos" (apud Teodolino Castiglione, A eugenia no direito de família, 1942, p.9). O nazismo dele se utilizou bastante, e da esterilização na Alemanha, desumanamente, para aperfeiçoar a raça Ariana.

O aborto eugênico é punido por nosso Diploma legal, pois não tem razão de se tirar a vida do concepto apenas pelo fato de alguém entender, baseado em cálculos de probabilidades, ser ele deficiente. Assim o médico só pode afirmar que a criança presumivelmente nascerá com malformação; presumivelmente, porque a ciência médica, em que se pese o seu progresso (ultrassom, amostra de vilos coriais e placenta, do sangue fetal, cordocentese, dosagem de alfa feto proteína no líquido amniótico e no soro materno), é falível e, nestes casos, não firma diagnóstico pré natal das anormalidades congênitas sempre de certeza.

Também estão em franco desenvolvimento as cirurgias intrauterinas para corrigir malformações fetais. A exemplos, Michael R. Harrison, da Universidade da Califórnia, San Francisco, corrigiu uma uropatia obstrutiva, evitando assim, a morte do concepto logo ao nascer. E, em 1989, operou este hábil cirurgião um nascituro portador de hérnia diafragmática, com sucesso.

No estado de São Paulo, em vários outros centros médicos especializados e no interior, desenvolve-se a Medicina Fetal, entre outras coisas, no sentido de encefalocentese (drenagem cerebral), corretora de hidrocefalia, e de cordocentese, (punção de cordão umbilical para, através de sangue, por essa técnica colhido, detectar doenças). Além disso, considerando que todo profissional da medicina é defensor da vida humana, aos deficientes deve o médico amparar, e não só o médico como também toda a sociedade.

Como podemos observar as opiniões são extremamente diversas. Há quem defenda a lei e quem contra ela seja, como é o caso de Thomaz Rafael Gollop, autor de um artigo contrário à legislação, o qual é aqui em parte transcrito.

"É evidente que o código penal vigente é anacrônico. Também é indiscutível que em 1940 era inexistente qualquer meio de avaliação da saúde fetal. Felizmente, a medicina evoluiu muito, e a Medicina Fetal em particular desenvolveu técnicas de diagnóstico e, quando possível, de tratamento fetal.

Tornou-se urgente a revisão do código Penal e uma discussão da sociedade brasileira relativa à opção da gestante de interromper uma gravidez diante de uma anomalia grave e incurável. Em 1992 foi criada uma comissão para reformulação do código Penal, que propõe a seguinte redação: " Não constitui crime o aborto praticado por médico: se se comprova através de diagnóstico pré-natal, que o feto venha a nascer com graves e irreversíveis malformações físicas ou psíquicas, desde que a interrupção da gravidez ocorra até a vigésima semana e seja precedida do parecer de dois médicos diversos daquele que, ou sob cuja direção, o aborto é realizado."

Entretanto, conforme costuma acontecer, os fatos sociais antecedem a reformulação das leis. Em 19 de dezembro de 1992, o juiz Dr. Miguel Kfoury Neto, de Londrina, autorizava pela primeira vez o aborto legal em feto portador de anencefalia numa gestação de 20 semanas. Posteriormente, baseados nesta decisão outros abortos foram legalmente permitidos em fetos anencéfalos.

Isto mostra que os juizes não são insensíveis aos avanços da ciência e às necessidades prementes do ser humano, além do que a justiça precisa defrontar-se com casos práticos a fim de raciocinar e amadurecer pontos de vista com base em situações práticas.

Thomaz Rafael Gollop, em 19 anos de trabalho convivendo com pacientes de diversos credos e extratos sociais, concluiu que em 92% dos casos no Brasil, diante de uma anomalia fetal a opção do casal é por interrupção da gestação. Será ético que em uma situação dessa natureza o casal não seja atendido em hospital adequado e por médico competente?

A resposta a esta questão não é consensual; todas as opiniões devem ser respeitadas, bem como o direito do paciente ao livre arbítrio. Haverá certamente entre os médicos aqueles que, por motivos diversos, inclusive religiosos, consideram ser impossível atuar em uma interrupção de gravidez. Entretanto seguros estamos que existirão outros que assumirão estes casos dentro da mais elevada ética médica."

Por outro lado quanto aos argumentos favoráveis à legislação, temos como autor, bastante expressivo em nosso meio, Genival Veloso de França, que diz em seu capítulo sobre aborto:

"Ninguém poderia negar o direito de uma criança nascer saudável e perfeita. Todavia, isso não nos autoriza a retirar de seres deficientes, o direito à vida. A vida de um deficiente necessita, antes de tudo, de proteção, e nunca de repressão. Ninguém é tão desprezível, inútil e insignificante que mereça a morte.

A medicina nasceu, muito mais voltada para o doente, que propriamente para os sãos, e até mesmo a sociedade existe muito mais para proteger os fracos e necessitados que para ajudar os fortes.

As próprias leis que regem a genética humana ainda são vacilantes e ilusórias, não se prestando a uma decisão segura e definitiva sobre hereditariedade.

Uma lei que autorizasse o aborto em tais circunstâncias seria extremamente perigosa, onde as indicações se tornariam, no conceito de alguns, demasiadamente amplas acabando-se por tornar a regra uma exceção, e a exceção uma regra.

Deste modo não existe nenhum homem nem ciência alguma capaz de dispor incondicionalmente da vida de um ser, propondo sua destruição, baseando-se em justificativas pessoais ou doutrinárias, pois esta vida é inatingível e inalienável.

Antecipar arbitrariamente a morte de um inocente nunca foi alternativa lícita e honesta para a medicina, pois os extraordinários recursos de que dispõe ela nos dias atuais, dão ao médico os meios suficientes para a eterna luta contra as doenças e a morte. Essa forma de violência contra um ser indefeso e deficiente nunca foi própria da consciência do médico, nem compatível com o espírito da nobre missão da medicina. E ainda mais, a natureza só deixa sobreviver aqueles que tem condição autônoma de sobrevivência.

Fica cada vez mais evidente a divergência de opiniões a respeito do tema e a não menor dificuldade em resolvê-lo. A partir de agora falar-se-á sobre os transplantes de órgãos e este assunto será retomado ao final da discussão.

Transplante de Órgãos

Atualmente há uma grande demanda de órgãos transplantáveis e centenas de crianças aguardam cada órgão disponível. Estima-se que um quarto das crianças que esperam um transplante de fígado morrem antes de recebê-lo. Portanto métodos que aumentem o suprimento de potenciais doadores são extremamente importantes. Numerosas questões médicas, éticas, sociais e legais foram suscitadas perante a proposta da utilização de crianças anencefálicas como fonte de órgãos, pelo fato de ser o corpo, em princípio inviolável e inalienável.

A partir de 1993, com a aprovação do decreto no 879 de 22/07/93, que regulamenta a lei no 8.489 de 18/11/92, definiu-se a questão médico legal dos transplantes no Brasil. Esta lei permite a retirada de tecidos ou órgãos de uma ou várias partes do corpo, para fins terapêuticos, humanitários ou científicos, em vida ou post mortem; neste caso, evidentemente, desde que precedida da prova incontestável da morte e de manifestação expressa do disponente através de documento pessoal ou oficial ou, em sua ausência, se não houver manifestação ao contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente. O transplante deve ser realizado obrigatoriamente por médicos idôneos e com capacidade técnica comprovada.

Assim sendo, a atual legislação não permite que crianças com anencefalia sejam utilizadas como doadores de órgãos, enquanto elas ainda mantiverem sinais de vida, com respiração espontânea e choro. Com isso, foram propostos vários protocolos para que se obtivessem os órgãos de crianças anencefálicas:

- a) Recém nascidos com anencefalia são ressuscitados ao nascimento e cuidados intensivos são mantidos para proteger a viabilidade dos órgãos até que ocorra a completa morte encefálica.
- b) Ao recém-nato anencefálico são administrados cuidados médicos de rotina até que se desenvolvam sinais iminentes de morte cardio-respiratória.
- c) Ao recém-nato anencefálico são administrados cuidados de rotina até que ocorra uma parada cardíaca. Quando esta parada acontece não se administra a ressuscitação, mas os órgãos são removidos imediatamente (eutanasia passiva).

No entanto, estes protocolos logo mostraram-se impraticáveis. Já de início produziram taxas muito baixas de sucesso pois, aguardando a satisfação dos critérios de morte do tronco cerebral, não se consegue obter órgãos que sejam viáveis para os transplantes. Isto se explica porque repetidos episódios de apnéia e bradicardia, ocorrem tipicamente nestes recém natos, levando a uma lesão hipóxica e isquêmica dos órgãos antes da sua morte.

Logo, perante a lei, o anencefálico não pode ser utilizado como doador enquanto seu tronco cerebral estiver funcionando e o critério de total morte encefálica não for satisfeito. Se os recém natos anencefálicos receberem os cuidados médicos costumeiros, seus órgãos sólidos sofrerão lesões hipóxicas de caráter irreversível durante o lento processo de morte e se tornarão então inviáveis para a doação. Foram sugeridos outros protocolos, mas que exigiriam mudanças na lei:

a) O recém-nato anencefálico é esfriado para que seus órgãos vitais sejam preservados para transplante (Este procedimento acelera a morte e torna impossível o diagnóstico preciso da morte encefálica, além de constituir homicídio ou eutanásia ativa).

b) O recém-nato anencefálico é utilizado como uma fonte de órgãos sem esperar pela parada respiratória ou circulatória.

Destarte, observa-se que, a despeito de inúmeras tentativas para que se proceda a doação, fica o transplante limitado aos poucos casos onde efetivamente ocorra a morte encefálica sem a deterioração dos órgãos a serem transplantados, como prevê a legislação brasileira.

Quanto às entrevistas

Não obstante à relativa clareza da lei, verificou-se a curiosa cifra de 100 % das opiniões a favor da interrupção da gestação entre os 25 ginecologistas-obstetras do Hospital de Clínicas da UFPR entrevistados. A partir deste dado conclui-se que, provavelmente, uma das partes está equivocada, e esta tanto pode ser a lei quanto os profissionais da área. Visando limitar a discussão, analisar-se-á as justificativas apresentadas pelos entrevistados e, por outro lado, serão relembrados alguns argumentos favoráveis à lei, já supracitados.

A razão mais freqüentemente apresentada visa a proteção física e psíquica da mãe, visto que a partir de um diagnóstico de certeza da patologia (sem chances de erro, segundo os próprios), conhece-se o prognóstico fetal, que no caso é o óbito em no máximo alguns dias, ou meses, na melhor das hipóteses. Como se isto não bastasse, deve ainda ser considerado que, qualquer que seja o tempo de sobrevivência desta criança, não há qualquer forma de contato com o mundo exterior, visto que seu córtex cerebral está em grande parte destruído, e portanto as funções que ele exerce, totalmente prejudicadas. Inclua-se ainda a esta polêmica a época da qual data a legislação vigente (1940), na qual os métodos diagnósticos atuais ainda não existiam, impossibilitando um diagnóstico de certeza.

A lei, por sua vez baseia-se nos direitos que todo ser humano tem à vida, e que, se a medicina dispõe de extraordinários recursos é para lutar contra as doenças e a morte e, de forma alguma para antecipar arbitrariamente a morte de um inocente.

A dicotomia existente entre a prática médica e a legislação revela certa hipocrisia no tratamento do assunto, entre as partes favoráveis e contrárias à lei, devendo-se buscar algum consenso entre a prática e os parâmetros legais.

Quanto à doação de órgãos, pode-se dizer que apesar da maioria dos entrevistados apresentar-se à favor da manutenção da gestação, a doação só poderá ser realizada legalmente em situações muito limitadas, devido à inutilização dos órgãos por hipóxia, enquanto se aguarda a morte encefálica do recém-nato. A condição de se conseguir os órgãos através da eutanásia ativa da criança está atualmente abolida, segundo a literatura mundial, entretanto, com certeza ainda será motivo de inúmeras discussões futuras.

CONCLUSÕES

Como forma de conclusão, os autores apresentam os tópicos que julgam ser os mais importantes a respeito do tema, já que a complexidade deste impede que se conclua a discussão mostrando simplesmente o que está certo ou o que está errado. Muito além disso, espera-se que após a apresentação do presente trabalho, os leitores estejam mais aprofundados no assunto e possam opinar a respeito com maior segurança. Os tópicos relacionados são:

- a legislação não permite o aborto de feto com malformação
- a lei penal foi redigida em uma época onde não haviam recursos diagnósticos pré-natais semelhantes aos atuais.
- como opinião pessoal, os ginecologistas-obstetras entrevistados, do Hospital de Clínicas da UFPR, discordam da lei e são unanimemente favoráveis à interrupção da gestação, desde que com o consentimento da mãe, alegando poupar esta última de todo um sofrimento físico (inerente à própria gestação) e psíquico (considerando o tipo de malformação fetal).
- a finalidade dos diagnósticos pré-natais deveria estar voltada para o desenvolvimento de uma opção terapêutica para as condições diagnosticadas.
- a doação de órgãos não é aceita pela maior parte da literatura médica, visto que, a doação de órgãos, na maioria das vezes, dependeria da eutanásia ativa do recém-nato.
- já existe uma jurisprudência sobre a interrupção da gestação de feto anencefálico, ainda que a lei maior não permita, e que, abriu caminho para que outros juízes tomassem a mesma atitude.

ANEXO 1

Questionário

Questão número 1:

- O Sr.(a) é a favor ou contra a interrupção da gestação em caso de detecção de feto anencefálico ainda na fase intrauterina ? Justifique sua resposta:

Questão número 2:

- Concorda com a manutenção da gestação visando a doação dos órgãos da criança, desde que a mãe esteja de acordo ?

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MOORE,KL Embriologia Clínica, 4a ed., Rio de Janeiro - Guanabara Koogan, p.304-5, 1990
- FRANÇA, Genival Veloso de. Aborto legal e Aborto criminoso, Direito Médico, 4a ed., São Paulo - BYK, p.259-74, 1994
- COUTINHO,LM Código de Ética Médica Comentado, 2a ed., São Paulo - Saraiva, p.89-91, 1994
- GALLOP, TR Aborto por Anomalia Fetal, Revista Bioética, Brasília, vol.2, n.1, p.67-72, 1991
- CROCE,D Manual de Medicina Legal, 1a ed., São Paulo - Saraiva, p.355-360, 1995
- PEABODY,J.L.; Emery,J.R.; Ashwal,S. Experience with anencephalics prospective organ donors. N.Engl.J.Med., p.321:6:344-50, aug.1989
- DIAZ,J.H. The anencephalic organ donor: A challenge to existing moral and statutory laws. Crit.Care.Med., 21:11: p.1781-1786, 1993
- DOCZY,L.C.Trawger,R.; Gedik,A. Anencephaly and right to Life.The Lancet, vol.342:18/15:p.1558-9, Dec. 1993
- ANNAS,G.J. Asking the courts to set the standard of emergency care - The case of Baby K.N.Engl.J.Med., 330:21:p.1542-1545, May, 1994
- THE Medical Task Force on Anencephaly - The Infant with Anencephaly. N.Engl.J.Med., 322:10:p.669-674, Mar, 1990
- HOLMES,L.B. Limb,C.J. Anencephaly: Chances in prenatal detection and birth status, 1972 through 1990 Am.J.Obstet.Gynecol., 170:p.1333-1338, May, 1994
- JONSEN, AR et al. Clinical Ethics, 3a ed., Mc Graw-Hill, p.161-91, 1992
- ARAMS, N & BUCKNER, MD Medical Ethics. MIT Press (Massachussets Institute of Tecnology), p.443-51, 1993

AGRADECIMENTOS

Colega Cícero pela orientação e incentivos dedicados ao trabalho.Aos Médicos e Professores da Disciplina de ginecologia pelo interesse e colaboração para a realização da pesquisa.Ao professor Rui Piloto por seu auxílio nos recursos didáticos quando da apresentação do trabalho.À Srta. Juliana Lociácono pelo auxílio dispensado na execução técnica do trabalho.

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50), 1996

É ÉTICO PARCELAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS ?

Tendo em vista aos altos custos da cirurgia plástica, principalmente a estética e tendo sido constantemente consultado sobre a possibilidade de parcelamento dos honorários médicos, por futuros clientes, sem o qual não poderiam realizar a cirurgia, recorro a V.Sa. no sentido de saber se é considerado anti-ético tal procedimento.

RESPOSTA DO CRM

O parcelamento de honorários médicos, se não encontra respaldo no Código de Ética, também não é proibido pelo mesmo. Entendo portanto, ser tal prática viável, desde que não seja divulgada ao público, circunstância que, certamente, caracterizaria mercantilização da medicina.

Convém se anotar outrossim, que a eventual possibilidade do parcelamento de honorários médicos, não deve induzir à prestação de serviços profissionais a preços extorsivos, mesmo que não há que se confundir, a facilitação do pagamento, com crediário nos moldes adotados pelo comércio.

É nosso parecer.

Curitiba, 02 de maio de 1985.

Antônio Celso C. Albuquerque
Adv. Assessor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessãp Plenária de 13/5/85

PAGAMENTO DE CONSULTA ATRAVÉS DE CARTÃO DE CRÉDITO

Parecer CFM

Trata-se o presente processo de consulta do CRM do Estado de Alagoas se é ético receber o pagamento de consulta através de cartão de crédito.

Na consulta não se faz nenhuma referência a valor ou qualquer outro tipo de detalhe sobre a cobrança e pagamento de consulta.

Somos de parecer que não se constitui em prática anti-ética o recebimento de consulta através de cartão de crédito, como não o é através de cheque ou em moeda corrente. Tal posição respalda-se no fato de entendermos que em tempos remotos não havia moeda e os pagamentos eram feitos com mercadorias ou através de trocas e que no futuro, talvez próximo, a moeda passe a ser algo abstrato e os pagamentos sejam efetuados sempre com cartão de crédito ou instrumento semelhante.

Renilson Rehem de Souza
Conselheiro do CFM



POR QUE A SERPENTE COMO SÍMBOLO DA MEDICINA ?

Maria Clara Coutinho *

Em um sentido amplo, o vocábulo "símbolo" significa um objeto natural ou cultural que, por convenção, representa outro. Assim, pode ele ser definido como uma convenção estabelecida entre os homens.

Há, então, vários símbolos completamente dessemelhantes do objeto simbolizado. O peixe, por exemplo, remete a Cristo; a coruja, à filosofia; e assim por diante.

No símbolo da Medicina encontramos duas serpentes a envolver um bastão. Muitas interpretações podem ser dadas a esta representação. No entanto, a maioria das pessoas aceita-o como uma mera convenção, pouco se preocupando com relação à sua origem. Raros são os médicos que têm conhecimento do porquê do símbolo da sua profissão.

A serpente, símbolo da prudência, relaciona-se à mitologia grega. Esculápio, deus da Medicina, apresentava-se com uma serpente enrolada em seu bastão. A consagração de seu emblema permanece até hoje e a expressão "discipulo de Esculápio" significa, na linguagem popular, *médico*.

Esculápio, nome dado pelos romanos a Asclépio, deus grego da Medicina, surge na mitologia como filho de Apolo e da ninfa Corônís. Segundo uma versão de sua história, Asclépio, nascido em Epidauro, teria sido arrancado por Apolo do ventre de Corônís, morta por Zeus ou por Diana. Não podendo educar o filho, Apolo confiou-o aos cuidados do mestre Quirão, centauro consagrado na época pelos seus variados conhecimentos.

Sob a proteção de Quirão, Asclépio aprendeu a ciência médica, para a qual desde pequeno revelou acentuada aptidão. Asclépio conseguia distinguir com incrível precisão as plantas silvestres, utilizando-as para o preparo de bálsamos capazes de vencer inúmeras enfermidades.

Logo sua fama se espalhou por toda a Grécia, e habitantes das ilhas, dos campos, das montanhas e das cidades percorriam longas distâncias para encontrá-lo. Sua habilidade era extraordinária, e até mesmo o poder de ressuscitar os mortos chegou a lhe ser atribuído. Dentre aqueles cuja vida teria recuperado acham-se Capaneu, Licurgo, Glauco e Hipólito.

Do alto do Olimpo, Zeus, rei dos deuses, observava, e começou a denotar preocupação com as habilidades de seu neto. Temendo que essas ressurreições alterassem o mundo, ou mesmo apreensivo com uma possível conspiração contra ele próprio, ordenou aos Ciclopes que fulminassem Asclépio com seus raios. Apolo, triste com a morte de seu filho e não podendo se vingar de seu próprio pai, lançou sua ira contra os emissários de Zeus, exterminando-os a flechadas. Para castigar Apolo, o senhor do Olimpo expulsou-o da comunidade divina, reduzindo-o a um simples mortal.

Vários santuários foram erguidos em homenagem a Asclépio. Os principais situavam-se em Cós, Pérgamo, Epidauro e Atenas. Muitos enfermos

*Médica.

costumavam dormir no interior desses templos, acreditando que Asclépio os curaria enquanto estivessem sonhando. Tornou-se ele, assim, deus da Medicina, e os ministros do seu culto foram sacerdotes-médicos, os asclepiades.

A mitologia grega conta-nos inclusive que, após sua morte, Asclépio teria sido transformado na constelação Serpentária. Datam de então o culto da serpente e a própria simbolização, que subsistiram até hoje.

Paul Diel, escritor francês, realizou um estudo psicanalítico dos símbolos na mitologia grega, ressaltando a importância dos relacionados ao deus da Medicina: a serpente e a clava. Segundo ele, a serpente domada simboliza a vitória sobre a exaltação vaidosa, a inquietação, e a clava na mão do herói, a vitória sobre a banalidade. Isto nos leva a crer que o princípio mítico de toda cura é o combate à desarmonia, causa de todas as deformações físicas. É a força da alma a dominar a fraqueza do corpo.

Paul Diel acredita que a sempre atual insuficiência dos meios de cura e o inevitável desfalecimento do corpo sejam as causas que tornam a prática médica inimaginável, sem que se apele à força da alma, habitualmente pouco desenvolvida. O autor relaciona o emblema de Asclépio ao símbolo fundamental do mito judaico: a árvore da vida, enlaçada pela serpente, princípio do mal, origem de todos os males. É a árvore do conhecimento e portanto da espiritualização progressiva, envolta pelo demônio sedutor. A serpente representa a vaidade, a figura do "pecado original", a revolta contra o apelo do espírito, a exaltação dos desejos, causa de toda a banalidade que, segundo o mito, é o princípio básico da morte que o deus da Medicina deve combater. No mito judaico, a vida do corpo e a morte da alma vão contra o sentido da vida. A missão de Asclépio não é conservar o corpo, mas sim fortificar sua razão de ser - sua *anima*.

Apesar de a Medicina se manter consideravelmente distante da visão mítica, os símbolos de Asclépio são mantidos: a clava, a arma contra a banalidade, foi transformada em bastão, cetro, símbolo do reino espiritual sobre a vida terrestre, e a serpente representa a vaidade, a negação do espírito. Assim Paul Diel desenvolve a análise das duas significações contraditórias destes símbolos.

A Medicina não é somente um esforço evolutivo, um ideal a realizar; ela diz respeito a uma necessidade urgente do corpo e, como tal, permanece exposta à fraqueza. Asclépio não é apenas uma divindade, mas igualmente um homem, ele mesmo doente e mortal, o que nos conduz também ao mito da punição.

O mito da Medicina traz em seu apogeu o tema comum a todos os outros. Ele o resume e o amplia: a justa medida, a harmonização dos desejos, a ordenação da afetividade, a exigência da espiritualização, a saúde da alma co-determinando a saúde do corpo. É a milenar antítese profano x divino.

Como todos os homens, o próprio médico encontra-se exposto a estas duas tendências. Na história de Asclépio se espelha o destino do homem-médico, que é fulminado, e o destino da figura do médico enquanto herói, símbolo da ciência, que é divinizado.

A Medicina atual acha-se dissociada de toda a mágica da mitologia. No entanto, isto não impede que os "esculápios" contemporâneos conservem o velho símbolo, posto que este nasceu como representação da prática médica, da luta pela vida tanto do corpo quanto da alma.

Transcrito do Médico Moderno - Nov./Dez./85.

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50), 1996

MÉDICO AUDITOR PODE EXAMINAR PACIENTES ?

Um colega indaga ao CREMESP se o médico auditor pode, em visitas hospitalares, examinar o doente que estiver sob o cuidado de outro colega.

Primeiramente, cabe ao médico a escolha do tratamento para seu paciente. Assim, após o diagnóstico da moléstia, o profissional tem condições de indicar o procedimento adequado a cura do mal detectado, desde que observadas as regras éticas e científicas, conforme o que dispõe o artigo 21 do Código de Ética Médica. Desta forma, a liberdade profissional do médico não pode ser tolhida.

Há que se ressaltar, ainda, como uma extensão deste princípio, que o médico não pode alterar a prescrição ou o tratamento do colega, já que o bom relacionamento entre os profissionais deve ser preservado.

Estas determinações devem ser respeitadas mesmo em caso de auditoria, vale dizer, o auditor não pode intervir nos atos de outro profissional, exceto diante de situações que visem ao bem-estar do paciente. Contudo, o médico responsável deverá ser comunicado de imediato (artigos 81, 118 e 120 do Código de Ética Médica). Os limites desta atribuição devem ser observados.

Cabe salientar que a auditoria implica numa avaliação, já que o auditor pode consultar os prontuários e as informações neles contidas, desde que seja mantido o sigilo pertinente a esta atribuição. Assim, diante de qualquer dúvida em face da conduta adotada pelo médico, deve o auditor esclarece-la com o mesmo e sempre na defesa do interesse do paciente.

Com relação ao exame físico realizado no paciente pelo auditor, cumpre ressaltar que o mesmo não se constitui em infração ética, desde que respeitadas todas as considerações anteriormente mencionadas. O exame é cabível quanto imprescindível à fiscalização, ou seja, quando auxiliar o auditor na formação de sua convicção sobre algum caso.

Isto se dá em face do zelo que todo médico deve destinar ao paciente, pois a essência da medicina é servir o ser humano no cuidado com a sua saúde.

Assim sendo, cumpre esclarecer que o exame físico poderá ser realizado pelo auditor, já que ele possui uma atribuição fiscalizadora. Dessa forma, se houver necessidade do mesmo para que realize sua função satisfatoriamente e visando sempre ao bem-estar do paciente, nenhuma infração ética se configurará. É necessário enfatizar, ainda, que o Diretor Clínico da instituição deverá ser comunicado, previamente, da realização da auditoria.

Transcrito do Jornal do CREMESP

A ÉTICA DO MÉDICO AIDÉTICO E DO DIRETOR CLÍNICO

Parecer CREMESP

Diretor clínico consulta o CREMESP sobre a conduta a ser tomada e responsabilidades envolvidas no caso de médico portador de AIDS, devidamente matriculado e com tratamento em serviço especializado. Pergunta ainda, se pode permitir que o médico continue exercendo as funções de clínico no hospital?

Os especialistas brasileiros e mesmo autoridades internacionais em Moléstias Infecciosas, Saúde Pública e AIDS, não têm posição formada a respeito desse assunto. O Center of Disease Control de Atlanta, USA, em sua publicação ressalta que a atividade do médico contaminado pela AIDS, deve ser estudada caso a caso pelo responsável da instituição em que ele trabalha. Recomenda, ainda, o afastamento de atividades que possam ser de maior risco de contaminação de pacientes, como a realização de atos invasivos.

A nível nacional, de maneira informal, as informações veiculadas são que "em princípio o médico pode continuar em suas atividades normais, assim como qualquer outro trabalhador portador do vírus da AIDS". Essa posição é justificada por "não existe transmissão de AIDS no contato social e somente através de sangue ou contato sexual". O vírus porém é encontrado em outras secreções orgânicas sem que se conheça até o momento seu potencial de contaminação nessas secreções, e se existir, ainda não tem certamente valor epidemiológico.

Por outro lado, quando o vírus é detectado em um "paciente", os mesmos especialistas e autoridades assumem em grau variável, posições diversas. Alguns recomendam, na internação do paciente, isolamento, uso de material descartável a todos os níveis, processos de tratamento especial do material utilizado pelo paciente e intensas medidas de proteção individual no manuseio do paciente e de suas secreções. Outras posições são mais brandas, havendo alguns que até aceitam que os cuidados sejam os mesmos recomendados para os pacientes não infectados diante do "baixo risco de contaminação".

Os médicos, os hospitais e outros profissionais da área de saúde têm similarmente assumido posições diversas. Alguns hospitais tentam evitar a internação de portadores de AIDS, outros exigem condições rígidas de isolamento e proteção individual, Há ainda os que são mais tolerantes, pouco exigindo em técnicas de isolamento e deixando as medidas de proteção individual a critério de cada profissional, oferecendo somente os equipamentos necessários. Os médicos e outros profissionais de saúde assumem a mesma variabilidade de posições; alguns se negando a atender pacientes contaminados, outros só o fazem com medidas de proteção individual extremas e outros ainda os manuseiam sem o menor cuidado especial.

Diante dos fatos, o Conselho considera que: a) **do ponto de vista técnico**, no estado atual do conhecimento da AIDS, não existe obrigatoriedade de afastamento, do médico ou outro profissional da saúde, de suas atividades se for portador do vírus da AIDS; recomenda-se não realizar processos invasivos que de forma acidental possa lhe provocar ferimentos e assim expor o paciente ao risco de contaminação.

b) **do ponto de vista psicosocial**, o grande trauma ocasionado pela AIDS justifica

implantação de medidas rigorosas, visando bloquear todo e qualquer meio possível de contaminação, como vem ocorrendo na área de sangue e hemoderivados, e em algumas condutas hospitalares já citadas. Diante dessa visão, não seria adequado o médico ou outro profissional de saúde, contaminado pela AIDS, permanecer manuseando pacientes, principalmente se estes já apresentarem outras deficiências que os tornem mais vulneráveis a adquirirem a infecção.

c) **do ponto de vista dos direitos individuais**, os médicos, outros profissionais e estruturas de saúde podem se recusar a atender portadores de AIDS salvo em caso de urgência (artigo 7º CEM); também é direito do paciente recusar a ser atendido por profissionais portadores de AIDS. A questão se coloca no acesso do paciente à essa informação, que só poderá ser fornecida pelo profissional portador ou com sua autorização, sob pena de quebra de sigilo médico, uma vez que pelos conhecimentos técnicos atuais sobre a transmissão de AIDS, não se pode caracterizar essa situação como de eminente risco, configurando legítima defesa (artigo 102º CEM).

d) **do ponto de vista ético**, o médico portador de AIDS, agindo de acordo com os princípios de sua profissão (artigo 2º CEM), visando à saúde e bem estar dos pacientes, mesmo estando convencido do ponto de vista técnico que não expõe seus pacientes a risco de contaminação. Mas considerando os aspectos psicológicos e de direitos de pacientes, deverá, por decisão pessoal, procurar não realizar atos de contato direto com o paciente, dirigindo suas atividades a setores da medicina que envolvam o manuseio de pacientes. A seus superiores hierárquicos, dentro da consideração e solidariedade que merece, cabe orientar e oferecer as oportunidades para que continue a exercer sua profissão com dignidade em áreas compatíveis com sua situação (artigos 17º e 18º CEM).

Até que os conhecimentos científicos avancem e permitam uma definição clara das autoridades técnicas e publicação de normas técnicas pelas autoridades administrativas, não poderá este Conselho baseado no CEM e nas normas que regulamentam o exercício da medicina, definir a questão formulada na presente consulta.

Essas considerações visam unicamente orientar as condutas a serem tomadas pelo médico portador do vírus da AIDS e pelo médico encarregado da chefia, que deverão se pautar na compreensão, responsabilidade e respeito mútuo.

Caso a decisão do médico portador do vírus seja prosseguir na sua atividade normal de clínico ou cirurgião, pode o diretor clínico, responsável pela instituição, não permitir total ou parcialmente a atividade do médico, ou até exigir meios de proteção, mesmo que sua decisão seja considerada excesso de zelo em proteção aos pacientes e da responsabilidade de sua instituição. Isto não significa que poderá afastar ou demitir o médico contaminado, mas obrigatoriamente utilizar todos os esforços no sentido de readaptá-lo em funções adequadas a seu conhecimento, experiência e situação clínica.

Caso o diretor clínico permita a atividade do médico contaminado, não estará infringindo nenhuma norma técnica, mas não estará isento de ser responsabilizado num hipotético caso de contaminação que possa vir a ocorrer, da mesma forma que em outras ocorrências de caráter técnico ou ético que ocorram em sua instituição.

Transcrito do Jornal do CREMESP

FORNECER FICHA MÉDICA DE PACIENTE À JUIZ DE DIREITO

Parecer CRM-PR

O Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, indaga deste Conselho, quanto a heticidade de entregar cópia fotostática de ficha médica de paciente, solicitada pelo Juiz de Direito da 4ª Vara de Família da Comarca de Curitiba.

Esse Conselho por diversas vezes já tem se pronunciado sobre questões referentes ao sigilo profissional. Dentre os vários dispositivos legais que disciplinam a matéria, no caso em pauta cumpre ressaltar tão somente o que dispõe o artigo 144 do Código Civil, que disciplina:

a) Ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão deva guardar segredo.

Verifica-se portanto que o médico está preso ao segredo profissional, salvo se veja diante de situação que o obrigue a revelação, conforme estabelecido no artigo 66 da Lei das Contravenções Penais.

Ora, não se pretendendo induzir o consulente a desobediência a Ordem Judicial, mesmo porque isto não se caracterizaria, é de se entender que a entrega da ficha médica da paciente, implicaria na prestação de um depoimento escrito. Destarte se o médico, consoante o artigo 144 do Código Civil não pode ser obrigado a depor, é de se concluir que não está compelido também a prestar o depoimento por escrito, com a entrega do prontuário de sua paciente.

Por estes motivos, é óbvio que o atendimento a Ordem Judicial implicaria na quebra de sigilo médico, principalmente se o documento viesse a trazer qualquer prejuízo a sua paciente.

É o nosso parecer.

Curitiba, 03 de julho de 1986

Antonio Celso C. de Albuquerque
Adv. Assessor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/07/86

ÉTICA MÉDICA E DOENÇA MENTAL EM MÉDICO

Importante decisão foi prolatada na Justiça Federal em processo que trata sobre médico impedido de exercer a Medicina por doença mental, resultante da deliberação deste CREMERS, confirmada pelo Conselho Federal de Medicina.

Decidiu o magistrado, acolhendo tese dos advogados deste CREMERS que, "dizer se uma pessoa mentalmente enferma pode, ou não, exercer a Medicina, importa num juízo eminentemente ético. E a vedação estabelecida é uma exigência do senso comum".

Para perfeita compreensão do assunto, vai transcrita a sentença:

INICIAL

Nos dizeres da inicial, o Autor é médico e está impedido, por deliberação do Réu, de exercer sua profissão, ao fundamento de que sofre de enfermidade mental. Essa decisão não pode subsistir. A um, porque o reconhecimento de toda e qualquer incapacidade, exceto a resultante da idade, depende de provimento judicial. A dois, porque o laudo pericial que instruiu o processo administrativo articulou conclusões precipitadas. Por isso a pedidos de que o Réu seja condenado a reintegrar o Autor no exercício profissional da medicina e a indenizar-lhe os danos decorrentes do impedimento desse exercício (fls. 02/04).

CONTESTAÇÃO

O Réu contestou a ação. Preliminarmente, deu conta de que, em meados de 1984, o Autor propôs uma ação cautelar a propósito dos mesmos fatos. Dela desistiu posteriormente, sem que satisfizesse os respectivos honorários de advogado e custas judiciais. Por conseguinte, a MM. 5ª Vara, onde aquela ação tramitou, está preventa. E lá a presente ação só poderá prosseguir depois que o pagamento dos honorários e custas relativos à anterior for feito. No mérito, sustentou que o exercício de qualquer atividade profissional supõe a capacidade mental. O Autor padece de esquizofrenia paranóide e, por isso, não pode, no interesse dos pacientes, exercer a medicina. O Réu tem competência para declarar esse impedimento. Nesses condições, a ação não pode prosperar (fls. 19/24).

INSTRUÇÃO

O Autor manifestou-se sobre a contestação (fls. 59/63) e, a requerimento seu, o processo administrativo foi requisitado (fls. 64) - algumas de cujas peças trasladadas a estes autos mediante cópias (fls. 86/183). As partes foram intimadas a dizer se ainda tinham provas a produzir (fls. 80) e nada requereram (fls. 83/85). As preliminares fora decididas no despacho de fls.

LIBERDADE DE TRABALHO

Nos termos do art. 153 § 23 da Emenda Constitucional nº 1, de 1969, "é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, observadas as condições de capacidade que a lei estabelecer". Capacidade aí significa conforme o ensinamento de PONTES DE MIRANDA, o mínimo de conhecimento necessários (Comentários à Constituição de 1967 com a emenda nº 1 de 1969. Editora Revista dos Tribunais. São

Paulo 1974. Tomo V, p. 537). Isso ficou claro na redação que tal garantia teve no art. 5º, inc. XIII da Constituição Federal de 1968, a cujo teor "é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer"

CAPACIDADE CIVIL

A capacidade, assim entendida, nada tem a ver com aquela indispensável para os atos da vida civil. Uma pessoa capaz para os atos da vida civil pode ser tolhida no exercício de uma profissão, se lhe faltarem os conhecimentos legalmente exigíveis. Uma pessoa incapaz para os atos da vida civil pode exercer algum ofício, se adequado as suas condições para o trabalho. A Constituição cuida do nível técnico exigido para o exercício do ofício trabalho ou profissão, delegando à lei a definição dos requisitos necessários. O código Civil se ocupa da capacidade de direito, cujo "déficit"- em razão de doença mental - só pode ser declarado pelo Poder Judiciário.

ÉTICA MÉDICA

Aqui não se trata de capacidade técnica nem de capacidade de direito. A questão parte do princípio de que o Autor é titular de ambas, e consiste em saber se - mentalmente enfermo (o laudo pericial que, no processo administrativo, assim o diagnosticou, não foi contrariado no âmbito judicial mediante prova hábil) - ele pode ser inabilitado para o exercício de sua profissão em nome da ética médica. Em última análise, se o art. 81 do respectivo Código, segundo o qual "o médico que sofre de moléstia mental não pode exercer a profissão", desbordou dos limites deste, ou se efetivamente a matéria é própria da ética médica. Salvo melhor entendimento, dizer se uma pessoa mentalmente enferma pode, ou não, exercer a medicina importa num juízo eminentemente ético. E a vedação estabelecida é uma exigência do senso comum.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, julgo improcedente a ação, condenando o Autor ao pagamento dos honorários de advogado a base de dez por cento sobre o valor da causa. Registre-se. Intimem-se. Porto Alegre, 03 de novembro de 1888.

ARI PARGENDLER

Juiz Federal da 1ª Vara

Transcrito do Jornal do CREMERS

DISPOSIÇÃO DO CORPO, PÓS MORTEM, PARA FINS TERAPÊUTICOS E CIENTÍFICOS

Lei nº 8489, de 18 de novembro de 1992

Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano com fins terapêuticos e científicos e da outras providências.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

Art. 1º - A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo **post mortem** para fins terapêuticos e científicos é permitida na forma desta Lei.

Art. 2º - (VETADO)

Art. 3º - A permissão para o aproveitamento, para os fins determinados no Art. 1º desta Lei, efetivar-se-á mediante a satisfação das seguintes condições:

I - por desejo expresso do disponente manifestado em vida, através de documento pessoal ou oficial;

II - na ausência do documento referido no inciso I deste artigo, a retirada de órgãos será procedida se não houver manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente.

Art. 4º - Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos responsáveis para sepultamento ou necrópsia obrigatória prevista em lei.

Parágrafo único. A não observância do disposto neste artigo será punida de acordo com o Art. 211 do Código Penal.

Art. 5º - (VETADO)

Art. 6º - O transplante de tecidos, órgãos ou partes do corpo, somente poderá ser realizado por médicos com capacidade técnica comprovada, em instituições públicas ou privadas reconhecidamente idôneas e devidamente cadastradas para este fim ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os prontuários médicos detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos serão mantidos nos arquivos das instituições referidas e um relatório anual, contendo os nomes dos pacientes receptores, será enviado ao Ministério da Saúde.

Art. 7º - A retirada de partes do cadáver, sujeito por força de lei à necrópsia ou à verificação diagnóstica **causa mortis**, deverá ser autorizada por médico-legista e citada no relatório da necrópsia ou da verificação diagnóstica.

Art. 8º - As despesas com as retiradas e transplantes previstos nesta Lei serão custeados na forma determinada na sua regulamentação.

Art. 9º - (VETADO)

Art. 10 - É permitida à pessoa maior e capaz dispor gratuitamente de órgãos, tecidos ou partes do próprio corpo vivo para fins humanitários e terapêuticos.

§ 1º A permissão prevista no caput deste artigo limita-se à doação entre avós, netos, pais, filhos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, cunhados e entre cônjuges.

§ 2º qualquer doação entre pessoas não relacionadas no parágrafo anterior somente poderá ser realizada após autorização judicial.

§ 3º O disponente deverá autorizar especificamente o tecido, órgãos ou partes do corpo objeto da retirada.

§ 4º Só é permitida a doação referida no caput deste artigo quando se tratar de órgãos, tecidos, vísceras ou partes do corpo que não impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável a pessoa receptora.

Art. 11 - A não observância no disposto nos arts. 2º, 3º, 5º, 6º, 7º, 8º e 10 desta Lei será punida com pena de detenção de um a três anos, sem prejuízo de outras sanções que no caso couberem.

Art. 12 - A notificação, em caráter de emergência, em todos os casos de morte encefálica comprovada, tanto para hospital público, como para a rede privada, é obrigatória.

Art. 13 - (VETADO)

Art. 14 - O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo máximo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 15 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16 - Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei nº5479, de 10 de agosto de 1968.

Brasília, 18 de novembro de 1992, 171º da Independência de 104º da República
ITAMAR FRANCO
Maurício Corrêa
Jamil Haddad

DESTINO DE CADÁVER NÃO RECLAMADO

LEI Nº 8501, DE 30 DE NOVEMBRO DE 1992.

Dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado, para fins de estudos ou pesquisas científicas e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA CÂMARA DOS DEPUTADOS no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

Art. 1º - Esta lei visa disciplinar a destinação de cadáver não reclamado junto às autoridades públicas, para fins de ensino e pesquisa.

Art. 2º - O cadáver não reclamado junto às autoridades públicas, ao prazo de trinta dias, poderá ser destinado às escolas de medicina, para fins de ensino e de pesquisa de caráter científico.

Art. 3º - será destinado para estudo, na forma do artigo anterior, o cadáver:

I - sem qualquer documentação;
II - identificado, sobre o qual inexistem informações relativas a endereços de parentes ou responsáveis legais.

§ 1º - Na hipótese do inciso II deste artigo, a autoridade competente fará publicar, nos principais jornais da cidade, a título de utilidade pública pelo menos dez dias, a notícia do falecimento.

§ 2º - Se a morte resultar de causa não natural, o corpo será, obrigatoriamente, submetido à necrópsia no órgão competente.

§ 3º - É defeso encaminhar o cadáver para fins de estudo, quando houver indício de que a morte tenha resultado de ação criminosa.

§ 4º - Para fins de reconhecimento, a autoridade ou instituição responsável manterá sobre o falecido:

- a) os dados relativos às características gerais;
- b) a identificação;
- c) as fotos do corpo;

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50):182-183, 1996

- d) a ficha datiloscópica;
- e) o resultado da necrópsia, se efetuada; e
- f) outros dados e documentos julgados pertinentes.

Art. 4º - Cumpridas as exigências estabelecidas nos artigos anteriores, o cadáver poderá ser liberado para fins de estudo.

Art. 5º - A qualquer tempo, os familiares ou representantes legais terão acesso a elementos de que trata o § 4º do Art. 39 desta Lei.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º - Revogam -se as disposições em contrário.

Brasília, 30 de novembro de 1992; 171º da Independência e 104º da República.

IBSEN PINHEIRO

Maurício Corrêa

Republicação Corrigida do dia 01112/92 - .D.O.U. 15/12/92 - página 1 7208

NA REAL AUSÊNCIA DE LEITOS, OS PACIENTES PODEM SER TRANSFERIDOS À OUTRO HOSPITAL ?

Diretor do Hospital Cajuru pergunta:

Devido a grande procura por parte da População, o nosso hospital na grande maioria das vezes apresenta o quadro de superlotação dos seus leitos.

Pela real ausência de leitos os pacientes são obrigados a permanecer nas acomodações do Pronto Socorro, destinadas a observação após o primeiro atendimento à espera de vagas, sem as adequadas condições de internação.

Assim, solicitamos orientação a respeito dos itens abaixo:

- 1º) Após confirmada a ausência de risco de vida pelo médico plantonista o paciente poderá ser encaminhado para outro hospital?
- 2º) A quem caberá a responsabilidade do encaminhamento do paciente? Ao médico plantonista ou a administração do hospital?
- 3º) A quem caberá a responsabilidade da transferência do paciente? A medico plantonista, ao Hospital ou aos familiares?
- 4º) Quais os documentos necessários para evitar o eventual risco da responsabilidade ao Corpo Médico de plantão e o hospital em caso de encaminhamento do paciente?

PARECER

Respondendo a solicitação, entendemos que:

1º) Efetivamente após confirmada a ausência de risco de vida pelo médico plantonista o paciente poderá ser encaminhado para outros hospital.

2º) A responsabilidade do encaminhamento cabe ao médico plantonista, o qual já elaborou um diagnóstico e considerou a ausência de risco de vida.

3º) A responsabilidade da transferência, entendida aqui como transporte do paciente, caberá ao responsável pelo mesmo, dependendo da sua condição clínica, avaliada por médico no momento de deixar o hospital.

4º) O encaminhamento do paciente deverá ser acompanhado do relatório, com exames complementares e diagnóstico.

Deve o médico encaminhante claramente se identificar, usando também número do seu CRM.

Essa documentação deverá ser colocada em envelope, o qual será fechado, endereçado ao médico nominalmente, ou ao médico sob cuidados do Hospital. Frontalmente o envelope deverá conter em destaque a palavra "CONFIDENCIAL", com o que se preservará o sigilo profissional.

É o nosso parecer.

Curitiba, 11 de agosto de 1986

Cons. Dulton de Paola

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 18.08.86.

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

13(50):184, 1996

PRAZO DE CONSERVAÇÃO DO PRONTUÁRIO DE PACIENTE

Parecer CFM

A matéria objeto deste parecer é consulta da AMIT (Assistência Médica Infantil de Taguatinga Ltda), sobre "o destino a ser dado aos prontuários existentes em seus arquivos, tendo em vista que guardá-los torna-se impraticável ao seu grande volume, ou seja, mais de 6.000, (seis) mil prontuários.

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, envia consulta ao Conselho Federal de Medicina, anexando parecer de Dra Maria Amparo Rocha Lima, protocolado em 27.02.87. No mesmo processo, encontra-se o Parecer nº 16/87, lavra dos Assessores do Conselho Federal de Medicina, Advogados Antonio Carlos Mendes e Ceclia S. Marcelino.

Em 04 de abril da 1988, recebemos a incumbência de estudar o assunto e emitir parecer.

Em decorrência da falta de embasamento legal no material por nós consultado, solicitamos a todos os Conselhos Regionais de Medicina, bem como à vários hospitais de grande porte dos principais Estados da União, e também a hospitais de médio porte, informações sobre conhecimento da legislação específica, a qual o procedimento usado pela entidade hospitalar consultada.

As respostas à primeira indagação foram unânimes: não há legislação específica regulamentando o assunto.

A segunda pergunta recebeu resposta muito variada, desde a informatização dos prontuários, passando por microfílmagens, arquivos passivos após um prazo variável, etc.

Quanto ao tempo de arquivamento do prontuários, o que pode servir como parâmetro para inexistência da regulamentação específica é o seguinte:

· **REGULAMENTO DO IMPOSTO DE RENDA**, artigos 711/715, aprovado pelo Decreto 85.450, de 04.12.80, estabelecendo o prazo de 05 anos para a prescrição da ação.

· **CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO**, art. 11, "Não havendo disposição especial em contrário nesta Consolidação, prescreve em dois anos o direito de pleitear a reparação de qualquer ato infringente de disposição nela contido".

· **CÓDIGO TRIBUTÁRIO NACIONAL**, art. 174, "A ação para a cobrança do crédito tributário prescreve em 05 anos contados de sua constituição definitiva".

· **CÓDIGO CIVIL** art.177 "A prescrição das ações pessoais operar-se-á em vinte anos".

· **CÓDIGO DE ÉTICA DO HOSPITAL BRASILEIRO**, editado pelo Conselho Nacional de Ética e Procedimentos Hospitalares propôs 05 anos.

· **REGISTROS PÚBLICOS**, Lei 6.015, de 31.12.73, alterada pelas Leis 6.140, de 28.11.74 e 6.216, de 30.06.75, artigos 26 e 28 in verbis:

Art. 26 - "Os livros e papéis pertencentes ao arquivo do Cartório ali permanecerão indefinidamente".

Art. 29 - "Além dos casos expressamente consignados, os oficiais são civilmente responsáveis por todos os prejuízos que, pessoalmente ou pelos prepostos ou substitutos que indicarem, causarem, por culpa ou dolo, aos interessados no registro.

Parágrafo Único - A responsabilidade civil independe da criminal pelos delitos que cometerem".

· **1 ° SEMINÁRIO DE INFORMÁTICA MÉDICA** - Brasília - "As informações médicas arquivadas por qualquer meio permanecerão no estabelecimento de Saúde por tempo ilimitado.

· **ESTUDO CONJUNTO DE MS E DO MPAS SOBRE "UNIFORMIZAÇÃO DE PRAZOS MÍNIMOS DE GUARDA DE PRONTUÁRIO MÉDICO"**.

Conclusões:

- a) que os prontuários médicos sejam guardados pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, a partir da data do último registro de atendimento dos respectivos pacientes;
- b) completando o prazo de 05 (cinco) anos, deverá ser elaborado um sumário dos registros básicos constantes do prontuário médico, que será guardado pelo prazo mínimo de 30 (trinta) anos;
- c) o sumário deve conter as informações básicas constantes das fls. 09/12.

· **INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO CREMEPE:**

INAMPS - recomenda a guarda do prontuário até 02 (dois) anos após o pagamento da conta hospitalar.

Tribunal de Contas da União: exige a guarda do prontuário pelo prazo de 05 (cinco) anos (esta exigência se estende também aos hospitais privados conveniados pelo poder público).

CONCLUSÃO:

O prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados médicos e paramédicos prestados ao paciente pelo hospital (M.S. " Normas de Administração e Controle do Hospital"). Constitui pois, elemento valioso para o paciente, para o médico e a instituição que o

atende, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública, servindo também como instrumento de defesa legal.

Segundo LEE THAYER a comunicação é "uma função vital por meio da qual indivíduos e organizações se relacionam uns com os outros com o meio ambiente e com as próprias partes, influenciando-se mutuamente, transformando fatos em informações. Assim o prontuário é o meio fundamental de comunicação entre profissionais de saúde no seu relacionamento com o paciente.

"O prontuário constitui-se no único meio de medir a assistência prestada". Carvalho (Neide Favero, Dissertação de Mestrado, Esc. Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1979).

Considerando o material disponível, as leis e normativas citadas como parâmetro e, acima de tudo a grande variação das finalidades dos estabelecimentos de saúde, de hospitais escola até a pequena "casa de saúde", passando pelos ambulatórios públicos ou privados, entendemos ser necessária uma normatização abrangente e exequível.

Assim sendo, para regulamentação da matéria propomos:

1 - O prontuário do paciente é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde;

2 - A manutenção do prontuário original deve ser por tempo não inferior a dez anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente;

3 - A partir do prazo retro-estabelecido o prontuário original pode ser substituído por microfilmagem, arquivos informatizados, ou outros métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas.

É o nosso parecer, s.m.j.

Curitiba, 04 de abril de 1989

Duilton de Paola
Cons. CFM

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 04/08/89

O QUE FAZ VOCÊ QUANDO O JUIZ, COLEGA OU PACIENTE SOLICITA INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO OU O PRÓPRIO PRONTUÁRIO?

A Diretoria do Hospital da Restauração, enviou ofício de nº 490/85 a este Conselho, solicitando que seja fixado conduta de como proceder no atendimento a solicitação de informações contidas nos prontuários de pacientes internados naquele nosocômio. A dra. Cecília Marletti C. de Azevedo, responsável pelo SAME do HR, vem sendo solicitada pelas mais diferentes pessoas que se julgam no direito de colher informações através de prontuário médico, de pacientes que foram atendidos no HR. Relata a médica no seu pedido de consulta a Direção do HR, que tem se limitado a atender nas informações, solicitações feitas por cônjuges, autoridades judiciais, filhos ou parentes próximos, Instituto de Medicina Legal, Delegados de polícia e encarregados de Inquéritos policiais e em algumas oportunidades pelo próprio paciente. Informa ainda, que autoridades policiais, advogados e médicos tem freqüentememe pleiteado dados dos pacientes, desencadeando sérios problemas por não serem atendidos.

PARECER

Ao nosso entender o problema fundamenta-se na obrigatoriedade do sigilo médico. Sendo o prontuário do paciente, documento onde os dados ali anotados são de interesse primordialmente médico, entende-se que seu manuseio deva ser o mais restrito possível e que informações nele contidas, sejam dadas à quem de direito respeitando-se os preceitos éticos e legais.

O Código de Deontologia Médica nos Princípios VI e XIV e artigos 46 e 48 faz referência aos deveres do médico com relação ao sigilo médico através de dados contidos no prontuário. No artigo 51 do mesmo Código limita ao médico, a quem se deva informações com relação a exames ou tratamentos realizados.

O Prof. Genival Veloso de França em trabalho recente, sob privacidade e sigilo em informática médica, faz referência a 05 exceções, dentro do princípio geral de que o médico deve preservar o segredo em tudo que sabe e que são: 01) Quando o paciente permite a quebra do sigilo; 02) Quando em favor do paciente mesmo sem o seu consentimento, 03) Quando no dever inalienável com a sociedade; 04) Quando no interesse da pesquisa, desde que autorizado pelos Conselhos; 05) Quando as informações são requeridas no andamento de uma ação judicial.

Ainda no mesmo trabalho o Prof. Genival Veloso de França estabelece os critérios para o fornecimento dos dados emitidos nos prontuários médicos, que no nosso entender devem ser os indicados por este Conselho ao SAME do HR e outros Hospitais e locais em que se exerça a Medicina, quando da solicitação de dados emitidos nos prontuários dos pacientes e que são:

- 1) Que o pedido de informação seja por escrito.
- 2) Que exista o consentimento também por escrito do paciente, quando capaz, ou do seu representante legal.
- 3) Por solicitação judicial.
- 4) Por razões de imperiosa e indiscutível relevância social e moral.
- 5) Por solicitação judicial.
- 6) Por razões de imperiosa e indiscutível relevância social e moral.

Este é meu parecer s.m.j.

Recife, 29 de janeiro de 1986

Silo Tadeu Silveira Holanda Cavalcanti
Conselheiro

Ney Cavalcanti
Presidente

Parecer Aprovado
Sessões Plenária 10/03/1986

NOTA do Editor: Para informações complementares veja arquivos nº 3, nº 5 e nº 11.

**É PROIBIDO FUMAR
EM RECINTOS FECHADOS
LEI Nº 8852, de 27 de julho de 1988**

Súmula: Proíbe fumar em recintos fechados onde sejam obrigatórios o trânsito ou a permanência de pessoas, bem como estabelece obrigações de avisos escritos e orais sobre essa proibição, fixa sanções e da outras providências.

A Assembléia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte lei:
Art. 1º - Fica proibido fumar em recintos fechados onde for obrigatório o trânsito ou a permanência de pessoas, assim considerados, entre outros, os seguintes:

- I. Os auditórios, salas de conferências e de convenções;
- II. Os museus, teatros, salas de projeção, bibliotecas, salas de exposição de quaisquer natureza e creche;
- III. Os corredores, salas e enfermarias de hospitais e casas de saúde;
- IV. As salas de aula das escolas públicas e particulares;
- V. Os ônibus em geral, taxis e ambulâncias;
- VI. Vetado -
- VII. Os elevadores de prédios públicos, residenciais, comerciais e industriais;
- VIII. As aeronaves pertencentes ao Governo do Estado

Art. 2º - Incluem-se na proibição do artigo anterior os locais de natureza vulnerável a incêndios, especialmente os depósitos de inflamáveis ou postos distribuidores de combustíveis, as garagens e estacionamentos, e os depósitos de materiais de fácil combustão.

Art. 3º - Nos locais a que aludem os artigos 1º e 2º é obrigatória a afixação de cartazes ou avisos, em posição e fácil visibilidade, com os seguintes dizeres: "É PROIBIDO FUMAR. LEI ESTADUAL Nº 8852".

§ 1º - Em recinto com área superior a 50m² (cinquenta metros quadrados), os cartazes ou avisos a que se refere este artigo deverão repetir-se na proporção de 1 (hum) para cada 50m². (cinquenta metros quadrados) ou fração excedente.

§ 2º - Nos locais a que se refere o artigo 2º desta lei, os cartazes ou avisos deverão conter ainda os seguintes dizeres: "MATERIAL INFLAMÁVEL".

§ 3º - Vetado

§ 4º - Vetado

Art. 4º - As entidades que tenham locais abrangidos pela proibição desta lei, poderão reservar salas ou recintos destinados a fumantes, desde que abertos ou ventilados, atendidas as recomendações oficiais quanto a medidas de prevenção contra incêndios.

Art. 5º - Vetado

§ 1º - Vetado

§ 2º - Vetado

Art. 6º - Vetado

Parágrafo único - Vetado

Art. 7º - Fica proibida a comercialização de fumo ou tabaco em órgãos públicos e estabelecimentos de ensino da rede oficial a privada.

Parágrafo único - O não cumprimento deste artigo acarretará aos concessionários dos órgãos públicos e dos estabelecimentos de ensino da rede privada, além da perda da concessão, multa de 50 OTN's.

Art. 8º - Vetado

Art. 9º - Os infratores ao disposto nesta lei sujeitam-se as penalidades seguintes:

I. por infração ao disposto nos artigos 1º e 2º, multa igual à metade do valor de uma OTN (Obrigação do Tesouro Nacional);

II. Por infração ao disposto no artigo 3º, multa no valor de uma OTN (Obrigação do Tesouro Nacional).

§ 1º - É considerado infrator no caso do inciso I deste artigo, o fumante e, no caso do inciso II, a entidade obrigada ao cumprimento da determinação contida no artigo 3º desta lei.

§ 2. - No caso de reincidência, as multas previstas neste artigo serão aplicadas em dobro.

Art. 10 - O Chefe do Poder Executivo, dentro de noventa dias, regulamentará a presente lei.

Art. 11 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo em Curitiba, em 27 de julho de 1988

ALVARO DIAS

Governador do Estado

Delcino Tavares da Silva
Secretário de Estado da Saúde

Belmiro Valverde Jobim Castor
Secretário de Estado da Educação

José Carlos Gomes Carvalho
Secretário de Estado da Indústria e do Comércio

A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Miguel Kfoury Neto *

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações gerais

O tema desta monografia - "A responsabilidade civil do médico" - mostra-se atual e palpitante.

Amiudadas vezes examinamos decisões pretorianas, fulcrando as conseqüências civis e penais de erros médicos.

Isto, apesar de as vítimas pouco recorrerem à Justiça, seja por uma questão de dificuldade de acesso ao foro, seja pela proclamada timidez de nossos Pretórios ao estabelecerem a culpa do profissional da Medicina.

No Brasil, proliferam as Escolas Médicas. Temos no país, hoje, 76 Faculdades de Medicina, algumas péssimas,, formando cerca de 9000 novos médicos por ano.

O baixo nível qualitativo do ensino - verificável, de resto, em todos os outros cursos - vem-se refletindo incisivamente no desempenho profissional dos discípulos de HIPÓCRATES.

A constatação, entretanto, torna-se dramática, à medida que se tem a vida humana, a integridade física da pessoa, como valores postos nas mãos de despreparados profissionais.

Em países mais evoluídos, como os Estados Unidos, as indenizações por dano médico são efetivas.

Recentemente², em Royal Oak, Michigan, o Hospital Beaumont, que já havia pago 1,25 milhões de dólares a Brian Palenkas, por este ter ficado com o maxilar deformado permanentemente, após tratamento naquela casa de saúde, viu-se compelido a pagar mais 426.000 dólares - diante da determinação judicial de remoção de todo o equipamento encontrado nos escritórios do Hospital - para satisfação do débito remanescente.

WALTER BLOISE³ relata que o Sutter Hospital, de Sacramento, Califórnia, EUA, possuía um seguro de responsabilidade civil (Medical Malpractice) com o Lloyd's, de Londres, e a Farmer's Union - reputadas companhias seguradoras - e teve de indenizar 149 mulheres, pagando a cada uma delas 2,750 milhões de dólares, por condenação da Justiça daquele Estado. Ocorre que o anestesista do Hospital, Dr. WILLIAM MIOFSKI, praticou relações sexuais com as doentes anestesiadas, na própria mesa de operação.

GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA⁴, Professor e médico paraibano, após registrar que o exercício da medicina vem-se tornando difícil em face do aumento de demandas contra os médicos, relaciona os erros profissionais mais freqüentemente

* Juiz de Direito em Londrina. Prof. Assistente da Universidade Estadual de Maringá. Mestrado em Direito na Universidade Estadual de Londrina.

imputados a esses profissionais: "exame superficial do paciente e conseqüente diagnóstico falso; operações prematuras; omissão de tratamento ou retardamento na transferência para outro especialista; descuidos nas transfusões de sangue ou anestésias; emprego de métodos e condutas antiquados e incorretos; prescrições erradas; abandono ao paciente; negligência pós-operatória; omissão de instrução necessária aos doentes; responsabilidade médica por suicídio em hospitais psiquiátricos. E ainda outros casos que dependem menos dos médicos do que do seu instrumental: queimaduras por raio X; infecções propagadas por instrumentos; ou o não funcionamento de um artefato qualquer no momento preciso".

Adiante, esclarece que nos países hispano-americanos são mais raros os pleitos contra esses profissionais. Na Suécia também são excepcionais tais ações, devido ao respeito tradicional à autoridade e ao alto nível social dos médicos.

Já nos Estados Unidos - como vimos - a afluência aos tribunais chega a alarmar a classe médica, surgindo uma nova classe de advogados: os médicos juristas.

Também no Japão, Inglaterra, Alemanha, Bélgica, África do Sul e Canadá há um evidente aumento desses litígios.

Identifica-se como causa dessa postura belicosa a despersonalização do relacionamento médico-cliente, em decorrência da socialização da medicina e dos altos níveis de especialização da arte médica.

Desapareceu a figura cordial do "médico da família", amigo e camarada - em quem se depositava confiança irrestrita e contra quem jamais se cogitaria intentar uma ação.

Mister ressaltar, na esteira do Prof. VELLOSO DE FRANÇA⁵, a existência de uma corrente contrária a qualquer responsabilidade, por ser a medicina "um mandato ilimitado junto à cabeceira do doente, ao qual só pode aproveitar essa condição".

Alegam - aqueles que pretendem afastar a responsabilização do médico - que o diploma desse profissional é prova irrefutável de idoneidade e competência.

Ademais, o temor às punições levaria a uma inibição e a um entrave ao progresso científico, tornando-se a Medicina uma ciência tímida e rotineira.

Enfatizam que tribunais leigos não teriam capacidade científica para julgar os feitos médicos com precisão e equidade. Por fim, a Medicina é ciência que varia em seus aspectos pessoais e circunstanciais, não é exata como a Matemática.

Tais argumentos - como a doutrina e jurisprudência têm reiteradamente demonstrado - são vazios de significado e não resistem ao mais perfunctório exame crítico.

1.2 O seguro de responsabilidade civil do médico

Na realidade, o pagamento de vultosas indenizações, em caso de culpa médica, só é passível porque hospitais e médicos mantêm seguro de responsabilidade civil por danos a terceiros.

No Brasil, já podem o médico e os estabelecimentos hospitalares recorrer ao mercado segurador, que dispõe de apólices apropriadas para a cobertura de Responsabilidade Civil Profissional.

Tais seguros excluem os danos estéticos, atos e intervenções proibidos por lei, favorecimento ou conveniência com o terceiro reclamante, quebra de sigilo profissional, tratamento radiológico e similares (salvo convenção em contrário), difamação ou calúnia e uso de técnicas experimentais com medicamentos ainda não aprovados pelos órgãos competentes.

Reduzidíssima é a procura a essa modalidade de seguro. Técnicos do Instituto de Resseguros do Brasil comentam tal fato⁷: "Ora, perguntamos, por que tal tipo de seguro ainda não foi estendido ao profissional liberal, no caso o médico? Porque o médico que detém clínica particular suficiente, que exerce a medicina privada, medicina do ponto de vista liberal, esse médico hoje representa um faixa mínima em confronto com a grande maioria assalariada dos médicos do País".

Adiante, os articulistas transcrevem trecho da Revista de Seguros (abril/77, p. 336): "No Brasil, o médico é civilmente responsável pelos seus erros e pode ser demandado para que cumpra sua obrigação de reparar os danos culposos que tenha causado ao cliente. O que a experiência tem demonstrado, no entanto, é que o brasileiro até hoje não adquiriu o hábito de processar ninguém para obter reparação de dano. E a classe médica, assim, também tem ficado praticamente alheia ao problema jurídico e financeiro da responsabilidade da reparação das injúrias físicas cometidas aos clientes, no exercício profissional."

"Seguro para proteger o médico contra as conseqüências da sua responsabilidade profissional é outra coisa que, no Brasil, já existe há muito tempo. Trata-se de seguro facultativo, cuja procura é muito escassa - e o é exatamente porque os médicos, acostumados com a idéia de que é muito remota a possibilidade de um processo judicial, em geral jamais pensaram na conveniência ou necessidade de comprar seguro de tal natureza."

"Sempre que a imprensa confere amplo destaque a casos de erro médico, os profissionais da medicina vêem nisso uma orquestração tendente a fazê-los adotar essa modalidade de seguro, onerando-os."

1.3 Aferição da culpa no dano médico

No Brasil, para que o ressarcimento do dano oriundo da culpa médica se torne mais freqüente, é mister que nossos Juizes e Tribunais amenizem as exigências para a aferição da culpa.

Há um excessivo rigorismo dos julgadores, como se depreende de um julgado do egrégio TJSP⁸, lembrado por TEREZA ANCONA LOPEZ MAGALHÃES⁹, que o inquina de injusto. Após operações de varizes, a paciente ficou com o "pé caído", devido a secção de um nervo. A sentença de 1º grau julgou procedente o pleito indenizatório. O v. acórdão deu provimento à apelação, entendendo haver o dano e a relação de causalidade, mas não culpa suficientemente demonstrada. O voto vencido, da lavra do Des. JOÃO DEL NERO, deixa claro a imperícia do cirurgião, embora renomado e de reconhecidos méritos.

Nestes comenos, cumpre ressaltar que a escolha do tema deveu-se ao indisfarçado intuito de provocar reflexão sobre a análise da prova da culpabilidade em casos de dano médico.

O julgador deve ampliar sua discricionariedade.

Os laudos periciais, muitas vezes eivados de um censurável espírito de corpo, hão que ser analisados com objetividade, devendo o juiz - muito mais que em qualquer outra situação posta sob julgamento - avaliar os fatos de modo singelo, sob a ótica

da causalidade, sem se deixar envolver pelo excessivo tecnicismo da prova. É esta a posição de SAVATIER - citado pela Prof^ª TERESA - ao defender a idéia de que o juiz está autorizado a usar dos indícios suficientemente lógicos e suficientemente fortes para tornar sua convicção legítima, pois existe uma lógica no desenvolvimento dos fatos, mesmo os biológicos.

São lapidares as palavras de BENJAMIN NATHAN CARDOZO, o grande Juiz da Suprema Corte norte-americana: "O juiz, mesmo quando livre, não o é totalmente. Ele não pode inovar ao seu bel-prazer. Não é um cavalheiro-errante, vagando à vontade em busca de seu próprio ideal de beleza ou de bondade. Deve extrair sua inspiração de princípios consagrados. Não deve ceder ao sentimento espasmódico, à benevolência indefinida e desgovernada. Deve exercer uma discricção informada pela tradição, metodizada pela analogia, disciplinada pelo sistema e subordinada "à necessidade primordial de ordem na vida social" (F. GÈNY). Em plena consciência, é ainda bastante extenso o campo de discricção que permanece"¹⁰.(Sublinhei)

2. CONCEITOS BÁSICOS

Abordaremos, a seguir, alguns conceitos fundamentais, úteis ao estudo dos diversos aspectos da responsabilidade civil do médico.

GEORGES BOYER CHAMMARD e PAUL MONZEIN¹¹ afirmam que são direitos imprescritíveis de cada indivíduo a integridade de seu corpo e a preservação de sua saúde. Dai decorre que o respeito a esses valores é assegurado por disposições do ordenamento jurídico positivo, respondendo os médicos e cirurgiões, civil e penalmente, pelos danos que causarem pela violação às regras de Direito aplicáveis de modo geral ao exercício da atividade médica.

LACASSAGNE¹² define a responsabilidade médica como a obrigação imposta aos médicos em virtude de certas faltas por ele cometidas no exercício de sua profissão, faltas estas que geralmente comportam uma dupla ação: civil e penal. Esta última conduz à imposição de uma pena; o aspecto civil pressupõe a imposição de um pagamento em dinheiro à guisa de indenização.

2.1 Responsabilidade penal e responsabilidade civil

Num e noutro caso o agente infringe um dever.

No caso de crime, o delinqüente infringe norma de Direito Público, seu comportamento perturba a ordem social, provocando uma reação do ordenamento jurídico representada pela pena. A existência ou não de prejuízo para a vítima é indiferente à sociedade.

No ilícito civil, o interesse diretamente lesado é o privado. Pode ser que o agente não tenha infringido nenhuma norma de ordem pública. Entretanto, como seu procedimento causou dano a alguém, a reação da sociedade é representada pela indenização a ser exigida pela vítima do agente causador do dano. Se a vítima permanecer inerte, nada acontece.

Alguns atos ilícitos poderão repercutir tanto na esfera civil quanto na penal. AI, haverá uma dupla reação do ordenamento jurídico, impondo a pena e o dever de indenizar. É o que ocorre, p. ex., em caso de homicídio (arts).

2.2 Responsabilidade contratual e extra-contratual

Quem toma um ônibus tacitamente celebra um contrato de adesão com a empresa

de transporte. Esta assume a obrigação de conduzir o passageiro são e salvo a seu destino. Se ocorre um acidente e ele se fere, dá-se o inadimplemento contratual, que acarreta a responsabilidade de indenizar perdas e danos. É o que ocorre, também, com o segurador que se furta dolosamente a pagar a indenização devida ao segurado. Tal responsabilidade, por derivar de um contrato não adimplido, é chamada contratual.⁴

Quando a responsabilidade independe da existência de vínculo obrigacional anterior, diz-se que ela é extra-contratual. Neste caso, aplica-se o disposto no art. 159 do CC. É a responsabilidade derivada de ilícito extra-contratual, também denominada aquiliana. Decorre da violação do dever legal de não prejudicar a ninguém, o *neminem laederedos* romanos.⁴⁵

Se alguém atropela um homem, provocando-lhe a perda de um braço, a responsabilidade pela reparação do dano que se impõe ao agente causador é extra-contratual.

Essa tese clássica é hoje bastante combatida. Por dois aspectos, entretanto, persiste a distinção: primeiro, porque o CCB a mantém, tratando da culpa contratual nos arts. 1056 e ss. e da responsabilidade aquiliana no art. 159; segundo, porque a responsabilidade contratual o *onus probandi* se transfere para o devedor inadimplente, enquanto na aquiliana incumbirá à vítima demonstrar a culpa do causador do dano.

2.3 Culpa

JAIME SANTOS BRIZ⁶ esclarece que a culpa é o elemento mais complicado e de mais difícil estudo; em que pose a simplicidade de seu sentido vulgar.

Cuida-se aqui, entretanto, da culpa em sentido jurídico, a culpa como pressuposto da responsabilidade por danos e bens alheios juridicamente protegidos.

A culpa, na doutrina clássica, representa o desvio de um modelo ideal de conduta, representado às vezes pela boa-fé, outras pela diligência do *banus pater familiae*.

O art. 159 do CC brasileiro, de início, cogita de dolo: "ação ou omissão voluntária"; passa, em seguida, à culpa: "negligência ou imprudência".

Dolo é violação deliberada, consciente, intencional, de um dever jurídico.¹⁷

Em caso de culpa, por outro lado, o agente não visa a causar prejuízo à vítima, mas de sua atitude negligente, imprudente ou imperita, resulta dano a outrem.¹

2.4 Dano

DE CUPIS⁹ conceitua dano como prejuízo, aniquilamento ou alteração de uma condição favorável, tanto pela força da natureza quanto pelo trabalho do homem.

Acrescenta que o conceito de dano, sob qualquer aspecto, é deveras amplo. Entretanto, pela facilidade com que se apresenta à observação, é objeto de senso comum. Para que o dano seja um fenômeno juridicamente qualificado, deve decorrer da inobservância de uma norma.

2.5 Relação de causalidade vitima.

Deve haver uma relação entre a ação ou omissão culposa do agente e o dano à

Se a vítima sofre o dano, mas não se evidencia o liame de causalidade com o comportamento do réu, improcedente será o pleito indenizatório.

2.6 Responsabilidade objetiva e subjetiva

Segundo a teoria subjetiva, esposada por nosso Código Civil, a vítima tem de provar o dolo ou culpa *stricto sensu* do agente, para obter a reparação do dano.²⁰

Entretanto, essa prova muitas vezes se torna difícil. Nosso Direito Positivo admite, então, em hipóteses específicas, alguns casos de responsabilidade objetiva, ou responsabilidade sem culpa.

2.7 Risco

HENRI CAPITANT², define risco com eventualidade de um acontecimento futuro, incerto e de prazo indeterminado, que não dependa exclusivamente da vontade das partes e pode causar a perda de um objeto ou qualquer outro dano.

Por outro prisma, a chamada "teoria do risco", sob suas várias modalidades-risco-proveito, risco criado, risco de autoridade - procura fundamentar a responsabilidade pelo fato de outrem, partindo da premissa que a referida responsabilidade é irrefragável, não podendo o comitente libertar-se, mesmo provando conduta irrepreensível.

É exemplo a responsabilidade dos comitentes e patrões pelos atos de seus prepostos.²²

2.8 Novas situações ligadas à atividade médica

Referindo-se a novas situações fáticas, exigindo novas soluções jurídicas - em tema de responsabilidade civil - o Prof. JOÃO BATISTA LOPES²³ reproduz lição de ALVINO LIMA: "A vida aí está, com todo o espetáculo das suas realizações criadoras de novas situações jurídicas, a desafiar e exigir soluções sem desmantelo da harmonia social... quando as circunstâncias da vida, múltiplas, imprevisíveis, colocam os homens mais à mercê dos outros, justifica-se sobremaneira o amparo da lei na proteção da vítima".

Na atividade médica, o vertiginoso avanço científico vem gerando problemas nunca dantes cogitados, aos quais GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA²⁴ denomina "grandes conflitos". Destaca o autor: "1) a fecundação artificial, com as terríveis dificuldades em definir sua licitude e as várias circunstâncias em que se colocam os protagonistas dessa prática, principalmente o filho; 2) o uso de órgãos e tecidos em transplantes, envolvendo interesse e criando choques entre doador, receptor e familiares, e o mais importante, a dificuldades em se estabelecer uma conceituação insuspeita de morte, o que obrigou diversos organismos a se manifestarem a respeito e o Estado, a elaborar estatutos capazes de disciplinar essas intervenções; 3) a política antinatalista que começa a sair dos velhos padrões de contenção à gravidez, e chega ao campo da experimentação através de manipulações genéricas, partindo da organização molecular da matéria viva; 4) a cirurgia plástica, fugindo do aspecto curativo e procurando satisfazer à vaidade e à sofisticação; 5) a experiência científica do homem, com o fim de se obter maiores benefícios para a humanidade, mas ainda presente a lembrança do fantasma de Nüromberg, onde as mais torpes e cruéis atrocidades foram praticadas em nome do mais humano e sagrado dos sacerdócios - a Medicina. Na verdade, exemplo como esse deverá ser sempre repellido pelas gerações que não de vir, pois nenhuma ciência, nenhum princípio, nem mesmo a própria humanidade podem exigir o sacrifício especulativo de um homem, prática que somente será admitida, todavia, quando constituir um último recurso, e em benefício do próprio experimentado, conforme se manifestou a Associação Médica Mundial em 1962, através da Declaração de Helsinki; 6) a possibilidade de não prolongar a vida de um paciente considerado incurável e em doloroso sofrimento, ou seja, aquilo que passaram a chamar "direito de morrer com dignidade", em que a própria Igreja manifestou-se veladamente favorável, mas a que o médico deve resistir obstinadamente, uma vez que sua arte e sua ciência não podem ser colocadas a serviço da morte, mesmo omissivamente, pois a incurabilidade é e será por muito tempo apenas uma situação de falta de recursos, de tempo e de ponto de vista; 7) o segredo médico, talvez o

mais antigo e tradicional principio do postulado ético-moral da Medicina, que sofreu, nos dias atuais e nos mais diversos lugares, modificações tão graves, que às vezes chega-se a pensar que ele não mais sobrevive; 8) a responsabilidade médica, que com o passar dos dias vai-se transformando num sistema tão complexo e de tanta benignidade aos que demandam contra os médicos, que estes, em alguns países, passaram a retrair-se, pois viam em cada paciente um demandante em potencial; 9) a esterilização humana, que já conta com simpatizantes no mundo inteiro, como medida ideal do controle da natalidade, é também um pretexto à desabrida liberalidade sexual e, conseqüentemente, uma prevenção à gravidez; 10) a publicidade médica, que ultrapassada em seus limites de exigência já começa a tomar uma feição comercial, em anúncios exagerados na linguagem e na forma, culminando o que se adjetivou de "mercado da personalidade". Há um exibicionismo inescrupuloso, que vai desde a ostentação da caridade até os sôfregos assomos de vaidade para o vedetismo, em colunas de jornais ou em aparições nas tevês, quando o que se procura, acima de tudo, é destacar uma habilidade ou um recurso heróico, salvadores de determinadas situações;

11) a medicina que se denominou socializada, por seu turno, não somente despessoalizou a relação médico-paciente, mas criou, na mente dos doentes, uma idéia de estarem sendo tratados em série; 12) a medicina criativa, fundamentada na Genética, preocupando-se em criar o homem do futuro, sendo claro, no entanto, que resultados dessa natureza comprometem a dignidade humana, uma vez que não deve o homem constituir material de experimentação, não se podendo, também, estabelecer quem deva e quem não deva nascer".

3. BREVE NOTÍCIA HISTÓRICA

A responsabilidade civil recebeu do Direito Romano os princípios genéricos que mais tarde seriam cristalizados nas legislações modernas.

Seu ponto de partida foi a vingança privada, forma primitiva, selvagem talvez, mas humana (e até certo ponto compreensível), de reação contra o mal sofrido.

Mais tarde, a vingança privada, como forma de repressão do dano, passou para o domínio jurídico: o Poder Público passa a intervir no sentido de permiti-la ou exclui-la, quando injustificável. É a pena de Talião, da qual se encontram traços na Lei das XII Tábuas (Tábua VI11, 2º lei).²⁵

O estágio seguinte foi a composição voluntária, a critério da vítima, que recebia do agressor um "resgate" (ocema) - soma em dinheiro ou entrega de um objeto.

Passa-se, então, à composição tarifada, prevista na Lei das XII Tábuas, que fixava, para cada caso concreto, o valor da pena a ser paga pelo ofensor.

Sobrevêm, então, a Lei Aquilia (ano 468) e tem início a generalização da responsabilidade civil.

A responsabilidade civil do médico surge, historicamente, com as mais primitivas legislações.²⁶

O Código de Hamurabi (2394 a.C.) já se referia a questões ligadas ao comportamento médico, nos arts. 218, 219 e 226, cominando pena aos médicos ou cirurgiões que cometessem lesões corporais e matassem um homem livre ou escravo. A pena prevista no art. 218 era de Talião. A mão do médico era o órgão considerado culpado pelo insucesso.

No Egito, os médicos ostentavam elevada posição social e se confundiam, muitas vezes com sacerdotes. Desde que se respeitassem as regras, mesmo que o paciente viesse a morrer, não eram punidos. Os egípcios possuíam um livro contendo todas as regras de obediência obrigatória pelos médicos. Seguindo-as à risca, livravam-se eles de toda e qualquer interpelação judicial. Caso contrário, eram punidos com a morte, qualquer que fosse o desfecho da doença.⁷⁷

Na Grécia antiga - o relato é de PLUTARCO - um médico foi crucificado porque dirigiu-se ao teatro, abandonando seu cliente, que veio a falecer, configurando-se negligência médica.

Na Lex Aquillia encontram-se os primeiros rudimentos da responsabilidade médica, prevendo a pena de morte ou a deportação do médico culpado da falta profissional. Nas obras de Plínio, todavia, encontraram-se reclamações da impunidade médica, tendo em vista as dificuldades, já àquela época, das tipificações legais.

Afirmava ULPIANO (Dig. 1, 1 8, 6, 7) que "assim como não se deve imputar ao médico o evento da morte, deve-se imputar-lhe o que houver cometido por imperícia".²⁸

Observa-se que, há mais de mil e quinhentos anos, já se cogitava da imperícia do médico, que se tornava responsável pelos danos que viesse a causar ao paciente por falta de habilidade ou conhecimentos.

E não era obstáculo à admissão da responsabilidade a altíssima estima que se tinha pelo ofício do médico - a tal ponto que seus serviços não eram estimados em dinheiro, considerando que somente eram dignos de honra.

Portanto, num primeiro momento, segundo ITURRASPE, admitia-se a responsabilidade médica, especialmente a que decorria da imperícia do profissional.

Num segundo momento, já no começo do séc. XIX, quase desapareceu a responsabilidade jurídica, com a decisão da Academia de Medicina de Paris, em 1829, que proclamou a exclusiva responsabilidade moral dos profissionais da arte de curar.

Tal decisão pretendia consagrar uma situação especial de imunidade: para que houvesse responsabilidade médica, seria necessário provar-se falta grave, imprudência visível, manifesta imperícia.

O Procurador-Geral DUPIN e a Corte de Besançon, em 1844, não obstante o impacto de uma que outra decisão, seguiram tal teoria - que ITURRASPE denominou "responsabilidade eufemística".

Argumentavam seus seguidores que, por haver pluralidade de critérios nas questões médicas - diagnóstico, prognóstico, tratamento, cirurgia, etc. - tudo se mostrava vago, conjectural.

Conseqüentemente, só se poderia responsabilizar os médicos por negligência ou torpeza que qualquer homem pudesse cometer, não aquela em que pudesse incorrer exclusivamente o servidor da medicina.

A culpa médica haveria ser, como visto, grave, inescusável, advinda de erro grosseiro, elementar. O ônus da prova sempre incumbiria ao paciente.

Por fim, os pareceres dos peritos médicos deveriam ser decisivos, posto que somente eles, possuidores de conhecimentos científicos na área médica, poderiam emitir opinião abalizada.

Questionava-se, por fim, a possibilidade de ressarcimento material do dano. Tomavam-se tais ações com pretensão iníqua de enriquecimento sem causa, à custa do profissional médico; uma atitude desumana de molestá-lo, por vingança, atribuindo-

se-lhe uma fatalidade do destino; um engodo para burlar a obrigação de pagar honorários - e, no mais das vezes, o resultado do incitamento dos profissionais do Direito. Assinala o Prof. JOÃO BATISTA LOPES²⁹ que 'no antigo Direito francês, a responsabilidade civil e a penal não se distinguem : o autor do dano era castigado com uma pena privada. Posteriormente, porém, a idéia da pena foi substituída pela de indenização, logrando-se enunciar um princípio geral de responsabilidade civil (direito a reparação sempre que houvesse culpa, ainda que leve)".

4. RÁPIDA VISÃO DO DIREITO COMPARADO

Concorrendo, na responsabilidade civil dos médicos, os elementos comuns a qualquer ilicitude, genérica ou específica³⁰, oportuno transcrever as observações de ALVINO LIMA³¹, que analisa o trato legal dispensado à matéria, no Direito alienígena. Afirma o notável civilista que o Código Civil francês é o padrão das legislações modernas.

O princípio da responsabilidade aquiliana, advindo do Direito Romano, continua a ser o mesmo em todas as codificações dos povos cultos.

Assim, os Código Civis tedesco e suíço contemplam a culpa como fundamento da responsabilidade aquiliana.

Já o direito inglês e anglo-americano, não possuindo princípio geral de responsabilidade civil semelhante ao do art. 1382 do CC francês (ou do art. 159 do CC brasileiro), desenvolveu a noção de reparação do dano através de writs, ações judiciais concedidas às vítimas do delito civil (tort), destinadas ao ressarcimento dos danos.

O Código Civil soviético - ainda segundo ALVINO LIMA - confere aos tribunais o arbítrio de mandar ressarcir o dano, ainda que não haja responsabilidade de seu respectivo autor, to mando em consideração apenas a situação patrimonial do mesmo autor do ato e da sua vítima. Assim, o princípio da culpa deixa de ter significação e a obrigação de indenizar é imposta ainda que não haja responsabilidade do autor do dano. Derrogam-se, desse modo, pelo poder arbitral conferido ao tribunal, os princípios gerais fundamentais.

Nos países latinos - Argentina e Colômbia, dentre outros - os danos resultantes da atividade médica obrigam ao ressarcimento civil (ou penal, se pertinente), como os demais atos ilícitos. A responsabilidade do médico é extra-contratual e subjetiva, cometendo-se à vítima o ônus da prova. Tal disciplina não discrepa, como se vê, daquela adotada entre nós.

5. DIREITO POSITIVO BRASILEIRO

5.1 . Considerações gerais

"SOLON, segundo refere PLUTARCO, já dizia que a cidade realmente civilizada é aquela em que todos os cidadão sentem a injúria feita a um só e em que todos exigem sua reparação tão vivamente como aquele que a recebeu".³²

Colhe-se no excelente trabalho da Prof^a TERESA ANCONA LOPES MAGALHÃES³³ que, dentre nós, cabe ao lesado demonstrar cabalmente a culpa do profissional. Noutros países, procura-se facilitar o trabalho do ofendido na prova da culpa médica. O objetivo é vê-lo indenizado.

Nos Estados Unidos, há a teoria da res ipsa loquitur- a coisa fala por si mesma.

Diante das evidências do erro médico, até mesmo os peritos seriam dispensados e o juiz admitiria de pronto a culpa do profissional. Por exemplo, o doente que vem a falecer no pós-operatório por abandono ou quando há erro grosseiro de diagnóstico - trata-se como sífilis um câncer.

Em França, também para proteger a vítima e obviar os inconvenientes na formação da culpa, surgiu, a partir de 1965, como construção jurisprudencial, a teoria da pene d'une chance. Em síntese, consiste em se admitir que a culpa do médico comprometeu as chances de vida e a integridade do paciente. Pouco importa que o juiz não esteja convencido de que a culpa causou o dano. É suficiente uma dúvida. Os tribunais podem admitir a relação de causa e efeito entre culpa e dano, pois que a culpa é precisamente não ter dado todas as oportunidades ("chances") ao doente. Milita uma presunção de culpa contra o médico. A doutrina repele esta responsabilidade objetiva do médico.

No Brasil, continua a vigir a teoria da culpa, com o ônus da prova a cargo do ofendido. Algumas vezes, entretanto, pode-se presumir a culpa, como no caso das cirurgias plásticas cosméticas, exames de laboratório e check-ups.

Isto ocorre, também, nos hospitais e clínicas, presumindo-se a culpa das instituições hospitalares pelos atos de seus prepostos.

Também quanto aos laboratórios, bancos de sangue e de sêmen a culpa é objetiva. Ao estabelecimento cabe o direito de regresso contra seu agente culpado. Perante o paciente, entretanto, é sempre aquele que responde civilmente.³⁴

Com o aumento da incidência da síndrome da imunodeficiência adquirida ("AIDS") - além da hepatite e do Mal de Chagas - em decorrência de transfusões, eis aí um aspecto de responsabilidade civil médica que vem assumindo especial relevo.

Dentre as inúmeras situações que poderão ser geradas pela prática de inseminação artificial in vitro e diversas outras práticas laboratoriais ligadas à reprodução da espécie humana, MATILDE J. HOJDA³⁵ alude à quebra de frasco contendo embrião. Crime não há, por falta de tipicidade: o embrião do frasco não é pessoa. "Conseqüentemente" -finaliza - "o prejuízo deriva apenas da guarda do material". A nosso ver, poder-se-ia buscar, na hipótese, reparação do dano moral, mormente se impossível coletar-se outro óvulo para a nova inseminação.

5.2. A responsabilidade médica é de natureza contratual

Apesar de o CCB colocar a responsabilidade médica dentre os atos ilícitos, não mais acende controvérsias ser a responsabilidade dos médicos ex contractu.

AGUIAR DIAS³⁶ é incisivo: "Ora, a natureza contratual da responsabilidade médica não nos parece hoje objeto de dúvida... Acreditamos, pois, que a responsabilidade do médico é contratual, não obstante sua colocação no capítulo dos atos ilícitos".

É claro que poderá existir responsabilidade médica que não tenha origem no contrato: o médico que atende alguém desmaiado na rua, v.g.

A obrigação de reparar o dano sempre vai existir, seja reproduzida dentro do contrato ou fora dele.

Ao assistir o cliente, o médico assume uma obrigação de meio, não de resultado. O devedor tem apenas que agir, é a sua própria atividade o objeto do contrato. O médico deve apenas esforçar-se para obter a cura, mesmo que não a consiga.

Já na obrigação de resultado (empreitada, transporte ou no caso da cirurgia plástica estritamente estética), o profissional obriga-se a um determinado fim, o que interessa é o resultado dessa atividade - sem o que não terá cumprido a obrigação.

Não há, pois, culpa presumida do médico, apenas por estarmos diante de um contrato. No tocante à natureza dessa relação contratual, ainda ramanesce alguma discussão: locação de serviço ou contrato *sui generis*?

Na prática independentemente da fixação da natureza desse contrato, é ao paciente que incumbe provar a inexecução do contrato por parte do profissional.³⁷

5.3 A culpa na responsabilidade civil do médico

O art. 1545 do CC pátrio esposou inteiramente a teoria da culpa, no que diz respeito à responsabilidade médica.

Havendo dano - morte, incapacidade ou ferimento - a vítima deve provar que o médico agiu com a culpa *stricto sensu* - imperícia, imprudência ou negligência - para poder ser ressarcida.

Na imprudência há culpa comissiva. Age com imprudência o profissional que tem atitudes não justificadas, açodadas, precipitadas, sem usar de cautela. É o caso do cirurgião que não espera pelo anestesista, principia ele mesmo a aplicação da anestesia e o paciente morre de parada cardíaca.

A negligência médica - di-lo GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA³³ - caracteriza-se pela inação, indolência, inércia, passividade. É a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem. É um ato omissivo. O abandono do doente, a omissão de tratamento, a negligência de um médico pela omissão de outro (um médico, confiando, na pontualidade do colega, deixa o plantão, mas o substituto não chega e um doente, pela falta de profissional, vem a sofrer graves danos. É a "negligência vicariante"); mais: a prática ilegal por estudantes de medicina, acarretando a responsabilidade - por negligência - do responsável pelo estágio; a prática ilegal por pessoal técnico (enfermeira que realiza punção no doente, advindo complicação e danos) - responde o médico; a letra do médico (receita indecifrável - em geral vê-se que os médicos têm letra ruim - levando o farmacêutico a fornecer remédio diverso do prescrito) também conduz à responsabilidade por negligência: deve-se escrever à máquina ou de forma legível; esquecimento de corpo estranho em cirurgia (pinça ou gaze no abdômen do paciente, p. ex.), causando dano.

Também a negligência do hospital - sem a concorrência do médico - é passível. A Corte Suprema do Colorado condenou um hospital por negligência, em virtude da lesão causada por uma enfermeira, ao aplicar uma injeção no nervo ciático do paciente. Não houve censura ao médico, nem à própria enfermeira. Apenas ao hospital, pois tais tarefas não são supervisionadas.

Imperícia é a falta de observação das normas, deficiência de conhecimentos técnicos da profissão, o despreparo prático. Também caracteriza a imperícia incapacidade para exercer determinado ofício, por falta de habilidade ou ausência dos conhecimentos necessários, rudimentares, exigidos numa profissão.

Adverte VELLOSO DE FRANÇA³⁹ que diagnóstico errado não é sinal de imperícia, dadas as circunstâncias que envolvam a análise dos sintomas, à vezes confusos. Ocorreria aí o chamado "erro honesto".

SAVATIER⁴⁰ colhe na jurisprudência um exemplo de imperícia: médico que emprega método de tratamento anteriormente utilizado, mas abonado mais tarde.

É imperito obstetra que, na operação cesariana, corta a bexiga da parturiente.

O mesmo VELLOSO DE FRANÇA manifesta-se no sentido de que o médico habilitado - profissional e legalmente - não pode ser considerado imperito em nenhuma circunstância, por mais palpável que seja essa situação, pois o médico tem em suas

mãos um diploma que lhe confere grau de doutor e habilitação legal, não sendo lógico atribuir-lhe imperícia em situação isolada⁴⁴.

Tal posicionamento, ao contrário do que ocorre com inúmeras ensinaças do ilustrado Mestre, não é por nós abonado e não encontra respaldo na doutrina e jurisprudência pátrias.

Nossa maior autoridade em responsabilidade civil, AGUIAR DIAS⁴², admite claramente a imperícia médica, ao reproduzir julgado do Tribunal de Apelação de São Paulo (RT 138/126): "Age com manifesta imperícia o médico que ao examinar uma cliente, supondo-a desvirginada e grávida, provoca com o dedo, o rompimento do hímen. Não o escusa o fato de apresentar, a paciente, sintomas, tais como: a) hemorragia, porque pode ser de origem catamenial; b) coágulos de sangue na região examinada, porque podem provir da estagnação do sangue no útero; c) dor no baixo ventre, explicável também pela cólica uterina; d) seios pigmentados, em tubérculos de Montgomery, porque tal sinal é mera probabilidade de gravidez, podendo ocorrer em estado patológico dos órgãos genitais; e) enjôo, porque também pode ser atribuído à cólica".

Com a especialização da medicina, torna-se cada vez mais freqüente a realização de atos cirúrgicos por equipe médica.

Se houver dano, em princípio presume-se culpado o cirurgião-chefe. Se se puder, entretanto, individualizar a responsabilidade - como no caso do anestesista - responderá o próprio profissional ou o hospital (e aí a responsabilidade estará consubstanciada na Súmula 341 do STF: "É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto").

5.4 Avaliação da culpa

MAZEAUD - TUNC⁴³, comentando o principio geral da responsabilidade civil, na redação do Código Civil francês, escoliam: "Seguindo a tradição do antigo Direito, os redatores estabeleceram um principio geral de responsabilidade civil, uma regra suscetível de aplicações ilimitadas. BERTRAND DE GREVILLE declara: "Todo individuo é responsável pelos seus atos; esta é uma das primeiras máximas da sociedade; daí decorre que, se esse ato causa algum dano a outrem, é certo que seja obrigado a repará-lo aquele que, por culpa sua, o tenha ocasionado".

A medida da indenização é a extensão dos danos.

A culpa, ainda que levíssima, obriga a indenizar (in lege Aquilia et levissima culpa venit).

Tratando-se da vida humana, não há lugar para culpas "pequenas".

Alguns principios gerais para a avaliação da culpa médica são sugeridos pela Prof^a TERESA ANCONA LOPEZ MAGALHAES⁴⁴:

1º Quando se tratar de lesão que teve origem em diagnóstico errado, só será imputada responsabilidade ao médico que tiver cometido erro grosseiro.

2º O clinico geral deve ser tratado com maior benevolência que o especialista.

3º a questão do consentimento do paciente em cirurgia onde há risco de mutilação e de vida é essencial. AGUIAR DIAS cita caso de paciente que se recusou terminantemente a permitir que fosse amputada a sua perna esmagada em acidente, sobrevivendo-lhe a morte em decorrência de gangrena gasosa. Os médicos que propuseram a operação não poderia ter agido de outro modo, dada a comprovada lucidez do paciente ao rejeitar a intervenção cirúrgica.

WANDERBY LACERDA PANASCO⁴⁵ assevera que, na atividade médica, torna-se essencial o consentimento e, por isso mesmo, inarredável. Entretanto, se houver iminente perigo de vida, o profissional pode intervir sem o seu amparo, numa justificativa supra-legal.

Evidentemente, no abortamento, p. ex., não decorre efeito nenhum do consentimento da gestante - apenas se excluindo a antijuridicidade nos casos previstos em lei, de aborto terapêutico ou honoris causa.

4º O mesmo consentimento se exige no caso de tratamento que deixe seqüelas, como a radioterapia, p.ex. E age com culpa grave o médico que submete o cliente a tratamento perigoso, sem antes certificar-se da imperiosidade de seu uso.

5º Dever-se-á observar se o médico não praticou cirurgia desnecessária.

6º Não se deve olvidar que o médico pode até mesmo mutilar o paciente, se um bem superior - a própria vida do cliente - o exigir (SAVATIER).

7º Outro dado importante é que o médico sempre trabalha com uma margem de risco, inerente ao seu ofício, circunstancia que deverá ser preliminarmente avaliada.

8º No caso de cirurgia plástica estética ou cosmetológica, que constitui, como visto, obrigação de resultado, a responsabilidade por dano deverá ser apreciada com muito maior rigor.

Apesar de cada caso de culpa médica ser singular, esses princípios gerais são plenamente observáveis.

Não é preciso que a culpa do médico seja grave: basta que seja certa.

CHIRONI⁴⁶ aborda a dificuldade na mensuração da culpa médica, comentando algumas situações concretas, como a escolha, pelo profissional, dentre duas técnicas cirúrgicas costumeiramente adotadas, sobrevivendo dano.

Mister lembrar-se a lição de YUSSEF SAID CHALI⁴⁷, afirmando que o grau da culpa (em sentido lato) interfere na determinação an debeaturada responsabilidade ou de seu agravamento. Para o ilustre Magistrado e Professor paulista, "o Direito Privado brasileiro não se mostra insensível à perquirição da qualidade da conduta do agente (elemento subjetivo do ato), não só na sua determinação de sua responsabilidade civil, como também para seu agravamento em função da gravidade da infração incurso".

Além da caracterização do agir cuiposos do profissional médico, conducente à obrigação indenizatória, a gradação da culpa interferirá na apuração do quantum indenizável.

Ainda quanto à verificação da existência da culpa, comenta o Prof. uruguaio JORGE PEIRANO FACIO⁴⁸: "Dentro do conceito de culpa que nos parece mais acertado, sua prova não oferece dificuldades consideráveis e deve concorrer juntamente com a prova dos outros elementos do delito ou quase-delito. Sem embargo, tem-se manifestado nos últimos tempos uma corrente, especialmente arraigada na jurisprudência argentina, segunda a qual a prova da culpa, indispensável à determinação da autoria moral de um evento danoso, estaria submetida a normas muito especiais: bastaria provar a relação de causalidade material entre o ato do agente e o dano, para presumir automaticamente a culpa com a qual o ofensor atuou".

Referido Autor, entretanto, repele tal construção jurisprudencial, afirmando: "La argumentación que se formula en favor de esta tesis no es sin embargo convincente: las presunciones, como es sabido, son siempre de interpretación estricta, y aqui no

sólo bs textos legales no dan pie a que se llegue a ellas por via de una interpretación extensiva de los mismos, sino que, propriamente están excluyendo la procedencia de una tal interpretación....En conclusión, debe admitirse que la prueba de la culpa sigue el régimen común de prueba de los demás elementos de la responsabilidad extracontractual: la carga de la misma corresponde al damnificado que invoca em su favor el surgimento de la obligación de reparar”.

5.5 Liquidação do ano

No caso de erro profissional em que resultar a morte do paciente, a indenização consistirá nas despesas de tratamento que tenha tido o falecido, seu funeral, luto da família, assim como nos alimentos a quem a vítima os devia. Aplicam-se as disposições dos arts. 1537 do CC e 602 do CPC

No caso de ferimento ou outra lesão à saúde, o culpado indenizará o ofendido nas despesas de tratamento e lucros cessantes, até o fim da convalescença (art. 1538 do CC), atualizando monetariamente o débito (Súmula 562 do STF).

Se o tratamento médico resultar aleijão ou deformidade permanente, a soma indenizatória deverá ser duplicada (art. 1539, § 12, do CC).

Resultando do tratamento inabilitação para o trabalho ou diminuição da capacidade laborativa, além das despesas de tratamento e lucros cessantes, inclui o art. 1539 do CC numa pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

O objetivo precípua do ressarcimento deve ser a mais completa reparação, incluindo-se ai os danos morais advindos da culpa ou do erro médico.

O Prof. JOÃO CASILLO, em sua obra *Dano à Pessoa e Sua Indenização*⁴⁹ (a um só tempo erudita e utilíssima), adverte que existe sempre um grau de dificuldade ao se enfrentar o problema da fixação do valor que realmente compense a lesão sofrida pela vítima.

Adiante, o Prof. CASILLO detalha as indenizações devidas.

Em caso de morte, as despesas com o tratamento da vítima devem abranger tudo que seja necessário para salvá-la.

Não há limites quanto se trata de preservar uma vida: todos os recursos da ciência devem ser acionados.

Nestas despesas estão incluídos gastos com transporte, remédios, hospitais, médicos, enfermeiros, viagens, exames de laboratório, aparelhos - tudo que seja necessário. Quanto aos gastos com o funeral, deve-se fixar um limite, tendo-se em vista a situação social da vítima.

O luto da família, a que alude o já referido an 1537 do CC, não é apenas o pretium doloris: refere-se à ausência do ente querido, aos danos decorrentes da privação do convívio do desaparecido, no seio familiar. A mensuração é difícil e coloca-se ante o orudente arbitrio do julgador.

Quanto à fixação dos alimentos, o Autor, realizando interessante inventário jurisprudencial, traça as diretrizes para a sua fixação:

- a) Partindo da constatação de que o chefe de família consome, consigo, em média, 1/3 de seus ganhos, para aqueles que vivem sob sua dependência afixação da indenização a ser paga mensalmente na forma de pensão tem sido de 2/3 das rendas. Há decisões que falam em 70%, mas a diferença entre um indicador e outro é muito pequena. Os rendimentos são, para efeito de cálculo, aqueles da data do evento.
- b) Para os assalariados, admite-se, a inclusão de parcela proporcional correspondente

ao que seria pago a título de 13º salário, uma vez que este pagamento é obrigatório sempre integrado aos vencimentos, independentemente de pedido. A forma mais indicada de pagamento dessa importância é, sem dúvida, dividi-la em 12 parcelas, acrescentando, proporcionalmente, em cada mês. Esta solução é mais prática, evitando um cálculo especial nos períodos de pagamento normal do 13º salário, bem como o desembolso maior para o devedor, de uma só vez.

"c) Sendo as prestações pagas no decorrer do tempo, são atualizáveis. Esta atualização, hoje questão pacífica, entretanto, com o advento da Lei 6205/75, que instituiu o valor de referência, criou certa divisão nas decisões dos tribunais."

"d) Já foi objeto de comentários a possibilidade ou não das importâncias recebidas a título de pensões e montepios serem compensadas com as verbas indenizatórias. A jurisprudência tem insistido que não, com alguns doutrinadores.

"Permanece a posição exposta.

"f) Se o pedido de indenização feito pelo cônjuge e filhos foi acolhido, vindo um desses beneficiários a perder o direito ao recebimento de sua parte (por morte, v.g.), aos demais remanescentes acresceria aquela parcela? A jurisprudência tem entendido que sim, e parece que corretamente. Quando as decisões têm fixado o montante em 2/3, assim o fazem por um raciocínio de exclusão. Entendem que o chefe da família despense consigo 1/3, entregando aos demais dependentes os outros 2/3. Não tem entrado em cogitações o número desses dependentes. Assim, se, p. ex., a vítima tivesse esposa e quatro filhos, os 2/3 de seus rendimentos provavelmente seriam destinados a estes dependentes, como o seriam também, se tivesse esposa e dois filhos. O valor da indenização, em princípio, não se altera com o número dos dependentes. O que se tem é rendimento global, cuja fonte é a vítima, presumindo-se que ela mesma absorve 1/3 desta renda. Vindo a faltar, outra fonte deve tomar o seu lugar, diminuindo tão-somente a parte que lhe cabia. O restante será em benefício dos demais.

"9) Outro tema bastante polêmico, vinculado à indenização em caso de homicídio, é o concernente à admissibilidade ou não de serem pleiteados lucros cessantes. Há autores, como é o caso de WASHINGTON DE BARROS MONTEIRO, que se manifestam frontalmente contrários.... Suficientemente provadas estas hipóteses, nada obstará o atendimento do pedido, pois a lei prevê não só a indenização do dano emergente, mas também do lucro cessante, e não haveria razão lógica para, a priori, afastar-se essa possibilidade.

"h) Sendo a indenização paga em prestações periódicas, necessário fixar-se até quando irão estas prestações. Há que se procurar um limite no tempo para saber-se qual a duração da obrigação de indenizar.

Como já foi visto anteriormente, a jurisprudência vem-se inclinando, como regra, para fixar o limite média de vida do brasileiro aos 65 anos. Em princípio, até esta idade a vítima continuará a viver, em condições de suprir as necessidades de seus dependentes. Entretanto, este raciocínio muito simples não pode atender às várias situações peculiares.

"Assim, em relação ao cônjuge sobrevivente, já se decidiu que o direito à indenização deve existir, até que venha a falecer ou contrair novas núpcias.

"Se os pensionados forem filhos (homens), até que estes completem 21 anos, não sendo de se excluir a possibilidade de o pedido ser atendido até que completem um curso universitário, quando então realmente estariam aptos a desenvolver suas

atividades, mesmo porque é comum os pais prestarem assistência aos filhos, até que estes completem o curso superior. Estas possibilidades várias serão levadas em conta pelo juiz ao decidir que, de acordo com a prova constante nos autos, verá se a tendência natural, se o pai se mantivesse vivo, seria de iniciar o filho suas atividades profissionais aos 21 anos ou completar um curso universitário. Prevalecerá, como em tantos aspectos, o arbítrio do juiz.

"Tratando-se de filhas, também há decisões que levam o ofensor a indenizar até que contraiam matrimônio.

"Se quem recebia alimentos era a mãe, prestados por filho que veio a falecer, o causador do dano fica obrigado a indenizar até a idade provável do filho, de 65 anos."

Neste aspecto, vale acrescentar às considerações do Prof. CASILLO, que, tratando-se de filho solteiro, que exercia atividade remunerada, algumas decisões têm determinado a redução da pensão, na data em que a vítima viria a completar 25 anos - data provável em que contrairia matrimônio.

No tocante à reparação por danos físicos, de que trata o art. 1 538 do CC, a reparação terá em vista todos os gastos feitos pela vítima com o tratamento necessário para se refazer das lesões sofridas.

O profissional médico que, culposamente, infligir tais ofensas à saúde do paciente, será compelido, também, a indenizar o que o ofendido, em razão do mal padecido, deixou de lucrar. A indenização pelos lucros cessantes - dilucida ARNALDO RIZZARDO - perdura até que o ofensor obtenha alta do tratamento a que se submeteu, ou até ficar em condições de retornar ao trabalho normal.

Se houver redução da capacidade laborativa, o art. 1539 do CC impõe, além das despesas de tratamento e lucros cessantes, o pagamento de uma pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

O lesado há que comprovar seus rendimentos, para se chegar a uma outra avaliação.

5.6 O sigilo profissional

O Código de Ética Médica (Lei 3269, de 30.9.57), em seu art. 34, estabelece: "O médico está obrigado, pela ética e pela lei, a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional".

O art. 154 do CP, comina pena de detenção de três meses a um ano, ou multa, a quem violar segredo profissional.

A violação do segredo médico ofende a um dos direitos da personalidade, o direito à intimidade.

Configurar-se-á o dever de indenizar quando, tendo havido um dano decorrente da revelação desse segredo, o profissional tiver agido em culpa, provocando-se o nexo de causalidade.

Na esfera civil, não se tem notícia de julgado apreciando esse aspecto da responsabilidade médica.

O assunto, entretanto, convida-nos à reflexão.

Significativa é a passagem do 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".

O Prof. GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, em sua obra tantas vezes citada ao longo desta monografia, aponta os elementos indispensáveis à caracterização do delito de quebra de sigilo - que, por sua vez, conduziria à reparação: "1) existência de um

segredo; 2) conhecê-lo em razão da função, ofício, ministério ou profissão ; 3) possibilidade de dano a outrem; 4) ausência de justa causa; 5) dolo".

O crime é sempre punido com dolo. Se culposa a revelação - sobrevivendo dano passível a indenização.

Dilucida o referido Autor que, quanto ao segredo profissional médico, existem três correntes doutrinárias:

"1. Escola Absolutista: aquela que impõe um sigilo absoluto, em todos os casos, em qualquer situação, mesmo que, à sombra desse sigilo, a inocência seja perseguida ou o crime protegido.

"PAUL BROUARDEL, que foi talvez o mais intransigente defensor dessa teoria, afirmava: "É um dever imperioso. Se um médico se encontra diante de um criminoso que venha a pedir seus cuidados, qualquer que seja sua emoção, sua indignação, deve lembrar que a legislação quer que o homem, por indigno que seja, possa receber cuidados com toda a segurança, ainda que o silêncio comprometa os interesses da Justiça. O médico não deve ver neste homem senão um enfermo e, por conseguinte, não pode converter-se em seu denunciante. A obrigação do segredo não é facultativa, é absoluta".

"FRANCISCO DE CASTRO, em discursos (Rio, 1902), proclamava: "Esse segredo ou há de ser formal e absoluto, ou, se não o for, não passará de um embuste grosseiro, de uma arlequiana indecorosa, de uma farsa infamante de um homem de bem".

"BALZARD, sobre o segredo, concluiu que "seria desejável que a legislação fizesse distinção nítida entre a revelação do sigilo, feita no propósito de prejudicar os doentes, e o testemunho de justiça, cuja oportunidade seria deixada à consciência do médico. O doente poderia sempre desligar o médico de seu segredo; o médico, por seu turno, evitaria pronunciar-se de modo a prejudicar o cliente". GRENET afirmava: "Seria perigoso entrar no caminho das atenuações".

"Portanto, o segredo médico, defendido em termos absolutos, tem o mesmo conceito da confissão, que o Direito Canônico consagrou e prescreveu com o máximo rigor, nas palavras de Santo Agostinho: "O que sei por confissão, sei-o menos do que aquilo que nunca soube".

"Porém, o segredo absoluto seria uma solução prática e demasiadamente simplista para os interesses sociais, onde estão em jogo os direitos de uma comunidade. Os médicos, como profissionais, têm deveres e obrigações que os colocam acima das transigências individuais, pois sua ciência e sua arte assumem, dia-a-dia, um caráter público.

"Silenciar quando um inocente é condenado - quando o médico poderia estabelecer a verdade, é um contra-senso, um absurdo, uma cumplicidade.

"2. Escola Abolicionista: que tem como defensores intransigentes CHARLES VALENTINO e GEORGE JACOMET, onde o primeiro tem o segredo como farsa entre o doente e o médico, estranhando que a lei proteja o interesse de uma pessoa em prejuízo dos interesses da coletividade.

"Esta estranha e inconcebível corrente tem poucos adeptos.

"3. Escola Intermediária: que anda entre uma e outra doutrina, aceitando o sigilo médico relativo, fundamentando-se em razões jurídicas, éticas, morais e sociais.

"Se uma das finalidades da Justiça é estabelecer a verdade, o silêncio pode ser considerado cumplicidade e um obstáculo à ação da lei.

"O certo é que o segredo médico absoluto inexistente em nossos dias. Os boletins

médicos fornecidos à imprensa sobre diagnósticos e principalmente sobre as condições de pessoas de certa projeção, ou sobre cirurgias de publicidade exagerada, vêm transformando o segredo médico em letra morta, onde se deixa o paciente em plano secundário, procurando-se destacar uma técnica e uma habilidade como manobras heróicas e salvadoras de determinadas situações.

"O caráter de inviolabilidade e sacralidade surge, nos tempos atuais, como contraditório em várias ocasiões do exercício profissional. Essa sacralização do segredo, essa assimilação da relação médico-paciente ao sacramento da confissão, essa situação do silêncio do médico como virtude transcendente, o fato de a violação do segredo ser tida ao nível de pecado, são coisas que não podem jamais ser admitidas, nem mesmo pelos teólogos católicos. O segredo é de ordem natural e racional; a confissão é de ordem sacramental e transcendente.

"No entanto, é sempre necessário repetir que a quebra do sigilo médico só pode acontecer em situações muito especiais do exercício da medicina, ou quando a lei diz que um interesse superior exige tal violação."

A seguir, são elencadas as situações nas quais o segredo desaparece, em face das exigências legais ou aos interesses coletivos: "1) quando se tratar de uma declaração de nascimento; 2) quando for para evitar um casamento, no caso de certas enfermidades que possam pôr em risco a saúde de um dos cônjuges ou da prole; 3) nos atestados de óbitos; 4) na declaração de doenças infecto-contagiosas; 5) quando se tratar de fato delituoso previsto em lei; 6) nas sevícias de menores, e quando se tratar de lesões ou enfermidades que exijam cuidados por parte da família e que envolvam terceiros; 7) nas perícias médico-legais; 8) nos abortos criminosos; 9) nas cobranças judiciais de honorários médicos; 10) nos registros de livros hospitalares." Como já ficou assentado, não encontramos, na jurisprudência, nenhum aresto ferindo conseqüências patrimoniais - na esfera do dano moral - pela revelação de segredo médico.

Em matéria penal, entretanto, já assentou a Excelsa Corte que "é constrangimento ilegal exigir-se de clínicas ou hospitais a revelação de suas anotações sigilosas" (RTJ 24/466); "o sigilo médico, embora não tenha caráter absoluto, deve ser tratado com a maior delicadeza, só podendo ser quebrado em hipóteses muito especiais; tratando-se de investigação de crime, sua revelação deve ser feita em termos, ressaltando-se os interesses do cliente, pois o médico não pode se transformar em delator de seu paciente" (RTJ 101/676).

Síntese feliz é encontrada em aresto do TJSP: "O que a lei proíbe é a revelação ilegal, a que tenha por móvel a simples leviandade, a jactância, a maldade" (RT 51 5/317).

5.7 Ligeiras observações jurisprudenciais

a) TJPR: "Para que se configure a culpa aquiliana necessária se faz a presença do nexo causal entre o comportamento do agente e o dano, cuja relação estabelece vínculo de responsabilidade, que desaparece se a vítima é causa única do evento" (in Paraná Judiciário 1/94).

A vítima suicidou-se, atirando-se do 69 andar do Hospital Evangélico, de Londrina. Acionou-se o estabelecimento hospitalar, na busca de indenização, negada pelo julgador monocrático. Houve voto vencido, imputado ao hospital o dever de vigilância (culpa in vigilando). O paciente havia sido internado em decorrência de traumatismo craniano (golpes de machado). Atendido, a princípio, na Unidade de Terapia Intensiva, seu estado evoluiu satisfatoriamente - e o aresto admitiu que nada poderia fazer

previsível sua atitude extrema, afastando a obrigação de indenizar.

"É indubitavelmente negligente o médico que, após realizar uma episiotomia em parturiente, não dá a maior atenção às suas queixas posteriores, deixando de proceder a um exame mais detalhado, muito embora o quadro anormal, permitindo a formação de um abscesso de graves proporções, com perfuração do reto, que exigiu cirurgia de emergência, no dia imediatamente após a última consulta com o profissional, sem que qualquer providência mais atuante fosse tomada - Em casos tais, a responsabilidade médica reside em sua omissão, resultando conseqüências perfeitamente previsíveis, acarretando a obrigação do escúlapio em reparar os prejuízo - Recurso desprovido" (in Paraná Judiciário 1 8/46).

O médico obstetra realizou uma episiotomia,, consiste no corte com tesoura de pontas rombas na borda lateral da vagina, para facilitar o nascimento. findo o parto, procedeu a uma episiorrafia, ou seja, à sutura da incisão. Posteriormente ao parto, a paciente queixou-se ao médico de dores intensas. Este lhe disse que aquelas reclamações eram "manha" da paciente. Ocorre que havia se formado um fistula retal, com inflamação e outras complicações. Um outro médico, em caráter de emergência, teve que submetê-la a nova cirurgia, para sanar o mal. Restou comprovada a negligência do réu.

"Ainda que admita a natureza contratual do serviço médico, não se pode presumir a culpa do profissional, por envolver obrigação de meio e não de resultado. Sem prova dessa culpa, improcede ação de indenização" (in Paraná Judiciário 19/179).

b) TJSP: "Responsabilidade civil - Cirurgia de varizes - Defeito físico em decorrência - Inexistência de culpa do médico operador - Ação de indenização improcedente - Apelação provida - Voto vencido. Improcede ação de indenização contra médico, com fundamento em defeito físico decorrente de operação, se não ficar demonstrada culpa do cirurgião" (in RT 545/73).

Referimo-nos a este aresto no decorrer deste trabalho. O voto vencido, do Des. JOÃO DEL NERO, mantendo a decisão do juízo singular, assentou que a lesão foi decorrente da cirurgia. Portanto, não obstante os reconhecidos méritos do cirurgião, sua negligência ou imperícia seccionou o nervo, causando o "pé caído".

"Indenização - Responsabilidade civil - Ato ilícito - Negligência médico-hospitalar Inocorrência - Profissional que se utiliza de todos os meios adequados - Responsabilidade subjetiva deste que depende de prova de culpa - Contrato de meio e não de resultado Ação improcedente - Recurso não provido" (in RJTJSP - Lex 112/201).

Trata-se de um caso de gestante, no 8º mês de gravidez, cuja bolsa se rompeu. Atendida no hospital réu, veio a falecer, por septicemia. A C. Câmara entendeu não ter havido culpa, quer do médico, quer do hospital.

"Indenização - Responsabilidade civil - Hospital - Ato de preposto - Ocorrência Responsabilidade do preponente caracterizada em face do nexo causal - Verba devida Recurso não provido..." (in RJTJSP - Lex 114/156).

O autor vítima foi internado em hospital para tratamento de pneumonia e acabou tendo o braço direito amputado em razão de erro na aplicação de injeção de "Penicilina Cristalina", pelo médico e uma atendente, prepostos do nosocômio. A sentença condenou o hospital a pagar ao autor indenização por lucros cessantes, apurável em liquidação, mais despesas de tratamento, reabilitação e colocação de prótese, bem como a indenização pelos danos psicológicos estimados em um ano de rendimentos

e mais uma pensão vitalícia a ser paga até os 65 anos de idade e daí em diante em 80%.

c) TJRS: "Responsabilidade civil - Médicos - A responsabilidade civil dos médicos somente decorre de culpa provada, constituindo especial particular de culpa - Ação improcedente - Sentença confirmada - Apelo improvido" (in RJTJRS 129/274).

"Embargos infringentes - Responsabilidade médica - Cirurgia plástica - Resultado ótimo não alcançado - Caráter aleatório de sua definição - Inexistência de infração ao art. 1545 do CC ou erro grosseiro - Embargos rejeitados" (in RJTJRS 121/144).

Neste caso, o paciente submeteu-se a uma rinoplastia, objetivando corrigir defeito congênito. Por insatisfeito com o resultado, submeteu-se a uma segunda cirurgia plástica. Por ainda não satisfeito, pretendeu fosse realizada uma terceira, com o que não concordou o cirurgião. Daí a ação indenizatória, por inadimplemento contratual, julgada improcedente em 1ª instância. Pelas fotografias, o Órgão julgador considerou o resultado bom, negando provimento ao recurso.

"Responsabilidade civil - Responsabilidade do anestesista, diante do evento morte, por ter-se ausentado, por duas vezes da sala cirúrgica e por ter alegado estar praticando anestésias em operações simultâneas - O ato puro da ausência breve da sala, por si só, conquanto possa retratar negligência no lato sensu, sem a relação de causa e efeito entre o ato comissivo e o resultado letal, não configura a responsabilidade civil, desde que esta não pode prescindir da etiologia entre o fato e o dano - Em palavras outras, a ausência no seu estado restrito não causaria a morte, se não sobreviesse, no interregno, causa outra influente capaz de deflagrar, por si só, o resultado, quando desatendida, por ali não se encontrar o anesthesiologista - Simultaneidade de realização de cirurgias não provada no alcance da prova - Modalidades outras de culpa bem respondidas pela sentença - Prova insuficiente, por sua qualificação e hierarquia, muito embora respaldada por rumores, indícios e aluviais inferências bem erigidas, mas inviáveis, para uma condenação e reconhecimento de responsabilidade - Honorários de peritos, devidos e bem fixados Provimento denegado" (RJTJRS 128/361).

A filha dos autores, Grasiela, menor, fraturou o fêmur e foi submetida a intervenção cirúrgica para a redução da fratura. Após concluído ato cirúrgico, foi acometida de parada cardiorrespiratória, entrou em coma profunda e veio a falecer. O anesthesiologista ausentou-se por duas vezes da sala de cirurgia. Pelos fundamentos sintetizados na ementa, entenderam os julgadores não ter havido relação de causalidade entre as alegadas ausências e a morte da paciente.

Este julgado demonstra claramente a severidade dos juízes na aferição da culpa, a que nos referimos na introdução desta monografia.

Os próprios médicos, de forma bastante clara, comparam a anestesia ao leite posto a ferver: basta um instante de desatenção e o líquido derrama. Não há dúvidas que, durante a cirurgia, é obrigação inarredável do anesthesiologista permanecer na sala, até terminar por completo o ato cirúrgico.

Pelo que se depreende do v. acórdão, os "rumores, indícios e aluviais inferências", em tema de responsabilidade civil médica, poder-se-iam resolver em favor dos autores.

d) TJRJ: "Responsabilidade civil de médico - Cirurgia reparadora mal-sucedida Indenização. Responsabilidade civil - Médico - Cirurgia reparadora de mamas. Tanto faz tratar-se de obrigação de meio ou obrigação de resultado; se a . mamas da paciente continuam precisando de reparos, é porque foram mal reparadas. Daí, responder o

cirurgião por perdas e danos, diante de sua responsabilidade contratual, embora limitada (art. 1056 do CC). (IOB 3/1445).

6. SUGESTÕES DE LEGE FERENDA

Os doutrinadores nacionais muito têm criticado a disciplina legal que regula a responsabilidade civil.

Como já ficou assentado, nosso Código Civil, no início do século, não atende à diversidade de riscos e situações verificáveis nos dias que correm, no tocante à reparação de danos.

ANTÔNIO CHAVES⁵⁰ elogia o Projeto do Código de Obrigações de 1965, que reunia, sob o título "Responsabilidade Civil", dois capítulos: o primeiro "Reparação do Dano Causado", subdividia-se em quatro seções; o segundo, "Liquidação das Obrigações", abrangia 10 artigos.

O Projeto de Código Civil ora em tramitação no Congresso Nacional, aos olhos do ilustre Professor paulista, parece pouco inovador.

Afigura-se-nos de boa técnica a inserção, nas disposições referentes à responsabilidade civil - de lege ferenda - de artigos contemplando especificamente a responsabilidade do profissional médico - ao contrário da redação conjunta do art. 1545 do CC atual.

Impende ressaltar, ainda, que há dois projetos de lei no Congresso Nacional, versando sobre o seguro de responsabilidade civil do médico.

O primeiro, de autoria do Sen. NÉLSON CARNEIRO, propõe um seguro obrigatório aos estabelecimentos onde sejam praticadas cirurgias com anestesia geral. A indenização seria limitada a 100 vezes o maior salário mínimo vigente no País, cobrindo morte ou invalidez permanente do paciente, em consequência de qualquer acidente ou defeito de aparelhagem.

Com essa proposição, o combativo parlamentar pretende afastar a discussão sobre a culpa, já que o erro seria debitável à máquina.

Criticas têm sido feitas a esse projeto. A principal delas observa que não se contempla, nele, os danos decorrentes do tratamento clínico ou de atos cirúrgicos com anestesia local.

De qualquer modo, trata-se de uma primeira iniciativa, e a discussão ainda carece de maior aprofundamento.⁵

Argumenta-se, mais, que ao redor de 80% dos atos cirúrgicos se realizam em clínicas e hospitais da Previdência Social. Assim, como se efetuará o pagamento da indenização?

Outro projeto, do Dep. NÉLSON DO CARMO, visa a acrescentar uma alínea no art. 20 do Dec.-lei 73, de 21.1.1966 (que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados), tornando obrigatório o seguro contra erros médicos e infecções hospitalares. Na justificativa, elucida o parlamentar que pretende tornar mais rápido o pagamento da indenização, dada a morosidade da esfera judiciária.

Quem contrataria o seguro seria o próprio paciente - e apenas quem dispusesse de boa situação econômico-financeira poderia pagar um prêmio elevado, para obter uma boa cobertura.

Também as seguradoras, quando se tratasse de intervenção cirúrgica de alto risco ou sombrio prognóstico, recusar-se-iam a contratar tal seguro.

Ademais, para a definição do erro médico, indispensável seria o pronunciamento Judiciário.

O projeto, como se vê, na prática é inexecutável.⁵²

7. CONCLUSÕES

7.1. A apuração da culpa médica não deve se ater a um rigorismo absoluto de premissas científicas.

O juiz, na apreciação da prova, deverá considerar o dano, estabelecer o nexo causal e avaliar as circunstâncias do ato médico sem tergiversações.

Prova cabal, irrefutável, insuscetível de questionamento por peritos médicos, é de difícil obtenção, nessa matéria.

Por isso, sendo os indícios convincentes, há mister julgar-se procedente a pretensão indenizatória.

Nem se adotar a teoria do risco, a culpa objetiva, presumida, nem se exigir prova absolutamente inquestionável.

Sopesando-se as condições anteriores do paciente, a conduta médica e a consequência danosa, estabelecer-se-á a culpa.

O julgador deve, nestes casos, abandonar o excessivo formalismo probatório e se deixar guiar por maior percentual de senso comum.

Em síntese deverá - se for o caso - sobrepor-se aos laudos periciais, escoimando-os do ranço corporativista e decidir, até, contra eles.

7.2 Existem princípios elencados neste trabalho, de aplicação geral à análise da culpa médica, outros há que interferem no julgamento.

Em caso cirúrgico emergencial, sob condições diversas, p.ex., não se poderá exigir a diligência usual do cirurgião, que estará operando em situação anormal.

Reproduz-se tal situação em casos de grandes acidentes ou catástrofes, com elevados números de vítimas.

7.3 O médico pode ser imperito.

Conquanto legalmente habilitado ao exercício da profissão, no agir médico poder-se-á identificar culpa *stricto sensu*, na modalidade de imperícia.

O diploma de Doutor em Medicina não representará prova definitiva e irrefragável de perícia eterna do esculápio.

Constatada a atecnia profissional, ainda que eventual, caracteriza-se a culpa, conducente ao dever de indenizar.

7.4 A liquidação do dano médico está a merecer maior aprofundamento na doutrina nacional.

A jurisprudência da liquidação do dano médico, noutros países, como a França, evoluiu consideravelmente.

Entre nós, notadamente as questões referentes ao dano moral, no erro médico, não que ser sedimentadas.

Nossos Tribunais e Juízes ainda vacilam nesse debate, que se torna apriorístico.

Isto porque a natureza pessoal desses danos, variando de indivíduo a indivíduo, impõe análise percutiente, caso a caso, da extensão da indenização devida.

Essa dificuldades foi bem captada pelo advogado e Prof. VALMIR GRACIANO⁵³, que se valeu das palavras de NERUDA, definindo a poesia como "constituída de matéria dinâmica, corrente como as águas de uma cascata, mutável em face de

cada situação".

De qualquer modo, a matéria exige maior detalhamento por parte de nossos doutrinadores e tribunais.

7.5 Os autores são unânimes na recomendação de um seguro de responsabilidade civil por dano a terceiro, que daria cobertura à atividade do profissional médico e garantiria a indenização do lesado. Urge sua adoção, no Brasil.

De um lado, estão as seguradoras, sequiosas por popularizar-se esse ramo de seguro, praticamente não utilizado, no Brasil.

Doutro, os médicos, resistindo às investidas e objetando que o custo dessa cobertura oneraria ainda mais o exercício da profissão.

Alheios ao debate, encontram-se as vítimas, que raras vezes buscam fazer prevalecer seu direito.

Não vislumbrados, porém, outra alternativa: médicos e hospitais deveriam firmar contratos de seguro de responsabilidade civil profissional, de modo a proporcionar aos pacientes indenização satisfatória e rápida, em caso de dano médico.

A objeção anteriormente vista, de que o Judiciário continuaria sendo chamado a intervir, para caracterizar o erro médico e evitar conluio entre paciente e médico, para lesar a seguradora, não colhe êxito: ainda assim o seguro constituiria medida assecuratória ao paciente, vítima da falha médica, de se ver ressarcido.

O pagamento do Prêmio, por óbvio, também contrariando o pensamento de alguns autores médicos, seria incumbência do profissional.

É isso que ocorre noutros países, nos quais a responsabilidade civil é efetiva, concreta.

7.6 Deve-se facilitar o acesso à Justiça aos lesados, para que se torne efetiva a responsabilidade civil do causador do dano médico.

A problemática crucial de acesso à Justiça se faz sentir a todo instante.

Ai estão os Juizados Especiais de Pequenas Causas, erigidos em alternativa para uma prestação jurisdicional pronta e eficaz.

Torna-se óbvio que os pleitos indenizatórios ora enfocados, pela sua própria natureza, não teriam nesses Juizados foro apropriado, dada a complexibilidade das questões que envolve.

A referência, entretanto, é feita no afã de se estabelecer o debate em torno da instituição de uma Curadoria (ou Defensoria) específica para o trato dessas questões, de modo a possibilitar à população carente pronta reparação.

Argumentam alguns médicos que, hoje, a quase totalidade dos pacientes recorre à Assistência Médica da Previdência Social. Assim, recebendo uma remuneração ínfima pelo atendimento, os profissionais da área, sobrevivendo culpa, sujeitam-se ao pagamento de uma indenização que muitas vezes compromete seriamente suas economias, em flagrante contraste com os poucos ganhos previdenciários.

A objeção é insustentável.

Primeiro, porque os médicos atendem pela previdência por assim o desejaram, o Estado não impõe coercitivamente essa vinculação; segundo, porque o zelo profissional deve ser rigorosamente o mesmo, quer se trate de um milionário ou de um mendigo; terceiro, porque a Justiça interessará a situação consumada e, de qualquer modo, a indenização se aterá à situação econômica da vítima - se pobre, proporcionalmente menor será a indenização.

O judiciário não pode quedar-se inercial diante desse estado de coisas.

7.7 O dever de sigilo imposto ao médico não é absoluto.

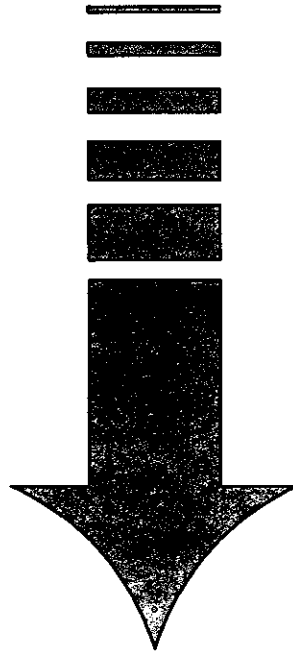
Em alguns casos, admite-se que o médico viole o dever de sigilo.

Assim, como no caso de comunicação de doença infecto-contagiosa, não estará o médico violando o direito à intimidade do paciente, nem tampouco transgredindo os preceitos éticos ou penais; atenderá ao interesse maior da coletividade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLOISE, WALTER. A Responsabilidade Civil e o Dano Médico, Rio de Janeiro, Forense, 1987.
- BRIZ, JAIME SANTOS. La responsabilidad Civil, 3ª ed., Madri, Montecorvo, 1981.
- CAHALI, YUSSEF SAID. culpa Dano e Indenização, São Paulo, Ed. RT, 1980.
- CAPITANT, HENRI. Vocabulário Jurídico, Buenos Aires, Depalma, 1977.
- CARDOZO, BENJAMIN NATHAN. A Natureza do Processo e a Evolução do Direito, 3ª ed., Pono Alegre, Ajuris, 1978.
- CASILLO, JOÃO. Dano à Pessoa e sua Indenização, 1ª ed., São Paulo, RT, 1987.
- CHAMMARD E MONZEAU, GEORGES BOYER E PAUL. La Responsabilité Médicale, 1ª ed., Presses Universitaires de France, 1974.
- CHAVES, ANTÔNIO. Tratado de Direito Civil - Responsabilidade Civil, v. 3, São Paulo, Ed. RT, 1985.
- CHIRONI, G. P. La Colpa nel Dirino Civile Odierno, 2ª ed., Torino, Fratelli Bocca Ed., 1903.
- DE CUPIS, ADRIANO. Il Danno. Milan, Guiffrè, 1954.
- DIAS, JOSÉ DE AGUIAR. Da Responsabilidade Civil. 6ª ed., v. 1, Rio de Janeiro, Forense, 1979.
- FACIO, JORGE PEIRANO. Responsabilidade Extracontractual, 38 ed., Bogotá, ed. Temis Libreria, 1981.
- FRANÇA, GENIVAL VELLOSO de. Direito Médico. 2ª ed., Fundo Editorial Byk-Prociencx, São Paulo, 1978.
- GONÇALVES, CARLOS ROBERTO. Responsabilidade Civil. 3ª ed., São Paulo, Saraiva, 1986.
- GRACIANO, VALMIR. Responsabilidade Civil dos Médicos. Paranavai, Ed. do Autor, 1987.
- HOJDA, MATILDE J. Da Responsabilidade Civil e Penal dos Médicos. In Seleções Jurídicas ADV 4(55)/39 e 40.
- ITURRASPE, JORGE MOSSET. Responsabilidad Civil del Médico. Buenos Aires, Astrea, 1979.
- LIMA, ALVINO. Cuipe e Risco. 1ª ed., São Paulo, Ed. RT, 1963.
- LOPES, JOÃO BATISTA. "Perspectivas atuais da responsabilidade civil no Direito brasileiro", In RJTJSP-Lex 57/13.
- MAGALHÃES, TERESA ANCONA LOPES. Responsabilidade Civil dos Médicos. In Responsabilidade Civil - Doutrina e Jurisprudência, São Paulo, Saraiva, 1984.
- MAZEAUD, HENRY e LEÓN E TUNC, ANDRÉ. Traité Théorique et Pratique de la Responsabilité Civile Délictuelle et Contractuelle. 5ª ed., t. II, Paris, Montchrestien, 1958.
- MENDONÇA, LUIZ. "Erro médico". In Jornal do Commercio (ap. Bol. Inf. IRB, 11.7.83)
- MONTENEGRO, ANTÔNIO LINDBERGH C. Do Ressarcimento de Danos. Rio de Janeiro, Ambito Cultural Ed. 1984.
- OLIVEIRA, SÉRGIO RODRIGUES DE e PEIXOTO, IRANYR MARSICANO. "Da viabilidade de um seguro para cobertura de erro médico e infecção hospitalar". Cadernos de Seguros, Rio de Janeiro, FUNENSEG, ano III, n. 18.
- PANASCO, WANDERBY LACERDA. A Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos. 2ª ed., Rio de Janeiro, Forense, 1984.
- RODRIGUES, SILVIO. Direito Civil - Responsabilidade Civil. 9ª ed., v. 4, São Paulo, Saraiva, 1985.
- SAVATIER RENÉ. Traité de La Responsabilité Civile em Droit Français. 2ª ed., Paris, Librairie Générale, 1951.
- TORLONI, HILÁRIO. Estudo de Problemas Brasileiros. 1ª ed., São Paulo, Pioneira, 1987.
- NOTAS:
- 1 - HILÁRIO TORLONI, Estudo de Problemas Brasileiros, p. 212.
- 2 - Jornal Gazeta do Povo, Curitiba-PR, 01.07.89.

- 3 - WALTER BLOISE, A Responsabilidade Civil e o Dano Médico, p. 5.
- 4 - GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, Direito Médico, pp. 109 e ss.
- 5 - GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, ob. cit., pp. 114 e 115; aptud Nério Rojas, Medicina Legal, 7. ed., Buenos Aires, 1961.
- 6 - Instituto de Resseguros do Brasil, Revista do IRB 21 4/13, ano 37, outubro-dezembro/77.
- 7 - SÉRGIO RODRIGUES DE OLIVEIRA e IRANYR MARSICANO PEIXOTO, "Daviabilidade de um seguro paracobertura de erro médico e infecção hospitalar", Cadernos de Seguros 18/1 4, setembro-outubro/84.
- 8 - In RT 545/73. 9 - TERESA ANCONA LOPEZ MAGALHÃES, Responsabilidade Civil dos Médicos, ir YUSSEF SAID CAHALI, et alii, Responsabilidade Civil - Doutrina e Jurisprudência, pp. 309-331.
- 10 - BENJAMIN NATHAN CARDOZO, A natureza do Processo e a Evolução do Direito, pp. 134 e 135. 11 - GEORGES BOYER CHAMMARD e PAUL MONZEIN, La Responsabilité Médicate, p. 70.
- 12 - Apad GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, ob. cit., p. 114. 13 - SILVIO RODRIGUES, Direito Civil - Responsabilidade Civil, v. 4/5 e ss. 14 - CARLOS ROBERTO GONÇALVES, Responsabilidade Civil, pp. 20 e ss. 15 - ANTÔNIO LINDBERGH C. MONTENEGRO, Do Ressarcimento de Danos, p. 28. 16 - JAIME SANTOS BRIZ, La Responsabilidad Civil, p. 40. 17 - CARLOS ROBERTO GONÇALVES, ob. cit., p. 25. 18 - SILVIO RODRIGUES, ob. cit., p. 16. 19 - ADRIANO DE CUPIS, Il Danno, pp. 5 e 6. 20 - CARLOS ROBERTO GONÇALVES, ob. cit., p. 25. 21 - HENRI CAPITANT, Vocabulário Jurídico, p. 495. 22 - ALVINO LIMA, Cuipa e Risco, pp. 29 e 30. 23 - JOÃO BATISTA LOPES, "Perspectivas atuais da responsabilidade civil no Direito brasileiro", in RJTJSP-Lex 57/13-15. 24 - GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, ob. cit., pp. 8 e ss. 25 - ALVINO LIMA, ob. cit., pp. 20 e ss. 26 - WANDERBY LACERDA PANASCO, A Responsabilidade Civil, Penal e Etica doe Médicos, pp. 36 e ss.
- 27 - Idem, p. 37. 28 - JORGE MOSSET ITURRASPE, Responsabilidad Civil del Médico, pp. 65 e ss. 29 - RJTJSP-Lex 57/13-25. 30 - MATILDE J. HOJDA, "Da Responsabilidade civil e pen al dos médicos", in Sel eqões Juridicas-ADV 4(55)/39 e 40. 31 - ALVINO LIMA, ob. cit., pp. 29 e ss. 32 - JOSÉ DE AGUIAR DIAS, ob. cit., p. 9. 33 - TERESA ANCONA LOPES MAGALHÃES, ob. cit., pp. 309-331. 34 - MATILDE J. HOJDA, loc. cit., p. 40. 35 - Idem 36 - JOSÉ DE AGUIAR DIAS, ob. cit., pp. 281 e 282. 37 - JOSÉ DE AGUIAR DIAS, ob. cit., p. 283. 38 - GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, ob. cit., p. 112. 39 - GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, ob. cit., p. 126. 40 - RENÉ SAVATIER, Traité de La Responsabilité Civile en Droit Fran,cais, p. 398. 41 - VELLOSO DE FRANÇA, ob. cit., p. 137. 42 - JOSÉ DE AGUIAR DIAS, Da Responsabilidade Civil, v. 1/299.
- 43 - HENRY e LEVN MAZEAUD e ANDRÉ TUNC, Traité Théorique et Pratique de la Responsabilité Civile Delictuelle et Contractuelle, t. 11.
- 44 - TERESA ANCONA LOPES MAGALHÃES, ob. e loc. cits. 45 - WANDERBY LACERDA PANASCO, ob. cit., p. 97. 46 - G. P. CHIRONI, La Colpa nel Diritto Civile Odierno, pp. 120-122. 47 - YUSSEF SAID CAHALI, Dano e Indenização, p. 124. 48 - JORGE PEIRANO FACIO, Responsabilidade Extracontractual, pp. 348 e 349. 49 - JOÃO CASILLO, Dano à Pessoa e sua Indenização, p. 95. 50 - ANTÔNIO CHAVES, Tratado de Direito Civil - Responsabilidade Civil, v. 3/57-64. 51 - LUIZ MENDONÇA, "Erro Médico", in Jornal do Commercio (Ap. Bol. Inf. IRB, 11.07.83), p. 1.
- 52 - SÉRGIO RODRIGUES DE OLIVEIRA e IRANYR MARSICANO PEIXOTO, loc. cit., p. 14. 53 - VALMIR GRACIANO, Responsabilidade Civil ws Médicos, Paranavai, ed. do Autor, 1987.



SAIA DO ESCURO

LEIA

ARQUIVOS DO CONSELHO
REGIONAL DE MEDICINA DO
PARANÁ

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50), 1996

CRITÉRIO DE MORTE ENCEFÁLICA

CRM-PR APROVA

CARLOS EDUARDO S. SILVADO*
EHRENFRIED OTHMAR WITTIG **
PAULO ROBERTO CRUZ MARQUETTI ***

O progresso e o desenvolvimento dos métodos de Terapia Intensiva permitiram a manutenção das funções respiratórias e circulatórias em pacientes com lesão encefálica severa e irreversível. Na conceituação atual de morte encefálica, grande parte de tais pacientes estão mortos, porém a preservação dos batimentos cardíacos e da respiração invalida a utilização do critério clássico de determinação da morte pela cessação irreversível das funções cárdiorespiratórias. Tornou-se então necessário estabelecer um critério de morte que permitisse o diagnóstico precoce e absolutamente preciso desta situação, a morte encefálica. A expansão dos transportes de órgãos, ocorrida em nossos dias necessita também desta caracterização de morte, pois tais pacientes são doadores em potencial e, caso seja determinada a morte pelo critério clássico, a maioria dos órgãos já estará inviável para este fim.

Tendo em mente estes fatos, reuniu-se no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná um grupo de médicos que elaborou esta proposta de um critério de morte encefálica, baseando-se nos seguintes pontos:

- 1 - Análise crítica dos critérios, conceitos e métodos de determinação de morte encefálica e de tronco cerebral;
- 2 - Determinação de uma rotina de avaliação clínica e laboratorial, que possa ser repetida de modo idêntico e uniforme pelos vários médicos nos diferentes pacientes;
- 3 - Obrigatoriedade de um índice de certeza de 100%, que não permita nenhum resultado falso-positivo;
- 4 - Experiência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

O presente critério para determinação do estado de morte encefálica é aplicável para pacientes acima de 1 ano de idade e constituído por uma seqüência de 4 etapas. Para cada etapa, são definidos os requisitos mínimos necessários, sendo essencial que sejam satisfeitos todos os sub-ítem da 1ª etapa (Pré-requisitos) para que passem às etapas seguintes.

1ª ETAPA - Pré-requisitos - objetiva o diagnóstico de uma causa irreversível e responsável para o quadro atual, com exclusão das causas reversíveis.

- a - Coma não-reativo e apnéia por, no mínimo, 6 horas de atendimento médico;
- b - Presença de lesão encefálica definida, irrecuperável e responsável pelo quadro atual, confirmada por exames complementares apropriados.
- c - Ausência de causas reversíveis de coma, tais como: hipotermia abaixo de 34°C, intoxicação por drogas depressoras do Sistema Nervoso Central e distúrbio metabólico severo e atual.

2ª ETAPA - Exame Clínico e Teste de Apnéia - Objetiva determinação de ausência de função de tronco cerebral em todos os níveis.

* Trabalho apresentado a Comissão de Ética médica do Hospital de Clínicas de UFPR, e ao Conselho Regional de Medicina do Paraná. * Médico Neurologista, ** Médico Neurologista, *** Médico Cardiologista, Internista. Professores do Departamento de Clínica Médica, da UFPR. 1986.

a - Coma não-reativo à estimulação dolorosa intensa em face, tronco e membros, assim como as estimulações sonora e luminosa. Ausência de atitude de descerebração e decorticação, podendo estar presentes os reflexos espinhais.

b - Ausência de reflexos de tronco cerebral determinada clinicamente através de pesquisa destes reflexos:

Reflexo Pupilar - ausência de reação pupilar à estimulação por foco luminoso (lanterna) em ambiente escuro.

Reflexo Corneano - ausência de resposta à estimulação dolorosa corneana com uso de cotonete.

Reflexo Oculocefalógiro - ausência de desvio do olhar durante rotação da cabeça no sentido horizontal ou vertical (evitar em pacientes com suspeita de fratura de coluna cervical).

Reflexo de Tosse - ausência de reação à estimulação da traquéia por cateter inserido através da cânula.

Reflexo Vestibular - ausência de desvio dos olhos à estimulação timpânica com 60 ml de água gelada a 0-5°C (prévia determinação da permeabilidade do conduto auditivo por otoscopia).

Potencial Evocado de Tronco Cerebral - de utilização opcional, como confirmação da ausência de atividade de tronco cerebral determinada clinicamente ou nas situações em que a presença de lesões no segmento cefálico impossibilite a realização do exame clínico.

c - Teste de Apnéia - permite a confirmação de ausência de movimentos respiratórios, após estimulação máxima dos centros respiratórios bulbares pela hipercapnia de pelo menos 60 mmHg, sem a ocorrência concomitante de hipóxia, sendo necessário que sejam seguidas estas condições:

1 - Estabilização da pCO₂ arterial em aproximadamente 40 mmHg, confirmado pela gasometria inicial do teste;

2 - Oxigenação com O₂ a 100% por 10 minutos;

3 - Desconexão do respirador e manutenção de um cateter traqueal com O₂ a 6 litros/minuto;

4 - Observação da presença de movimentos respiratórios por 10 minutos, sendo, ao final, colhida nova gasometria arterial.

O teste será positivo para apnéia se, ao final do período, a pCO₂ atingir nível de 60 mmHg sem a presença de movimentos respiratórios. Caso a pCO₂ seja menor de 60 mmHg, deverá o teste ser repetido, calculando-se um aumento médio da pCO₂, de 3 mmHg/min. em adultos e de 4 mmHg/min. em crianças (nestas, a duração do 1º teste será de 5 minutos).

3ª ETAPA - Testes complementares - visam demonstrar a ausência de função cerebral. A constatação desta evidência é obtida através de:

a - Ausência de atividade elétrica cerebral - por EEG, com silêncio elétrico cerebral "isoeletrico", realizado conforme as normas técnicas da American EEG Society.

b - Ausência de perfusão sanguínea cerebral - por ausência de fluxo sanguíneo cerebral durante 30 segundos em angiografia de 4 vasos encefálicos por cateterismo ou cintilografia cerebral ou outros métodos de medição de fluxo sanguíneo cerebral.

4ª ETAPA - Repetição dos Exames - a repetição da 2ª etapa deste critério tem por finalidade detectar a persistência das condições clínicas constatadas anteriormente. Caso seja demonstrada a ausência de atividade elétrica cerebral ou de perfusão sanguínea, por qualquer um dos métodos acima citados, o exame clínico deverá ser repetido após 60 minutos. Se não for realizado nenhum teste complementar, o exame clínico deverá ser repetido após um tempo mínimo de 6 horas, porém, nos casos de lesão encefálica do tipo anóxica-hipóxica este intervalo deverá ser de 18 horas. Nos pacientes com suspeita de intoxicação por drogas, ocorrida durante a internação, deverá ser realizada pesquisa e dosagem dos níveis séricos de substâncias envolvidas ou aguardar um período de 72 horas para a realização do 2º. exame clínico.

EQUIPE MÉDICA - os exames clínicos deverão ser realizados no mínimo por dois médicos experientes no atendimento de pacientes em coma profunda com lesão cerebral, sendo um deles neurologista ou neurocirurgião e o outro, intensivista. Nenhum destes médicos devem ter qualquer interesse ou participação em equipe de transplante de órgãos. Após a realização do 2º. exame e, havendo concordância entre seus componentes quanto à confirmação do estado de morte encefálica, os membros da equipe médica completarão o preenchimento e assinarão a ficha de exame com a declaração de óbito constante no anexo 1, em duas vias, permanecendo a 2ª via no prontuário médico e a 1ª sendo encaminhada à Comissão de Ética Médica do Hospital de Clínicas. A seguir, o médico responsável pelo paciente faz contato com os familiares e comunica-lhes o estado de morte encefálica do paciente.

Curitiba, 19 de junho de 1986

O plenário do CRM, reunido em 18.06.86 o aprovou e recomendou como modelo para o Estado do Paraná.

A IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Registro _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____ Religião: _____

B - PRÉ-REQUISITOS - DIAGNÓSTICOS

EVOLUÇÃO	DIA	HORA
Internação		
Instalação de Lesão Encefálica		
Instalação do Coma		
Instalação de Apnéia		
CAUSA REVERSÍVEL DE COMA	PRESENTE	AUSENTE
Hipotermia		
Intoxicação por Drogas		
Distúrbio Metabólico Severo		

C- EXAME CLÍNICO E TESTE DE APNÉIA

		1º EXAME	2º EXAME
		DIA	
		HORA	
PRESENÇA DE COMA NÃO REATIVO			
AUSÊNCIA DE REFLEXOS DO TRONCO CEREBRAL	R. Pupilar		
	R. Corneano		
	R. Oculocefalógiro		
	R. Tosse		
	R. Vestibular		
TESTE DE APNÉIA	pCO ₂ Inicial		
	pCO ₂ Final		
	Duração do Teste		

D - TESTES COMPLEMENTARES

	AUSENTE	PRESENTE	NÃO REALIZADOS
Atividade Elétrica Cerebral			
Perfusão Sangüínea Cerebral			
Potencial Evocado Cerebral			
Outros			

E - OBSERVAÇÃO

F - DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Baseados no preenchimento do Critério de Morte Encefálica acima descrito, os médicos abaixo assinados, declaram o óbito de _____ às _____ horas do dia _____ de _____ de _____.

Dr. _____ CRM _____ Dr. _____ CRM _____ Dr. _____ CRM _____

MORTE ENCEFÁLICA PODE-SE OU NÃO SUSPENDER OS MEIOS ARTIFICIAIS DE MANUTENÇÃO DE VIDA?

Parecer CFM

O conceito de "Morte Encefálica" já está definido clínica e tecnicamente como diagnóstico de morte e portanto não existe contradição entre o art. 66 e o art. 72 do Código de Ética Médica, pois o art. 66 está vedando utilizar meios destinados a abreviar a vida do paciente e no presente caso não mais existe vida. Não existem dúvidas e é este conceito que possibilita o desenvolvimento dos transplantes sem necessitar dos transplantes intervivos e portanto com menos lesões corporais desnecessárias.

Há a necessidade de que cada Unidade de Terapia intensiva adote um protocolo de morte encefálica aceito Internacionalmente e que sejam preenchidos os critérios éticos principalmente no que diz respeito ao artigo 72 do Código de Ética Médica, que diz: É vedado ao Médico: "Art. 72: Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais do prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.", e que a morte encefálica seja atestada por no mínimo 2 (dois) profissionais que tenham conhecimento específico da área, tudo com a aprovação da Comissão de Ética do Hospital.

Quando um paciente for considerado em "Morte Encefálica", portanto considerado em óbito, o médico responsável pelo paciente, antes da suspensão dos meios artificiais de sustentação de funções vegetativas, deverá comunicar o fato à família, para que a mesma possa ter tempo até de questionar o diagnóstico, pois essa prática ainda não entrou claramente na cultura do povo, e possa até solicitar outro profissional para confirmar o diagnóstico, sendo este o momento para discutir a possibilidade da doação de órgãos para um transplante.

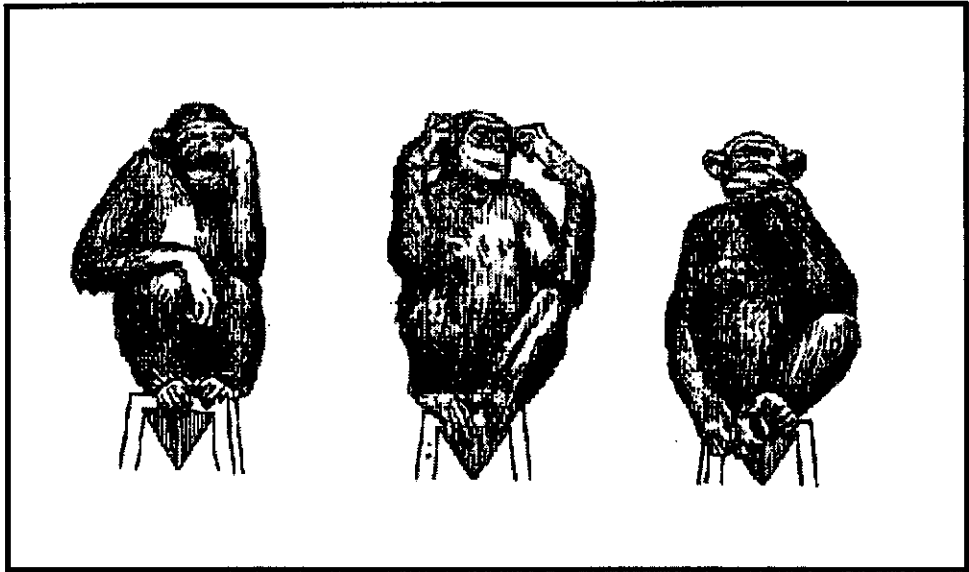
É o nosso parecer, s.m.j.

Curitiba, 04 de junho de 1990.

LUIZ CARLOS SOBANIA
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/7/90.

SEGREDO MÉDICO



Parecer
Antônio Carlos Mendes *

I. CONSULTA

1. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, consulta-me sobre os aspectos legais e éticos do sigilo médico em face das requisições judiciais e policiais das papeletas, fichas de observações clínicas e respectivos fichários e do dever de comunicar crimes de ação pública que independem de representação, bem como a participação compulsória das moléstias infecto-contagiosas.

II NOÇÕES

2. O silêncio imposto a determinados profissionais objetiva coibir a publicidade sobre fatos conhecidos no desempenho de determinada profissão e cuja revelação acarretaria danos à reputação, ao crédito, ao interesse moral ou econômico dos clientes ou de seus familiares.

* Advogado O.A.B. /SP/ 28436

3. O forte conteúdo moral, levou a legislação penal brasileira a classificar a violação do segredo profissional dentre os crimes que ofendem a liberdade individual, pois todo indivíduo deve ter, na preservação de sua integridade física e moral, garantido o pleno exercício de sua vontade. Esta garantia seria frustrada se, "tendo forçosamente de recorrer aos conhecimentos técnicos ou à ajuda profissional de outrem, tivesse o receio de que os seus segredos, confiados ou surpreendidos fossem traídos. O temor da quebra dos segredos poria em choque a liberdade de atuação da vontade". (Nelson Hungria, Comentários do Código Penal, pág. 255).

4. A par da lei penal, norma ética regulou, também, a conduta do médico visando a tutela mais eficaz do segredo médico, consoante o estatuído nos artigos 34/44 do Código de Ética Médica elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, na forma do art. 30 da Lei nº 3.268/57 (D.O.H., edição de 11.01.65).

Os preceitos contidos no aludido Código são "normas jurídicas especiais" porquanto submetem determinada classe profissional e conferem aos Conselhos atribuições voltadas ao asseguramento da eficácia das normas deontológicas. Portanto, os médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina são obrigados à observância e cumprimento das normas contidas no Código de Ética Médica, sob pena de sanção.

Esta inteligência foi acolhida pelo Egrégio Supremo Tribunal Federal ao conhecer e decidir a Representação nº 1.023 (RJ), consagrando o entendimento segundo o qual as normas contidas no Código de Ética Médica são normas jurídicas especiais submetidas a regime semelhante ao das normas e atos normativos federais.

5. Destarte, ao Judiciário cabe conferir eficácia ao segredo médico enquanto instituto jurídico-penal tendente à tutela da "liberdade de atuação da vontade", competindo aos Conselhos Regionais de Medicina fazer observar as normas éticas sobre o instituto, assim entendidas aquelas contidas no Código de Ética Médica.

III. SEGREDO MÉDICO

6. O segredo médico é uma espécie do segredo profissional, isto é, consiste no resultado das confidências que o médico, como tal, recebe de seus clientes com o fim de poder prestar-lhe qualquer serviço correspondente à sua profissão. As confidências feitas ao médico pelo doente não se devem restringir apenas àquelas que o paciente manifesta, mas antes a tudo o que o médico observa e verifica ligado à doença de seu cliente, incluindo o que lhe diz o doente e o que contempla por si e até o que descobre, e que o doente não quisera que ele conhecesse.

Resulta, pois, que o segredo médico penal e eticamente protegido é tão só aquele que se obtém, necessariamente, no exercício da Medicina, isto é, deve existir um nexo entre o exercício profissional e o conhecimento de segredos. Esta é a lição de Nelson Hungria: "é imprescindível que haja um nexo de causalidade entre o exercício da profissão e o conhecimento do segredo. A obrigação legal de reserva visa tão somente ao livre acesso junto a certas pessoas que, por seu mister, se tornam confidentes necessários" (op. cit., pág. 262).

7. Além do nexa causal apontado, o artigo 154, do Código Penal:

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

sugere que devemos entender por “segredo” o fato que só é conhecido de uma ou de um número limitado de pessoas. “A esse caráter fundamental do fato, ao segredo devem juntar-se o interesse e a vontade do agente no sentido de mantê-lo secreto. Interesse legítimo em ocultar o fato, seja este, embora “moralmente reprovável ou contrário ao direito. “Vontade de defender o seu sigilo, que pode ser expressa ou deduzir-se da circunstância de que a divulgação do fato possa diminuir o seu conceito no meio familiar ou social, o seu prestígio político, o seu crédito de segurança profissional ou econômica, produzir-lhe, enfim, qualquer dano material ou moral” (Anibal Bruno, Direito Penal, Parte Especial, I, Tomo IV, pag. 424).

A existência do “segredo” requer, pois, o concurso de dois fatores: um negativo que consiste na ausência de notoriedade, isto é, que não seja conhecido por um número indefinido de pessoas e outro positivo, traduzindo a vontade determinante de sua custódia e preservação. Não deve ser, assim, um “*secret de Polichinelle*”.

8. O fator “vontade determinante” de resguardo do segredo, pode originar-se de “pedido formal de discricção ou, então, resultar de fato que, por sua própria natureza, clama segredo (doença venérea, perturbações de funções genitais, falhas estéticas etc.).

O interesse na ocultação do fato pode ser moralmente reprovável e juridicamente punível e ainda assim o direito tutela o segredo. Esta é a lição de Nelson Hungria: “A vontade do segredo deve ser protegida ainda quanto corresponda a motivos subalternos ou vise a fins censuráveis. Assim, o médico deve calar o pedido formulado pela cliente para que a faça abortar, do mesmo modo que o advogado deve silenciar o confessado propósito de fraude processual do seu constituinte, embora, num e noutro caso, devam os confidentes recusar sua aprovação ou entendam de desligar-se da relação profissional. Ainda, mesmo que o segredo verse sobre fato criminoso deve ser guardado. Entre dois interesses colidentes - o de assegurar a confiança geral dos confidentes necessários e o da repressão de um criminoso - a lei do Estado prefere resguardar o primeiro por ser relevante. Por outras palavras: entre dois males - o da revelação das confidências necessárias (difundindo o receio geral em torno destas, com grave dano ao funcionamento da vida social) e a impunidade do autor de um crime - o Estado escolhe o último, que é o menor” (op.cit.,pág 261).

9. As normas penais e éticas visam à preservação da intimidade do paciente, punindo o médico que revelar as confidências recebidas em razão de seu exercício profissional. O segredo pertence, pois, ao paciente e o direito reprime a conduta do profissional que injustamente o revele. Salvo por expressa determinação legal não há a possibilidade de obrigar o médico a quebrar o sigilo profissional. Entretanto, ocorrendo a “justa causa” o médico poderá revelar as confidências recebidas sem incorrer no crime de violação do segredo profissional.

IV REVELAÇÃO

10. Afigura-se-nos que a consumação do crime se dá com a revelação do segredo. A "revelação" é o ato que faz passar um fato da esfera do sigilo para a do conhecimento de terceiros (que não tenham direito de conhecê-lo). Basta para a consumação do crime a comunicação do fato a uma só pessoa .

Os meios utilizados na revelação podem ser variados, sendo suficiente que o conteúdo do segredo e a identidade do paciente sejam dados ao conhecimento de outrem. Neste sentido, preleciona João Bernardino Gonzaga:

"A comunicação pode ser oral ou escrita, feita através de uma carta particular, ou pela imprensa; dirigida a destinatários certos e incertos". Além da palavra, também os gestos em alguns casos serão aptos ao desvendamento do segredo. Idem, a exibição de imagens, de fotografias, de radiografias, de documentos em geral". (Violação do Segredo Profissional, Max Limonad, São Paulo, 1976, pág. 154).

Aliás, esta linha de entendimento encontra respaldo no Código de Ética Médica, ao disciplinar os boletins médicos (art 40), as papeletas e folhas de observações clínicas e respectivos fichários (art. 41), inclusive os anúncios, relatos ou publicações científicas (art. 42), restando inequívoco que o segredo médico alcança decididamente tais documentos, tornando-os, assim meios e instrumentos suficientes a revelação do sigilo profissional.

11. Em consequência, a violação do segredo profissional tanto pode ser decorrente da conduta do médico como de seus auxiliares que, tendo conhecimento das confidências necessárias em razão da profissão, as revelem sem justo motivo. Nestas condições encontram-se, também, os funcionários e dirigentes de hospitais, clínicas, maternidades, etc. que por dever de ofício tenham acesso às informações confidenciais constantes dos boletins médicos, diagnósticos, papeletas, fichas médicas etc. (ver Francisco Peiró, Deontologia Médica, Livraria Cruz, Braga - Portugal, 1951, pág. 364/385).

12. Embora a "revelação" seja o momento consumativo do crime, a possibilidade de dano é elemento essencial do fato criminoso. Exige-se, pois, como condição de punibilidade, a potencialidade do dano. É preciso que do fato possa resultar dano a outrem e não somente ao paciente, mas também aos seus familiares, como, por exemplo, uma doença hereditária de graves consequências.

Este dano em potencial (não é preciso que seja efetivo) "pode ser da mais variada natureza: moral, econômico, familiar etc. É impossível circunscrevê-lo aprioristicamente. Quando se trata de prejuízo patrimonial, mais fácil será identificá-lo. Idem quando traduz-se em algum mal concreto, tangível: perda de emprego, rompimento de noivado ou casamento, diminuição da reputação da vítima, do seu prestígio no ambiente em que vive, pela divulgação de comportamentos desabonadores etc." (João B. Gonzaga, op.cit., pág. 162).

13. Demais, a revelação do segredo deve trazer, incontroverso, o elemento subjetivo que "é o dolo do profissional", isto é, a vontade consciente de divulgar o conteúdo da confidência necessária, sabendo que atua de maneira contrária ao Direito (Anibal Bruno, op.cit., pág. 420).

A exigência do dolo exclui a possibilidade do crime culposos de violação do segredo profissional. Assim, ocorrendo a conduta culposa do médico (por exemplo: oriunda de negligência) não se caracterizará o crime de violação do segredo profissional.

V
JUSTA CAUSA

14. O dever de guardar o segredo médico não é absoluto. O próprio artigo 154 do Código Penal, indica os fatos descaracterizadores do crime, tornando lícita a revelação das confidências recebidas em razão do desempenho profissional. Este fator é denominado "justa causa" e tem por finalidade excluir a ilicitude penal.

A "justa causa" é fator que descaracteriza a figura penal, porém não infirma a obrigação do médico de revelar o segredo. Em outras palavras: tendo o médico revelado segredo de que teve conhecimento quando do exercício profissional, cumpre indagar se houve justa causa para a revelação, o que desfigura o crime de violação de segredo profissional. Entretanto, o instituto da justa causa não deve servir para obrigar o médico a revelar fato sob a tutela do sigilo profissional. O profissional, especificamente o médico, não pode ser constrangido a pautar determinada conduta, sem que a lei o obrigue.

15. A conduta consubstanciada na revelação do segredo médico não é contrária ao Direito (antijuridicidade) enquanto realizada com justa causa. É Anibal Bruno que coloca de maneira irretocável esta circunstância: "O Código impõe declaradamente que o fato se realize sem justa causa, reforçando com essa expressa advertência a exigência da antijuridicidade, elementar em todo o crime. Sem justa causa, isto é, sem que concorra no proceder do agente qualquer circunstância capaz de afastar a sua ilicitude. Poch legitimar o fato como causa geral de exclusão do injusto, como o consentimento do ofendido, que torna-o agente autorizado a dispor do segredo, o exercício de um direito, o cumprimento de um dever legal, a defesa de um interesse legítimo próprio ou alheio (op.cit., pág. 420).

A justa causa tem, assim, os seus limites fixados pelo direito, não admitindo circunstâncias estranhas que conduziriam fatalmente, à "imprecisão e alargamento excessivo da posição justificativa, com o enfraquecimento da tutela penal".

16. Destarte, o segredo médico, como espécie do segredo profissional, cede as razões relevantes que o direito reconhece e regula, evitando que o médico seja punido. Estas razões são identificadas pela expressão "justa causa" e explicam o caráter não absoluto do direito, porquanto não se pode exigir do médico que, em determinadas circunstâncias se mantenha silente acerca das confidências recebidas quando do exercício profissional.

Em alguns casos é a própria lei que, textualmente, obriga a revelação, como acontece nas doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou de outras doenças profissionais. São deveres impostos pelo Regulamento do Departamento de Saúde Pública (Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1.923) e, também, pelo Decreto-lei nº 4.449, de 9 de julho de 1.942. O Código Penal ao obrigar a comunicação, nada mais fez do que dar força e eficácia àquelas normas jurídicas extra-penais.

Desta forma, várias outras dispensas à obrigação de sigilo resultam de leis extra-penais (médicos militares, médicos legistas, médicos sanitários, peritos etc.) e, assim, em tais casos, não há violação do segredo médico porque a conduta profissional apresenta-se não como crime, mas como fato lícito, segundo, aliás, reconhece o Código Penal, no inciso III, do art. 19: "não há crime quando o agente pratica o fato: em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito".

17. A par das hipóteses acima que descaracterizam a conduta delituosa do médico, a Lei de Contravenções Penais, no art. 66, II, reprime a omissão de comunicação de crime. Esta circunstância impede, também, a configuração do crime de violação do segredo profissional.

18. O "estado de necessidade" é outro excludente, isto é, a sua concorrência impede que se configure o crime de violação do segredo profissional.

Com efeito, a revelação do segredo não constitui crime quando motivada pela necessidade de salvaguarda de um interesse contrário, ainda que de maior relevância mas cujo sacrifício, nas circunstâncias do caso concreto, não é razoavelmente exigível.

19. Ainda, como excludente de criminalidade, encontramos "legítima defesa".

Este fator é suficiente para descaracterizar o crime. A revelação das confidências necessárias objetivando defender um interesse legítimo, próprio ou de terceiro, em face do dono do segredo, exclui a conduta antijurídica. Assim, por exemplo, o médico injustamente atacado em sua honra profissional por seu cliente pode revelar o segredo deste se tanto for necessário para sua defesa". Não há, também, a ocorrência da figura típica se o médico revela segredo de menor a seus pais, tutores ou responsáveis a fim de que "tratamento idôneo se faça, a proteção indicada se realize e a punição de culpado se encaminhe".

Nestes casos, a revelação do segredo deverá ser feita na medida necessária à defesa do direito do médico ou do terceiro injustamente ofendido. O exagero e a falta de comedimento não são acolhidos pela conduta atinente à legítima defesa, enquanto excludente da antijuridicidade.

VI

INFORMAÇÕES ÀS AUTORIDADES JUDICIAIS, POLICIAIS E SANITÁRIAS

20. A lei impõe ao médico o dever de comunicar às autoridades competentes a ocorrência de crimes de ação pública que independem de representação e a constatação de moléstias infecto-contagiosas.

A comunicação das moléstias infecto-contagiosas deve ser feita incondicionalmente porque a lei não estatui condição alguma, porquanto esta norma visa à saúde pública, valor de extrema relevância, segundo a ordem jurídica.

Contudo, o mesmo não acontece com o dever de comunicar crimes, pois estes devem ser de ação pública e não podem depender de representação, como também não podem sujeitar o cliente a procedimento criminal.

21. Com efeito, a estrutura normativa que objetiva tutelar as confidências recebidas por profissionais em razão do exercício de sua profissão (confidentes necessários, como os médicos), resguarda, até mesmo, a postura de citados profissionais perante os magistrados, impedindo o depoimento em Juízo, como testemunhas:

Artigo 207, do Código de Processo Penal:

"São proibidas de depor as pessoas que em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho".

Artigo 406, do Código de Processo Civil:

"A testemunha não é obrigada a depor de fatos:

II - a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo".

Observa-se que a regra é o não depoimento em Juízo, isto é, a lei desobriga o profissional de revelar perante o magistrado, o segredo profissional, limitando-se a permitir o depoimento do profissional desde que o queira e esteja autorizado pela parte interessada.

A tutela do segredo profissional e, portanto, do segredo médico é da tal forma expressiva que o coloca a salvo mesmo quando das relações com a Justiça.

Nesta linha, encontra-se o art. 35, do Código de Ética Médica que preceitua o seguinte: "o médico não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua profissão, mas intimado a depor, é obrigado a comparecer perante a autoridade para declarar-lhe que está preso à guarda do segredo profissional.

22. Entretanto, embora não haja permissivo legal algum que obrigue o médico a quebrar o sigilo profissional, em face de crime com graves consequências sobre terceiros, a revelação pode tornar-se um "imperativo de consciência", isto é, decorre de um motivo nobre que a justifique.

VII COMUNICAÇÃO DE CRIME

23. A lei penal obriga o médico a comunicar crime de ação pública, que independa de representação, conhecido no exercício da profissão. Esta comunicação não pode, ainda, expor o cliente a procedimento criminal. É o que estatui o art. 66, da Lei de Contravenções Penais, ao reprimir a omissão de comunicação de crime.

A conduta contravencional não se caracteriza se o crime não for de ação pública ou, ainda, sendo ação, dependa de representação. A lei exige, pois que se trate de crime de ação penal pública incondicionada que é a regra em nosso direito, pois o Estado tem o interesse em julgar os atos previstos como delituosos e punir os delinqüentes, para garantir a estabilidade das relações sociais.

Cumpra ressaltar, conforme notou Nelson Hungria, que "jamais a nossa legislação penal determinou ou autorizou que os médicos se fizessem delatores de crimes. O que se tem assentado em doutrina, e deve servir, sem dúvida, à interpretação do preceito incriminador da quebra do sigilo, é que os médicos podem denunciar o crime de que tenham notícias, não propriamente em razão da profissão, quando praticado contra o próprio cliente, se da revelação nenhum prejuízo possa resultar a este. O médico que, v.g. surpreende a amante do enfermo agonizante a subtrair os títulos ao portador guardados num cofre existente na casa pode até prendê-la em flagrante. Também não padece dúvida que o segredo é devido pelo médico ao seu cliente e não ao seu algoz" (op. cit., pág. 269).

Mas, o núcleo do tipo contravencional é a expressão verbal "deixar de comunicar", o que revela uma omissão do médico. Este, tomando conhecimento de crime de ação pública, não dependente de representação, deixa de informar a autoridade competente, qual seja o Delegado de Polícia, o Juiz de Direito, o membro do Ministério Público (art. 6º, 26 e 27 do Código de Processo Penal).

Este dever de comunicar o fato punível à autoridade competente encontra uma ressalva no próprio inciso II, do art. 66, da Lei de Contravenções Penais: "a comunicação pode deixar de ser feita, se expuser o cliente a procedimento criminal". Tal permissão baseia-se na necessidade de ampla confiança do cliente no médico

ou profissional sanitário. Caso contrário, para evitar possível procedimento criminal, o cliente poderia omitir acontecimento de grande importância para a sua própria saúde ou de outrem". (Sérgio de Oliveira Médice, *Contravenções Penais*, Edição Jalovi, pág. 185).

24. Portanto, ao tomar conhecimento de tentativa de aborto por parte de cliente, o médico deverá calar-se porque estará a sua paciente sujeita procedimento criminal. Entretanto, caso constate que a tentativa foi de outrem e à revelia da cliente, o médico com a anuência da vítima ou de seu responsável, deve comunicar o crime, pois poderá ter ocorrido, inclusive, lesão corporal em virtude da resistência oposta pela vítima.

Da mesma forma, nos casos de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio, o médico está sujeito às regras do art. 66, II, da Lei de Contravenções Penais. Entretanto, não basta que haja a consumação do suicídio para obrigar o médico a comunicar o crime de induzimento. Ora, o médico deverá estar convicto da existência do induzimento, instigação ou auxílio porque, caso contrário, não se caracteriza o dever legal, cuja omissão é punida pela Lei de Contravenções Penais. O suicídio não é considerado crime pela nossa lei penal, mas sim o induzimento, a instigação ou o auxílio.

Desta maneira, inocorrendo o induzimento, a instigação ou o auxílio, a constatação do suicídio não é razão bastante para instaurar o dever de comunicar crime de ação pública incondicionada pelo simples motivo que crime inexistiu.

Outra solução deve ser dada ao fato de psiquiatra concluir que sua cliente está sendo induzida ao suicídio, por exemplo, pelo marido e nota ser esta indefesa em virtude de seu estado psicológico. Neste caso, a comunicação é um imperativo porquanto configurar-se-á a falta de comunicação, a omissão de que tratar o art. 66, II da Lei de Contravenções Penais. Evidentemente, a tutela da vida da paciente é um valor maior que justifica a quebra do segredo médico, mesmo porque, como afirmou Nelson Hungria, o dever de sigilo é devido à paciente e não a seu algoz.

VIII REQUISIÇÃO DE FICHAS E BOLETINS MÉDICOS

25. O segredo médico, enquanto instituto jurídico, acolhe as papeletas, boletins médicos, folhas de observações clínicas e fichários respectivos que, assim, submetem-se ao regime penal e ético próprio que resguarda e tutela o sigilo profissional.

Desta forma, além dos médicos, os funcionários e dirigentes de hospitais, clínicas e casas de saúde, estão sujeitos às penas do art. 154, do Código Penal, se, eventualmente, revelarem o segredo médico através da entrega a terceiros ou exposição das anotações clínicas atinentes aos pacientes.

Com efeito, a lei não permite, sequer, que o profissional da Medicina preste depoimento em Juízo acerca de fatos conhecidos em razão de sua profissão. Esta regra permeia toda a ordem jurídica e não admite que, por vias transversas, as confidências necessárias sejam levadas ao conhecimento do Judiciário ou da Polícia mediante a requisição de fichas e boletins médicos.

Assim, não há nenhum dever legal que obrigue o médico, o funcionário e dirigente de hospital e clínicas em geral, a entregar as papeletas, as folhas de observação

clínica e os boletins médicos. Não havendo disposição legal respaldando a ordem da autoridade judiciária ou policial, ocorre o constrangimento ilegal, porque "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei" (art. 153, § 2º, da Constituição Federal).

26. Este entendimento foi sufragado pelo Egrégio Supremo Tribunal Federal ao julgar o "Habeas Corpus" nº 39.308, de São Paulo e cuja ementa é a seguinte:

"Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais".

A inteligência acima foi acolhida, também, pelo eminente Desembargador Azevedo Franceschini, do Tribunal de Justiça de São Paulo, em voto vencido nos autos do mandato de segurança nº 135.681, a saber:

a) - "À divulgação de conteúdo de ficha médica se aplica toda a disciplina que garante o sigilo oral, pois a ficha clínica não passa de memorização das observações médicos sobre o caso".

b) - "Também não importa que o episódio clínico haja saído da alçada médica e a ficha recolhida ao arquivo morto do nosocômio, ao qual só tem normalmente acesso o pessoal burocrático. O segredo subsiste. Aliás, adverte PERRAUD CHARMANTIER ("LE SECRET PROFICCIONEL", fls. 79), que muito embora a função de Diretor de um nosocômio (e outro tanto se diga de seus subordinados) seja meramente administrativa, também ela se encontra fungida ao segredo profissional".

27. Evidentemente, o constrangimento ilegal decorrente da requisição judicial ou pedido de informações da autoridade policial, evita a caracterização do crime de violação do segredo médico. Entretanto, esta circunstância não legitima as citadas requisições e pedidos de informações, isto é, o constrangimento ilegal não obriga "de jure" o médico a fornecer as informações ou as anotações clínicas, o mesmo acontecendo com os funcionários e dirigentes de hospitais.

A esta disciplina jurídico-penal, sujeitam-se, também, os médicos, funcionários e dirigentes de hospitais mantidos ou subvencionados pelo Poder Público, inclusive aqueles credenciados pela Previdência Social.

EM CONCLUSÃO

- a) o segredo médico é espécie do segredo profissional;
- b) o segredo médico abrange as anotações, boletins médicos, papeletas e folhas de observações clínicas;
- c) o segredo médico, sob o prisma penal, obriga não só o médico, como também os enfermeiros, funcionários e dirigentes de hospitais públicos e particulares;
- d) o segredo médico não é absoluto, podendo ser revelado nas hipóteses de justa causa, consistente na legítima defesa, estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular de direito e estado da necessidade;
- e) a justa causa concerne à conduta do médico quando da revelação do segredo e impede a caracterização do crime de violação do segredo profissional; entretanto, sob esse fundamento nenhuma autoridade pode obrigar o confidente necessário a revelar segredo que lhe foi confiado em razão do exercício de sua profissão;
- f) o médico, o dirigente, o enfermeiro e funcionários de hospitais e clínicas, tanto públicos como particulares, não podem depor na condição de testemunhas sobre fatos conhecidos em virtude do exercício profissional;

g) da mesma forma, não estão obrigados a atender requisições judiciais e solicitações policiais para a entrega de boletins clínicos, fichas, papeletas e anotações médicas sob sua guarda porque tais requisições não encontram arrimo na lei e afrontam o segredo profissional;

h) aludidas requisições judiciais e solicitações policiais constituem-se em constrangimento ilegal, ensejando a impetração de "habeas corpus";

i) o médico por dever moral e desobrigado pelo paciente poderá depor como testemunha e oferecer as suas anotações, fichas e diagnósticos, porém não há qualquer dever jurídico que o obrigue;

j) o médico, a requerimento de seu cliente e na defesa dos direitos deste, está obrigado a depor como testemunha e a exibir as suas anotações, boletins e fichas clínicas;

k) o médico está obrigado a comunicar à autoridade competente as doenças infecto-contagiosas e outras de notificação obrigatória, incondicionalmente;

l) o médico está obrigado a comunicar à Autoridade Policial, Judiciária ou ao membro do Ministério Público o crime de ação pública incondicionada de que teve conhecimento no exercício da profissão; esta comunicação, contudo, não poderá ser feita se sujeitar o cliente a procedimento penal;

m) nestas condições, o aborto não pode ser comunicado se for praticado pela própria paciente; entretanto, se for provocado por terceiros e sem o consentimento da gestante, o médico com a anuência desta ou de seu responsável, pode participar o fato à autoridade competente;

n) no caso de suicídio, o médico não está obrigado à comunicação porque este fato não está capitulado como crime e, assim, não se configura a omissão prevista na Lei de Contravenções Penais, além de, eventualmente, ofender a intimidade dos familiares da vítima;

o) contudo, estando o médico convicto de que houve o induzimento, a instigação ou o auxílio a suicídio, mesmo não se tendo este consumado, e notando estar a paciente indefesa em face de problemas psicológicos ou forte pressão do delinqüente, deve aconselhar a paciente a comunicar o fato à autoridade competente ou verificando que ela está impossibilitada, deve fazê-lo a fim de preservar a vida da cliente.

É o meu parecer, s.m.j.

São Paulo, 10 de fevereiro de 1980.

ERROS MÉDICOS

I - DOCTRINA E CONSEQÜÊNCIAS ÉTICO-LEGAIS

Francisco R. M. Moraes Silva *

Hammurabi nasceu em Babel ou Babilla (Suméria) em 1728 e morreu em 1686 antes da era cristã. Assiriólogos o consideram como o responsável pela implantação do direito e da ordem em seu país e motivo fundamental da unidade de seu reino. "Na tentativa de criar um estado de direito empreendeu a grande reforma jurídica de que o célebre "Código de Hamurabi" é um testemunho eloqüente", consoante esclarece E. Bouzon na Introdução do referido documento.

A expedição arqueológica francesa na acrópole de Susa, capital elamita da época, descobriu durante o inverno de 1901, uma estela de diorito negro, (que atualmente encontra-se no museu do Louvre), contendo 51 colunas escritas em sinais cuneiformes do período babilônico antigo, um ano mais tarde, integralmente traduzido por Scheil. Esta coleção completa de todo direito vigente ao tempo do grande rei, que não é um código no sentido moderno do termo, contém uma das mais antigas coleções de leis da antigüidade oriental, legando-nos textos referentes às lesões corporais (arts. 196 a 214) e aos erros médicos (arts. 218 e 219), crimes puníveis com a pena do talião. Hipócrates de Cós, considerado o "pai da medicina" e que viveu durante o Século de Ouro de Péricles, em 460 a.C., já conceituava a imperícia em seu livro "A lei", como "uma má qualidade. uma má garantia para os que a possuem; sem alcançar confiança nem satisfação, engendra timidez e temeridade; a primeira descobre a falta de energia, a segunda a ignorância".

Paolo Zacchia, médico pessoal do Papa Inocência X, que viveu de 1584 a 1659, considerado o "pai da Medicina Legal" publicou de 1621 a 1634, os seis volumes de sua obra "Quaestiones medicolegales", dedicando o último livro ao estudo em treze questões dos erros médicos e a punição legal. (De erroribus medicorum a lege punibilis).

Três momentos históricos de diferentes civilizações, a suméria, a grega e a européia, que mostram a preocupação e antigüidade do tema que nesta noite é desenvolvido neste "Curso de Atualização em Medicina Legal", sob a Presidência do mestre de sempre e Vulto Emérito da Medicina Legal do Brasil, Ernani Simas Alves, tendo como Relator principalmente o Prof. Rolf Koerner Junior, penalista brilhante e privilegiado tribuno e secundariamente este que vos fala.

Pode-se afirmar sem nenhum receio, que os erros médicos existem desde o tempo em que um doente precisou de um médico, assumindo importância sua permanente apreciação, em razão dos desdobramentos éticos e jurídico-sociais amplamente consolidados na doutrina e fartamente apreciados pela jurisprudência.

A matéria é vasta e complexa, comportando preliminarmente uma tentativa de definição, além das muitas já existentes, com o propósito de limitar seu alcance, estabelecendo os elementos que constituem a essência de seu entendimento.

O erro médico é também denominado de falta, falha, engano, descuido, negligência, culpa, lapso, incorreção, desregramento e omissão médica. Esta rica e incompleta

*Prof. Titular de Medicina Legal e Deontologia Médica da UFPR. Médico Legista do Instituto Médico Legal do Paraná. Trabalho apresentado no I Curso de Atualização em Medicina Legal, setembro de 1990.

sinonímia, presta-se mais a confundir do que esclarecer quais as bases doutrinárias de seu conceito, pois considera eqüipolentes, situações que na prática são distintas, assim estabelecendo os precisos lindames de suas consequências ético-legais.

Trata-se de erro de profissional habilitado que exerce regularmente um direito, legalmente disciplinado, contra uma pessoa doente com a qual se estabeleceu uma obrigação de prestação de serviços, não excluindo desta proposta de tratamento a utilização, com proficiência, de meios disponíveis, para restabelecer a saúde.

Erro médico vem a ser a produção de um dano em um paciente, por profissional habilitado, quando no exercício de sua ciência e arte, desde que não desejado, previsível e não evitado, violando deste modo o dever de cuidado, implícito na relação obrigacional que se estabelece entre quem trata e àquele que recebe tratamento.

Nesta pretensão limitadora e conceitual do assunto, merece destaque a existência de uma falta cometida por um profissional, durante o desempenho de suas atividades (exercício) sem que possa evitar o resultado danoso, ainda que previsível, condição que legalmente configura a culpa.

O acontecimento falho que se desenvolve relacionado ao ato médico, pode-se constituir em ação ou omissão ligada ao instante ou momento circunstancial de sua efetivação, necessitando portanto de uma análise prudente das diversas fases de sua produção resultando muitas vezes difícil conciliar interesses em conflito, em cada caso particular, onde a fronteira do conhecimento científico, confunde-se com a interpretação normativa que pode e deve considerar o risco potencial inerente à algumas atividades humanas.

Os erros cometidos pelos médicos, freqüentemente são vistos a distância de seus humanos protagonistas, médico e paciente; são comentados somente por seus nocivos resultados e interpretados segundo parâmetros nem sempre ajustados ao rigor da falibilidade científica e lamentavelmente explorados pelos meios de comunicação, com inconfessáveis objetivos sensacionalistas.

“Vivemos um momento histórico de civilização marcado pela mentalidade da notícia. Toda notícia é um clichê, é um rótulo, que se destaca da fluência da vida. Não só nos conformamos com as notícias soltas, que não especulam pelas causas nem consideram os efeitos, como também vivemos a nossa própria vida em grande parte como se estivéssemos fabricando notícias. Vivemos, assim, diante dos outros, e não diante de nós mesmos.”

(Eduardo Prado de Mendonça - 1968 in “O mundo precisa de filosofia”).

O juízo valorativo de um erro médico não deve ser apressado, emocional, fundado em possibilidades, sem rigoroso suporte técnico-científico e principalmente por interessados alheios ao episódio, que pela singela divulgação, pode expor à execração pública a honra e a dignidade de um zeloso e honrado facultativo, causar prejuízos irreparáveis ao doente e sua família e o que é pior, macular a confiança, dignidade e respeito de uma das mais belas e perigosas profissões humanas.

O interesse da divulgação é um imperativo social ao mesmo tempo em que, a busca da verdade é um dever de todos, conselho necessário e indispensável, nas situações em que é desejável o império da discrição, do respeito devido à pessoa humana.

Como valores transcendentes estão em jogo, onde destaca-se o respeito e valoração da vida de um lado e a rigorosa apuração de uma conduta anti-social de outro, é razoável que o procedimento investigatório, envolva sempre precaução, rigor e comedimento inerentes à sua apreciação em qualquer fase, independente da esfera

de interesses que seja apreciado.

Importa discorrer neste preâmbulo, como entende-se a responsabilidade profissional médica, definida nos limites em que foi enunciada, percebendo-se desde logo, a assimilação do erro médico ao conceito de responsabilidade penal ou civil de natureza culposa.

Deste modo, a antiga noção de que a responsabilidade divide-se em moral, para alguns também ética, penal, administrativa e civil, atualmente não encontra sustentação, existindo ponderadas razões para dividi-la em administrativa ou ética, penal (culposa e dolosa) e civil.

É indispensável esclarecer a precedência da investigação no âmbito penal, procedimento expresso na lei civil, consensualmente aceito e às vezes ignorado, sendo possível a concomitância de ações onde a decisão criminal é prioritária e definitiva, em virtude de violação de preceito normativo que disciplina a vida de toda a sociedade.

Significa repetir, que a falta profissional médica, desde que comprovada, consiste inicialmente na violação de uma regra administrativa (infração ética), que repercute ou não no âmbito do direito penal, quando se constitui em crime, ou então trata-se de ato ilícito que pressupõe infração de norma tuteladora do interesse privado.

O imortal Clovis Bevilacqua, distinguia com cristalina clareza estes interesses juridicamente protegidos, quando ensina: "O direito penal vê no crime, um elemento perturbador do equilíbrio social e contra ele reage, no intuito de restabelecer esse equilíbrio, necessário à vida do organismo social". O direito civil, prossegue o eminente jurista, vê no ato ilícito, não mais um ataque à organização da vida em sociedade, mas uma ofensa ao direito privado, que é um interesse do indivíduo assegurado pela lei e não podendo restaurá-lo, procura compensá-lo satisfazendo o dano causado". "A essência consiste portanto em critérios próprios de avaliação", como lembra Orlando Gomes, aplicáveis às situações em que os erros profissionais, sujeitos intrinsecamente à sanções administrativas de severidade variável, repercutem, ferindo interesses disciplinados na legislação penal como crimes e na legislação civil como atos ilícitos.

Merece especial atenção, distinguir que a responsabilidade moral, outrora autônoma da legal, não comporta distinção, pois mesmo aqueles que a aceitam, conceituam-na com "os mesmos critérios admitidos para avaliar a responsabilidade legal do médico", conforme ensina o mestre de sempre Flaminio Fávero, no 3º volume de sua Medicina Legal, que trata da Deontologia Médica e da Medicina Profissional.

Reforça este posicionamento a lição do consagrado civilista Aguiar Dias, de que não há separação estanque entre o aspecto moral e jurídico da responsabilidade", onde o característico da segunda é a existência de um prejuízo, concordando com Henrie e Jean Mazeaud de que "aquele a quem sua consciência nada reprova pode ser declarado civilmente responsável".

A responsabilidade moral, em algumas situações, representa o refúgio escuro e nebuloso que abriga os maus profissionais da medicina, pois cúmplices da impunidade, representam perigo para a sociedade e a classe a que pertencem, devendo eticamente serem severamente punidos a fim de que reflitam sobre a competência, dignidade, dever de caridade e sinceridade de propósitos, virtudes próprias dos bons profissionais.

Este maior rigor é necessário, ampliando a abrangência doutrinária e jurisprudencial de quem responde por seus atos, promovendo a devida apuração de condutas tidas como anti-éticas. punindo com rigor os negligentes, o que redundaria na exaltação do exercício profissional responsável que não admite desvio do bom caminho ou quebra do bom procedimento.

A atuação médica perante o paciente é múltipla, constituindo basicamente em obrigações de meios e em alguns casos de obrigações de resultados, onde o melhor exemplo é o das cirurgias plásticas de natureza estética. Na caracterização da responsabilidade culposa, através da utilização de provas, prevalecem as técnicas em relação as testemunhas, sendo a perícia indispensável nestas situações para procurar estabelecer a relação entre a causa (falta médica) ainda que mediata e o dano verificado (nexo causal).

Savater, decompõe as obrigações implícitas no contrato médico que se constituem em deveres como conselhos, cuidados e a abstenção de abuso ou desvio de poder, podendo abandonar justificadamente o cliente, em caso de descumprimento de recomendações, imposição de auxiliar que o médico desconhece, quando não lhe deem a devida consideração e quando, a sua revelia, é consultado outro colega.

Deve orientar o paciente ou seus representantes legais, quanto a necessidade de hospitalização, bem como em relação à intervenções e tratamentos preconizados, levando em conta sempre, o estado psíquico do paciente. Quando não possa participar o doente, deve o profissional a verdade completa aos membros da família com autoridade sobre o mesmo.

Não deve desatender a chamados ou negligenciar visitas, existindo responsabilidade contratual a ser apurada quando o doente capaz de, por seu estado mórbido, causar dano a si mesmo, venha sofrê-lo em virtude de infração ao dever de vigilância do profissional que por aquele se responsabiliza.

Submete-se o médico aos deveres de humanidade, como característica específica da profissão ao atendimento de todos os casos em que exista iminente perigo quanto a vida.

Em caso de intervenções cirúrgicas ou tratamentos de grande risco ou os que possam resultar efeitos colaterais danosos, deve como precaução obter o consentimento prévio e informado, após exposição compreensível e clara dos perigos ou riscos. Alguns autores recomendam esta medida para qualquer tipo de tratamento.

Algumas situações existem em que é impossível o consentimento, como nos casos de menores ou alienados devendo ser obtido de pessoas sob cuja guarda estejam, ou pessoas inconscientes sem acompanhantes e nos casos de intervenções de urgência em face do estado de necessidade ou de situação de iminente perigo quanto a vida, devendo nestes casos obter o assentimento junto de parentes ou então existindo propósito suicida do paciente não cabe, ao médico, nenhuma responsabilidade.

Nos casos de tratamento compulsório ou existindo consentimento prévio por parte do paciente ou de sua família, o médico está liberado de qualquer responsabilidade como preceitua a boa doutrina, situação consagrada no direito e sancionada pela ética.

Responderá por danos conseqüentes, se contrariando o pedido do doente ou de sua família, não requisita a presença de especialista por aqueles julgada necessária ou então, quando se recusar a adotar indicações recomendadas por profissional

especializado, salvo justificáveis razões fundadas em bons motivos.

O erro de técnica e apreciado com prudente reserva pelos tribunais, conforme lembra Aguiar Dias, pois muitas vezes são passíveis de dúvidas e discussões. Estará caracterizado, quando o médico atuar com desprezo desconhecendo seus deveres, situação em que exista culpa certa e grave ligada a falta injustificada.

Em resumo pode-se afirmar que a apreciação de um erro médico é fundamentalmente casuística, opinião que é repartida por Villegas Pulido, Lalou, Savatier, Gualter Lutz e Aguiar Dias, que concordando, recomenda que "a responsabilidade médica para ser conhecida ou afastada o mais seguro critério é investigar o caso concreto, de acordo com princípios gerais considerados como cuidados, e utilizando como recurso indispensável a jurisprudência nacional e estrangeira".

De modo geral, acrescenta o consagrado jurista Villegas Pulido "sempre que estejam divididas as opiniões científicas a respeito de um dado problema de medicina, deve ser afastada a responsabilidade do profissional. Isto é, o médico nunca responde pelo fato de se haver orientado por qualquer das opiniões idôneas em conflito".

A divisão dos erros profissionais tem despertado a atenção de tratadistas nacionais e estrangeiros que procuram, segundo critérios diversos, classificar as possibilidades em que ocorre erro médico. Entendo que estas faltas distinguem-se genericamente em: infrações éticas, atos ilícitos e crimes.

Os erros médicos podem ser agrupados segundo as conseqüências que determinam, em:

- 1) Erros de conduta que podem se constituir em infrações éticas ou delitos penais (perigo para a vida ou saúde de outrem, omissão de socorro, maus tratos, infração de medida sanitária preventiva ou omissão de notificação de doença).
- 2) Erros do ato médico que podem ocorrer nas fases de diagnóstico ou tratamento (por ação ou omissão) e prognóstico.
- 3) Atos médicos ilícitos quando ocorra a produção de dano no doente.
- 4) Conduta criminosa que poderá ser culposa ou dolosa (lesões corporais ou homicídios) em que destaca-se a negligência como a condição mais freqüente de culpa.

Em qualquer circunstância, em que por ação ou omissão ocorra um dano para o paciente previsível e não evitado, esta conduta com resultado comporta sindicância. Simas Alves divide os erros profissionais em erros de diagnóstico ou tratamento por ação ou omissão. Gualter Lutz divide-os em seis modalidades: erros e acidentes de anestesia; erros de diagnóstico; erros de tratamento com ação ou omissão: emprego de tratamento impróprio ou de instrumentos inadequados, má-técnica, falta de cuidados ou de conselhos; erros de prognóstico; falta de higiene; erros nas perícias (responsabilidade extra-contratual).

Lacassagne dividia as faltas dos médicos em três categorias denominadas de pesadas, graves e voluntárias. As primeiras são erros científicos ou então o desconhecimento de fatos que todo médico absolutamente não pode ignorar.

As faltas graves são as devidas a negligência, desatenção, imprevidência, ou então a inobservância de regulamentos, enquanto que as voluntárias são cometidas nos casos de experimentação com finalidade terapêutica ou especulativa.

Paolo Zacchia admitia as faltas denominando-as de culpa latíssima, latiora, lata, leve, levíssima. Dubrac divide as faltas por comissão ou por omissão e Kuhner as denomina de ativas e passivas.

Atuação dos Peritos

Nerio Rojas transcreve em seu Tratado de Medicina Legal as recomendações de E. Madia referentes aos limites da perícia. quando se trata de um erro profissional, que são as seguintes:

- 1) julgar o caso sem espírito de corpo (Corporativo).
 - 2) indagar todas as condições do fato, se este foi a única e imediata causa do dano.
 - 3) considerar a incerteza do colega atuante, antes de que o curso ulterior da enfermidade e a investigação judicial esclareçam os pontos obscuros.
 - 4) estabelecer a existência de erro grosseiro ou omissão de medidas às mais elementares.
 - 5) assegurar-se de que o médico podia usar plenamente suas habilidades e conhecimentos ou se por acaso encontrava-se sozinho, cansado, no meio da noite, sem ajuda necessária de assistentes e instrumental, sem condições ambientais favoráveis e com o dever de praticar de urgência uma operação.
 - 6) cercar-se da maior prudência antes de expressar sua opinião.
- E para encerrar, incorreria em imperdoável lapso, se deixasse de reconhecer a necessária integração cada vez maior e mais estreita entre o Direito e a Medicina, ciências e artes que valorizando a personalidade do homem, engrandecem onde impere o estado de Direito.

ERROS MÉDICOS

II - DOCTRINA E CONSEQÜÊNCIAS ÉTICO-LEGAIS

Rolf Koerner Júnior *

Erros médicos, doutrina e conseqüências ético-legais. Atrevo-me a buscar a razão de escolha do mesmo. Vive-se, no Brasil, um singular momento: de um lado, certa imprensa, negativa e sensacionalisticamente, envolve-se com a Medicina e com os médicos; nivela-os por baixo e os vulgariza. De outro lado, mal despertos ainda, mas seduzidos casuisticamente, brasileiros e brasileiras dela - de certa imprensa - se alimentam e, passionalmente, chegam a despropositadas generalizações, pelas quais se coloca em xeque a dignidade da ciência médica e a idoneidade dos profissionais vinculados a ela. Hoje se ridiculariza o sacerdócio do passado.

Aqui, agora, não me envolverei com os bons médicos. apesar de os saber ligados a ciência médica, que, ainda no atual estágio de nossa existência, mesmo progredindo diuturnamente. ou se mostra insuficiente a enfrentar a realidade da vida e sua conservação (p.e., na prevenção e cura da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida) ou da mostras constantes de sua falibilidade (p.e., e a tratar-se da denominada janela imunológica como impedimento ao conhecimento seguro, pelo médico, da impregnação do organismo do paciente pelo vírus da Aids).

Aliás, cabe-me, já aqui, diferenciar o intitulado erro profissional da imperícia, uma variante informadora da culpa em sentido estrito. Considera-se atípica a conduta do médico quando, por erro do diagnóstico, na intervenção cirúrgica etc., causa determinado resultado originado, não em razão da ofensa ao dever genérico e objetivo de cuidado imposto pela vida de relação, mas por causa da imperfeição de sua ciência. Observa-se que, nesse aspecto, o art. 57, do Código de Ética Médica, dispõe que é vedado ao profissional da Medicina "deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente". O erro profissional existirá mesmo que "o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional" (CEM, art. 2.º). Sobre esse tema, o Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo, em acórdão relatado pelo juiz Geraldo Gomes, entendeu que "ao médico não se impõe devolver uma vida, mas recuperá-la mediante emprego de esforços profissionais, dentro da razoável órbita da falibilidade humana e mesmo profissional, que também apresenta suas naturais limitações" (RT, 498/301).

Preocupar-me-ei com o mau médico. A ele me referirei analisando-o, comportamentalmente, sob o ângulo do Direito Penal, que, sancionatório por excelência, mas com caráter subsidiário em face de outros ramos (p.e., o Direito Administrativo e o tratamento às infrações ao Código de Ética Médica; o Direito Civil e a reparação do dano, quando, dolosa ou culposamente, causado pelo profissional, cf. seu art. 1.545), visa fortalecer, sob a ameaça da pena, a tutela de bens e interesses jurídicos relevantíssimos à vida individual e social e coibir, pela infligência da pena, perniciosas condutas comissivas ou omissivas.

Nem todas as infrações ao Código de Ética Médica interessam ao Direito Penal. A

*Prof. Assistente de Direito Penal da UFPR. Trabalho apresentado no I Curso de Atualização em Medicina Legal, setembro de 1990.

esta se aplica o princípio da reserva legal ("nullum crimen, nulla poena sine praevia lege"). A inexistir o tipo definidor do ilícito, ao comportamento, por mais grave que seja, o Direito Criminal mostrará a sua indiferença. Noutra ângulo, a responsabilidade penal é personalíssima. Se o Código Civil atribui relevância à responsabilidade objetiva - por exemplo, no Paraná, recentemente, determinada casa de saúde e maternidade foi condenada a pagar indenização a paciente menor vítima de erro de médico seu empregado, na forma do art. 1.521, III, do Código Civil (Apel. Civ. n.º 302/84, do Tribunal de Justiça). Dou-lhes, ainda, um outro exemplo: no Rio de Janeiro, o Tribunal de Justiça condenou estabelecimento hospitalar a indenizar paciente atendido por médico seu preposto, sob o argumento de que se presume a culpa do empregador (RT, 556/190) - o Direito Penal não a admite - a responsabilidade objetiva ou "sine culpa". Diferentemente do Código da Itália, o do Brasil não admite a culpa advinda de presunção "juris et de jure", afirmada, simplesmente, pela "inobservância de alguma disposição regulamentar" (cf. Exposição de Motivos do Código Penal de 1940 e advertência do ministro Campos).

Entretanto, antes, principalmente para os não penalistas. teço algumas considerações. Infrações penais são praticáveis comissiva (= ação) ou omissivamente (= omissão). Ação positiva e ação negativa como termos designativos, respectivamente, da ação e da omissão carecem de técnica. Ação significa fazer; omissão conceitua-se, normativamente, como não fazer aquilo que do agente, nas circunstâncias, podendo fazer, se esperava.

Infrações penais são informadas pelo dolo ou pela culpa "stricto sensu". O dolo é constituído pelos elementos intelectual e volitivo; com consciência e vontade o agente dirige, finalisticamente, sua ação ou não a realiza, quando esperada e podendo realizá-la, a ofensa a bens jurídicos (vida, integridade física etc.), protegidos por comandos proibitivos (no homicídio, a norma veda a ação de matar alguém; nas lesões corporais, coibe-se a ação pela qual se ofende a integridade corporal ou a saúde de outrem) ou comandos imperativos (pelos quais se espera a ação negada pelo agente). Aliás, a se tratar de omissão, diferenciam-se os crimes omissivos puros ou próprios dos omissivos impuros, impróprios ou comissivos por omissão. Nos primeiros, a ação esperada, mas negada, é exigida de todos indistintamente. É o caso do art. 135, do Código Penal, cujo preceito incriminador trata da omissão de socorro, ou seja: "Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública". Nos segundos, nos crimes omissivos impróprios impuros ou comissivos por omissão a omissão só será penalmente relevante quando o agente tenha o dever de evitar o resultado ou de tentar evitá-lo, na forma do art. 13, parágrafo segundo, letras, a, b e c, do Código Penal, ou seja, quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem: a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; b) de outra forma assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado. Culpa em sentido estrito deve ser vista normativamente. O Código Penal não a define. Limita-se, no art. 18, II, a apresentar espécies caracterizadoras do crime culposos, ou seja, a negligência, a imprudência e a imperícia. Observo-lhes que o Código de Ética Médica perfilha tal posição, porque, na regra do art. 29, e sobre a responsabilidade profissional proíbe, pelo médico, a prática de atos danosos ao

paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência. Observo-lhes também que só excepcionalmente pune-se a conduta - comissiva ou omissiva - informada por culpa "stricto sensu, ex vi" do art. 18. par. único, do Código Penal: "salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente".

Há, no tipo definidor do ilícito criminal culposo, um elemento normativo, ou seja: através dele, impõe-se ao agente que conduza bem sua vida, orientando-a à observância do dever objetivo de cautela. Há situações perigosíssimas que não podem ser eliminadas - sobejam exemplos na prática médica - porque imprescindíveis ao homem e seu regular e salutar desenvolvimento.

A atividade médica é objetivo de incentivo estatal e, pelo Poder Público, é autorizada e regulamentada. Atuando como médico, desde que regularmente, mesmo que de sua atuação decorra ofensa a bem jurídico tutelado, o médico encontra-se amparado por causa excludente da antijuridicidade. Trata-se do exercício regular de um direito, contido no art. 23, III, do Código Penal. Constitui absurdo punir o médico por lesões corporais porque, ao tratar, cirurgicamente, o paciente, pratica, nele, incisões necessárias e inarredáveis. Claro se desnecessárias ou prescindíveis as incisões o exercício de um direito deixará de ser regular. Não se excluirá a antijuridicidade e o médico será punido criminalmente, na forma prescrita pelo art. 23, parágrafo único, do Código Penal, ou seja, "o agente, em qualquer das hipóteses deste artigo, responderá pelo excesso doloso ou culposo".

Cabe-me alertá-los para outras questões: imaginemos que o paciente não possa consentir ou alguém por ele não possa também consentir e o médico deva, urgentemente, submetê-lo a uma cirúrgica intervenção. Imaginemos que o paciente possa consentir mas se recuse, peremptoriamente, a submeter-se a uma intervenção cirúrgica, inadiável e indispensável comprovadamente. Ou, finalmente, imaginemos que um particular - não médico e à inexistência deste - trate, cirurgicamente, alguém, visando a arrostar situação de perigo atual e inevitável à sua vida. Nesses casos, admite-se que o médico ou o particular amparar-se-ão, não pelo exercício regular de um direito mas pelo estado de necessidade do art. 23, I, definido pelo art. 24, ambos do Código Penal. Há o deslocamento da justificação para outra causa excludente da antijuridicidade em razão da inexistência de consentimento ou do dissenso ou ainda da falta de capacitação profissional.

Pode-se diferenciar ignorância e erro. Ignorar algo é nada saber sobre ele. Errar sobre algo é ter sobre ele percepção diversa do que ele signifique. Equivalem-se entre si a ignorância e o erro. Contudo, se a ignorância mais se aproxima da imperícia, o erro liga-se mais de perto à negligência e à imprudência. Na imperícia, e para a compreensão do tema, os conhecimentos do médico são insuficientes ou tecnicamente inexistentes para habilitá-lo, eficazmente, à prática regular e portanto normal de sua profissão voltada a diagnosticar ou tratar certa patologia. Na negligência, há omissão de conduta exigida, regularmente, do médico. Na imprudência, a diligência regular deixa de ser empregada pelo médico. Tentarei dar exemplos. Imaginemos um oftalmologista que, numa cirurgia, anestesia alguém que, pela anestesia aplicada, sucumba. Evidentíssima a falta de perícia e, por isso, a inabilitação do médico a tal mister. O anestesista que determina a aplicação de soro antitetânico na vítima, sem, antes, submetê-la aos testes de sensibilidade, acarretando, com isso, sua morte por deficiência cardíaca (RT, 549/345) age

culposamente. **Manifesta a negligência médica.** E que dizer para aquele que, ao fazer a anestesia em braço do paciente, a ministra na artéria e não na veia, imprudentemente desprezada, braço que, por causa disso, depois é amputado como consequência de irreversível gangrena, ou que, durante a cirurgia, apesar de anestesista, em salas diversas atende pacientes diferentes ou que se ausenta do centro cirúrgico para lanchar?

Observo que médicos envolvidos com a Justiça Criminal elegem como defesa o caso fortuito ou a força maior para, com um ou outra, tornarem pó-de-traque a imputação de crime. Dois exemplos: em São Paulo, o Tribunal de Justiça inacolheu defesa calcada na ocorrência de caso fortuito ou força maior, quando, num acidente respiratório (sempre cogitado pelos operadores), no decorrer de uma anestesia geral, o anestesista inobservara as cautelas legais e normas técnicas a que estava obrigado ("apud" Wanderby Lacerda Panasco, a Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos, p. 141) ou que, inobservada regra técnica, realizou anestesia sem assistência ao paciente e em dose excessiva" (ob. e loc. citis.)

A culpa grosseira não se compatibiliza com o caso fortuito ou com a força maior. Nesse passo, tenham em mente o seguinte o resultado - só o resultado, p.e., a morte, a lesão corporal etc. não basta. só ele, à caracterização do crime culposo. Neste, além do resultado, é indispensável a existência de um nexo de causalidade entre a conduta médica, má desenvolvida ou desempenhada com inobservância de regra técnica, e o resultado ofensivo ao bem jurídico tutelado. Nesse sentido, o Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo decidiu que sem que haja nexo de causa e efeito entre ação ou omissão do agente e o evento morte, não pode ele ser responsabilizado por esta" (RT, 529/368). Há casos em que, embora utilizados, pelo médico, todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, o resultado ainda assim ocorreria fatalmente. Eis um exemplo: determinado médico, no interior, fora acusado de homicídio culposo, porque, chamado a atender certo paciente, negou-lhe atendimento. Morreu o doente. Demonstrou-se, depois, que, apesar da omissão, o paciente encontrava-se instalado em unidade de terapia intensiva e alvo de assistência por outro médico. Ademais, mostrou-se que a morte era inevitável, por melhor que fosse o pronto atendimento prestado ao paciente contaminado pelo câncer disseminado pelos órgãos vitais de seu corpo.

Claro que, no exercício de sua profissão, o médico defronta-se com situações de risco, pelas quais não poderá ser nivelado, por conjecturas ou néscios subjetivismos, a um dado padrão ou que, nas circunstâncias de desenvolvimento objetivo de certo fato, cumpria-lhe adotar uma ou outra providência porque o "homo medius" assim agiria.

()ra, a previsibilidade deve ser objeto de análise tendo em vista o caso concreto. Ela não se presume e ela não deve ser imposta em detrimento do médico. Aqui, peço-lhes licença para lembrar de Nelson Hungria, o qual escreveu: "Cada caso concreto tem de ser apreciado de um ponto de vista relativo. Um médico da roça que, alheado ao progresso científico, emprega, num caso de urgência, um processo operatório já condenado, e vem a causar a morte do paciente, deve ser considerado isento de culpa. Em caso idêntico, entretanto, não se eximirá de pena, a título de culpa, um especialista cidadão, que não pôde deixar de ter o ouvido atento ao último grito da ciência" . (Comentários ao Código Penal, vol. I. tomo II, p. 206, n.º 80).

Contudo, não vejo as coisas assim tão simploriamente como Hungria as viu. Hoje, principalmente hoje, como o desenvolvimento global das informações, as técnicas voltadas ao diagnóstico e ao tratamento das doenças difundem-se rapidamente. Não é crível que, em 1990, sob o estapafúrdio argumento de residir na roça, esteja o médico desobrigado de estudar e de diuturnamente aprimorar-se e autorizado, pela desídia, a praticar, grosseiramente, condutas danosas a pacientes. Nesse sentido, contra a preguiça oponho a regra do art. 5.º, do Código de Ética Médica: "O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente". Todos quase que num mesmo instante - conhecem o "último grito da ciência". Depois, não se concebe que, na roça, ainda exista o médico de Hungria a operar utilizando-se de método operatório condenado ou ultrapassado. A haver risco e tendo o resultado como provável negativamente ao paciente ao médico - p.e., quanto a adotar procedimento condenado ou a lançar-se a intervenção cirúrgica sem o equipamento indispensável à sua efetivação - cabe-lhe, sem dúvida alguma, negar a atuação, porque a omissão só é relevante penalmente quando o agente, além do dever de atuar, podia agir para evitar o resultado. Peço-lhes licença para homenagear Alcides Munhoz Neto. Homenageio-o lendo o seguinte trecho de sua excelente monografia - último trabalho jurídico do penalista do Paraná - denominado "Os Crimes Omissivos no Brasil"; "A superveniência do resultado só acarreta responsabilidade penal se o garantidor não se esforçou seriamente em impedi-lo. Não há omissão imputável se, apesar de todos os esforços, o resultado não pode ser evitado. Se o fracasso da ação impeditiva era evitável, pode subsistir responsabilidade a título de culpa" (p. 24). Esforçar-se seriamente não significa, diante do risco e do resultado nocivo previsível, atribuir foros de cidadania o erro grosseiro de médico imperito, negligente ou imprudente. Aliás, a desinformação pela incúria a inabilita o médico para o exercício da medicina tem a ver com a ofensa o dever objetivo de cuidado imposto pela vida de relação, que se constitui no substrato material à caracterização do crime culposos.

Desculpem-me por ter sido longa a minha intervenção. Muito deixei de tratar aqui. Bons e maus médicos existem. Faltas eles podem cometer. Os bons se as praticam não se envolvem com o órgão investido de jurisdição e competência criminal, porque a puni-las criminalmente - escreveu Hungria - pela constatação do erro profissional, paralisar-se-ia a ciência médica, impedindo os pesquisadores de tentarem novos métodos de cura ("apud" Mirabete, Manual de Direito Penal, I, p. 148, n.º 3-8-7). Dos maus tratará o juiz criminal, quando evidente, rude ou tosco, comprovadamente, o erro por eles patrocinado.

A COLOCAÇÃO DE CID NOS ATESTADOS MÉDICOS

Parecer CFM

Através de diversos documentos, protocolados neste Conselho Federal de Medicina sob n.ºs 1134, 1136, 1148 e 1337/90, são suscitadas dúvidas e questionamentos diversos relativos à colocação de CID nos atestados médicos.

Reiteradas manifestações deste Conselho Federal de Medicina, através de pareceres, embasados na legislação vigente a respeito de segredo profissional, devidamente capitulada no Código Penal, Código de Processo Penal, Código Civil, Código de Processo Civil e Código de Ética Médica, permitem esclarecer que:

1 - "O segredo médico é uma espécie do segredo profissional assim erigido na busca da preservação da intimidade do paciente. Conseqüentemente, o segredo médico existe e pertence exclusivamente ao paciente, única pessoa com legitimidade para dele dispor" (parecer AJ, ref. ao PC. n.º 424/86), estando, conseqüentemente, todas as informações que o médico obtém ou deduz no exercício do seu mister por ele acobertadas (parecer AJ, ref ao PC. nº 2755/87).

2 - "Assim, tendo em vista que somente o paciente é o detentor do quanto está acobertado pelo segredo médico, só a ele é facultado o poder de lançar mão deste sigilo, liberando sua divulgação" (parecer AJ, ref. ao PC. n.º 2755/87).

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

Esta autorização elide a incidência do disposto nos artigos 46 do CBDM e 154 do Código Penal, pois constitui a figura da "justa causa" de que fala o mencionado artigo 154 do Código Penal e que tem o condão de autorizar o médico a revelar o diagnóstico, codificado ou não, sem que isto implique em conduta criminosa ou antiética" (parecer AJ, ref. ao PC. n.º 14/86).

Esclarecemos, aqui, que os preceitos estabelecidos no artigo citado no CBDM continuam vigentes sob o artigo 102 do CEM aprovado pela Resolução CFM n.º 1246/88.

4 - "Ao médico, fora das hipóteses contempladas por lei, é vedado fazer tal revelação sob pena de além de incidir em falta ética também cometer um crime" (parecer AJ, ref. ao PC. n.º 2755/87).

Qual a norma que obriga o uso do CID? Qual seu objetivo e sua legitimidade/ legalidade? Posição definitiva deste Conselho Federal de Medicina:

Deixemos que o mestre Genival Veloso de França esclareça, uma vez mais:

"O Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Portaria n.º 3291, de 20 de fevereiro de 1984, subordina a eficácia do atestado médico, para justificativa de faltas ao serviço, por motivo de doenças, à indicação do "diagnóstico codificado, conforme o Código Internacional de Doenças".

O Regulamento dos Benefícios da Previdência Social e a Consolidação das Leis da Previdência Social disciplinam o benefício do auxílio-doença, deixando a cargo do empregador o pagamento dos salários do empregado durante o afastamento dos primeiros quinze dias, somente encaminhando o segurado ao serviço médico do

INPS a partir do décimo sexto dia. Daí se conclui que, nenhum ônus cabe à Previdência durante os primeiros quinze dias de ausência do trabalho por motivo de doença, mas ao próprio empregador. E ainda assim, a Portaria ministerial insiste perante a empresa na "necessidade de o empregado justificar sua ausência perante a empresa onde presta serviço, por motivo de doença".

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

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

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

Pelo visto a Portaria MPAS n.º 3291, de 2 de fevereiro de 1984, no item que impõe o diagnóstico codificado, é contraditório, prejudicial ao empregado, comprometedora da fé pública que requer os documentos oficiais e é ostensivamente ilegal por se colocar em franco conflito com a lei".

(Parecer ref. ao Proc. Cons. CFM n.º 1133/87)

CONCLUSÃO

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

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

Este é meu parecer s.m.j.

Brasília, 31 de julho de 1990.

Hercules Sidnei Pires Liberal
Secretário Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/9/90

NOTA do Editor: Vide a respeito do assunto "Arquivos" n.º 20

HISTÓRIA DA CRIAÇÃO DOS CONSELHOS DE MEDICINA

Wadir Rúpollo*

Visa-se neste número 50 da Revista "Arquivo do conselho Regional de Medicina do Parná", apresentar um resumo histórico dos percalços enfrentados na criação dos Conselhos de Medicina em geral e em particular o Conselho Regional de Medicina do Paraná.

A primeira notícia para a criação de um órgão oficial para normatizar e disciplinar o exercício da medicina, data do ano de 1924, quando Pinto da Rocha propôs a criação de uma "Comissão de Ética" no I Congresso Brasileiro de Estudantes, realizado sob os auspícios da Academia Brasileira de Medicina, no Rio de Janeiro.

Em 25 de novembro de 1927 é fundado o Sindicato dos Médicos, com a finalidade de promover a defesa e o amparo da classe, criando regras para a conduta dos profissionais e o relacionamento médico-paciente, elaborando, para tais fins um Código de Deontologia Médica.

No I congresso Médico Sindicalista Brasileiro, realizado no Rio de Janeiro em julho de 1931, votou-se o pretendido "Código de Moral Ética" elaborado no VI Congresso Médico Latino-Americano, realizado em Havana em 1926 - onde se dispunha sobre a criação do "Conselho de Disciplina Profissional", com a finalidade de zelar pelas determinações do Código e aplicar as penalidades aos que a infringissem.

O Código foi promulgado em 14 de outubro de 1931 e em novembro, em assembléia das entidades médicas estaduais, foram eleitos os membros do Conselho de Disciplina Médica, com sede no Rio de Janeiro.

Não houve unanimidade de aceitação do Código, tendo surgido discussões acaloradas criando ressentimentos e discordâncias que prejudicaram proposições anteriores que visavam o bem da coletividade médica.

Contúdo, no II Congresso Médico Sindicalista Brasileiro, realizado em Porto Alegre, em junho de 1933, realizou-se alterações do Código antes aprovado; criaram-se os Conselhos de Disciplina Médica Regionais e encaminhou-se moção ao Governo, solicitando a oficialização dos Conselhos e do Código. Em outubro do mesmo ano o Supremo Conselho de Disciplina Médica foi eleito e simultaneamente eram providos os cargos dos Conselhos Regionais.

Tais Conselhos tiveram curta duração, por não constituírem órgãos legalmente reconhecidos e, portanto, sem o direito de exigir o acatamento de suas deliberações.

No Congresso Sindicalista Sul-Riograndense de 1936 com a participação da Associação Paulista de Medicina, do Sindicato dos Médicos de São Paulo e Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul, foi discutida e aprovada a proposta de criação de "Ordem dos Médicos", numa demonstração do desejo de condicionar a classe médica, de órgão capacitado à defesa dos legítimos interesses profissionais "e que seria o órgão de seleção e disciplina da classe médica no país, tutelar de seus direitos e interesses morais e econômicos".

Alguns Sindicatos se manifestaram contrários à tutela de natureza econômica, já então prerrogativa dos órgãos sindicais. Outros advogavam que o projeto ficasse

*Conselheiro do CRM-PR

exclusivamente voltado para os assuntos referentes à moral médica. A discussão atingiu tal clímax que houve o arquivamento do projeto.

Continuava, apesar de tudo, a controvérsia quando surgiu, já no Estado Novo em 1938, no Ministério da Educação e Saúde, outra iniciativa de implantação da "Ordem dos Médicos", também fracassada, ficando claro o desejo de se confiar à entidades distintas a defesa dos aspectos éticos e de ordem econômica da profissão.

Desde então debates acalorados seriam realizados, levando afinal, em 13 de setembro de 1945 à criação do Decreto Lei nº 7955, que dispunha sobre o assunto.

Mesmo assim, as entidades que se manifestaram contrárias, mantiveram oposição ferrenha. Contudo, em junho de 1946, por Decreto do Presidente Dutra, foram providos os cargos de membros do Conselho Federal Provisório de Medicina, constituído sem poder judicativo, mas com o fim especial de instalação dos Conselhos Regionais para futuramente eleger o primeiro Conselho Federal.

Persistiram os opositores, procurando anular cada tentativa para o cumprimento dos designos, surgindo uma investida para ressuscitar o antigo projeto da "Ordem dos Médicos", que não vingou.

Foi então que se instalou o primeiro Conselho Regional do Ceará, em 13 de novembro de 1951, seguido em 25 do mesmo mês pela formação do Conselho do Distrito Federal hoje Rio de Janeiro, vindo logo depois o do Pará em 15 de abril de 1952 e o do Rio Grande do Sul em 16 de maio do mesmo ano. Graças à criação destes Conselhos foi eleito o primeiro Conselho Federal de Medicina, empossado solenemente a 24 de junho de 1952. Entre as iniciativas mais relevantes registrou-se o envio à Câmara dos Deputados, de anteprojeto de lei apresentando modificações ao Decreto 7955, de 13 de setembro de 1945, que seria convertido na Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, reestruturando os Conselhos de Medicina, tornando explícita a sua autonomia e personalidade jurídica, entregando exclusivamente à sua autonomia e personalidades jurídica entregando exclusivamente à classe médica, o controle de suas atividades.

Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de abril de 1958, estando em vigor até a presente data.

Curitiba, 11 de junho de 1996.

CRIAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Wadir Rúpollo*

A legislação dos Conselhos de Medicina se inicia com o Decreto Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, que somente seria aplicada em 1951 quando na forma de lei se constituiu o Conselho Federal Provisório de Medicina que viria a criar os quatro primeiros Conselhos Regionais, Ceará, Distrito Federal, Pará e Rio Grande do Sul. Em eleição indireta elegeriam os membros do primeiro Conselho federal de Medicina, empossado em 24 de junho de 1952, para o período entre 1952 à 1957. Foi eleito para a Presidência o Professor Augusto Marques Torres, que viria a renunciar no dia 02 de junho de 1953, passando a ocupar o cargo, o Vice-Presidente Dr. Agostinho Menezes Monteiro e o de Vice-Presidente, o Conselheiro Arlindo de Assis.

Ambos renunciaram a seus mandatos em 02 de dezembro de 1958, tendo assumido a Presidência o Primeiro Secretário, Dr. João de Albuquerque até a próxima eleição que se realizou em 10 de setembro de 1959.

O Conselho Federal de Medicina então constituído, recebeu do Presidente Getúlio Vargas a incumbência de elaborar um projeto que regulamentasse o Decreto Lei nº 7.955, que se converteu no Projeto de Lei nº 172-B, de 1955, remetido ao Congresso Nacional pelo Presidente Café Filho. Acrescido de numerosas emendas, aprovado na Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, foi sancionado pelo Presidente Juscelino Kubitschek em 30 de setembro de 1957, na forma de Lei nº 3.268, até hoje em vigor.

Em 17 de dezembro de 1957, o Professor Agostinho Menezes Monteiro, Presidente do Conselho Federal de Medicina, baixa a Resolução CFM nº 1, determinando a criação "ad referendum" do Conselho Federal de Medicina, de Diretorias Provisórias nos Estados e Territórios com o encargo da instalação dos respectivos Conselhos Regionais.

Em 21 de dezembro de 1957, recebe o professor Ernani Simas Alves, a incumbência de organizar, através da Associação Médica do Paraná, por ele presidida, a Diretoria Provisória que tomará a seu cargo a instalação do Conselho Regional.

Cumprindo às determinações é apresentada em 24 de janeiro de 1958, os membros da Diretoria Provisória, que foi referendada pelo Conselho Federal de Medicina no dia 31 de janeiro de 1958 e empossada em 12 de março, ficando assim representada

Presidente:	Prof. Milton Macedo Munhoz
Vice-Presidente:	Dr. Aroldo Marques Sardenberg
1º Secretário:	Dr. João Átila Rocha
2º Secretário:	Dr. Benoni Laurindo Ribas
Tesoureiro:	Dr. João Ernani Bettiga

O cadastramento dos médicos e o fornecimento de Carteiras foram realizados, sendo as inscrições dos profissionais que se encontravam registrados nos órgãos de Saúde Pública feitas mediante prova do registro na repartição competente.

*Conselheiro do CRM-PR

A resolução CFM nº 23, estabelece que a eleição para Conselheiros deve ser realizada no dia 04 de setembro de 1958, o que não se efetuou por decisão de negativa do registro à única chapa apresentada, por não cumprir as normas estabelecidas e conter rasuras que a invalidavam.

Tal atitude foi comunicada ao Conselho Federal de Medicina. Ao mesmo tempo era fixado novo prazo para inscrições de chapas e se convocava a eleição para o dia 15 de outubro.

Terminado o prazo, duas chapas estavam inscritas, mas somente uma cumpria as determinações legais, que tinham sido amplamente divulgadas. Houve várias manifestações de médicos com o intuito de tumultuar a marcha dos trabalhos, procurando obstaculizar o bom andamento do processo eleitoral.

Contúdo, no dia aprazado, 15 de outubro, as eleições se realizaram sem o registro de qualquer intercorrência, na maior regularidade, sendo sufragada a chapa de nº 1, assim constituída:

Efetivos

Dr. Abdon Pacheco
Dr. Alceu Fontana Pacheco
Prof. Atlântido Borba Côrtes
Prof. Anchises Marques de Faria
Prof. Ernani Simas Alves
Dr. Gastão Pereira da Cunha
Dr. Haroldo T. Beltrão
Dr. Heinz Rüecker
Dr. Irineu Antunes
Prof. João Vieira de Alencar
Dr. Lysandro Santos Lima
Prof. Mário Braga de Abreu
Dr. Ney Regattieri Nascimento
Dr. Plínio Mattos Pessoa
Dr. Orlando Malucelli Moro
Dr. Carlos Barbosa Góis
Dr. Carlos Costa Branco
Dr. João Dias Aires
Dr. Roaldo Amundsen Köehler
Prof. Ruy Noronha Miranda
Delegado Eleitor Efetivo
Dr. Pedro Emílio de Cerqueira Lima

Suplentes

Dr. Adyr Soares Mulinari
Dr. Amílcar Gigante
Dr. Arnaldo Moura
Dr. Atílio D'Aló Júnior
Dr. Carlos Cunha
Dr. Eduardo Correia Lima
Dr. Eloi Vicente Betttega
Dr. Felipe Lerner
Dr. Glaucio Bândeira
Dr. Hamiltom Lacerda Suplicy
Dr. João Figueiredo
Dr. Cyceu Carlos de Macedo
Dr. Milton Munhoz Filho
Dr. Miroslau C. Baranski
Dr. Moacyr Teixeira Pinto
Dr. Osvaldo Faria da Costa
Dr. Rubens Wallbach
Dr. Waldemar Monastier
Dr. Waldemiro Hack
Dr. Walfrido Meirelles Leal
Delegado Eleitor Suplente
Dr. Iseu de Santo A. da Costa

Votaram 480 médicos, 87 dos quais do Interior, constituindo maioria esmagadora, uma vez que naquela data encontravam-se inscritos 579 profissionais, embora o número de médicos estimados no Estado fosse acima de 1.000.

No dia 04 de dezembro de 1958, a Resolução CFM nº 46, de 19 de novembro, nega a homologação às eleições e determina a realização de novo pleito, sob o fundamento de inobservância dos prazos.

Inconformada a Diretoria Provisória no dia 11 de dezembro, encaminha ao Presidente Agostinho Menezes Monteiro, do Conselho Federal de Medicina, após historiar a sua atuação desde a posse em março de 1958, o seguinte telegrama "Surpreendidos com a decisão 46 de 06 de novembro passado, do Conselho Federal de Medicina, que negou homologação às eleições de 15 de outubro, realizada com todas as formalidades legais, renunciámos coletivamente e em caráter irrevogável aos cargos que ocupamos na Diretoria Provisória do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Saudações. Assinado pela Diretoria".

Tal atitude é levada ao conhecimento da Presidência da Associação Médica do Paraná, Dr. Pedro Emílio Cerqueira Lima Neto, a quem é confiado a guarda da Sede Provisória do CRM, localizada no Edifício Garcez do Nascimento à Rua Ébano Pereira. Finalmente, através da Resolução CFM nº 67 de 09 de abril de 1959, foi homologada a eleição realizada em outubro passado.

Os conselheiros representantes da Associação Médica do Paraná, seriam eleitos e posteriormente empossados perante o Conselho definitivo.

No dia 30 de maio de 1959, às 18:00 horas, no Auditório da Reitoria da Universidade do Paraná, a Diretoria Provisória do Conselho Regional de Medicina do Paraná, deu posse aos membros eleitos, constituindo o primeiro Corpo de Conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Paraná, com a seguinte Diretoria:

Presidente:	Dr. João Vieira de Alencar
Vice-Presidente:	Dr. Adolfo Barbosa Goes
1º Secretário:	Dr. Ernani Simas Alves
2º Secretário:	Dr. Plínio Mattos Pessoa
Tesoureiro:	Dr. Ruy Noronha Miranda

Esta Primeira Diretoria iria gerir o Conselho Regional de Medicina do Paraná entre os meses de maio de 1959 à dezembro de 1961.

Curitiba, 13 de junho de 1996.

O QUE FAZER QUANDO A FAMÍLIA NÃO AUTORIZA UMA AMPUTAÇÃO

Parecer CRM-PB

O que fazer quando um médico se vê diante de um paciente com um baixo nível de consciência, com um membro gangrenado, tendo que amputar, sob pena de risco de vida, mas que não recebe o consentimento da família para fazê-lo?

“Senhor Presidente:

Tenho a honra de dirigir-me a Vossa Senhoria para, em atendimento ao despacho de fls., emitir o seguinte parecer:

PARECER

O Conselheiro JOÃO ALBERTO MORAES PESSOA relata que determinado paciente foi admitido em hospital, com nível baixo de consciência, apresentando quadro de gangrena de membro inferior que após avaliação, por mais de um médico, foi indicada a amputação do referido membro. A família após ser convocada, foi unânime em recusar o procedimento indicado”.

Consulta-nos: “Gostaríamos, portanto, de saber como proceder para que legalmente pudéssemos estar acobertados, pois deixando de amputar poderíamos incorrer na omissão e amputando incorrer no crime de lesão definitiva ou promover ato médico sem a permissão do responsável”.

Ao que me parece, o cerne da questão reside justamente no arbítrio do profissional em fazer ou deixar de fazer o ato médico, frente ao iminente perigo de vida, sem autorização dos familiares.

É *communis opinio* que a liberdade individual de cada cidadão está plenamente assegurada pela nossa legislação. Inobstante, estando a liberdade individual juridicamente garantida, não pode ela ser tolerada da maneira irresponsável, pois na medida em que ela começa a conflitar-se com a liberdade de outro ou com a seguridade de um bem maior protegido - aqui, a vida -, aí começam algumas de suas restrições *Esi modus in rebus* - há um limite entre todas as coisas.

Nesse diapasão, a nossa Lei Penal (artigo 146, I, do CPB) exclui a antijuridicidade do constrangimento no tratamento médico arbitrário diante ao iminente perigo de vida. Eis o texto legal :

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

§3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

£ - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida.

A contrário *sensu* qualquer enfermidade sem perigo imediato ou um risco de vida remoto não justifica intervenção sem o consentimento do paciente e/ou dos seus familiares.

Em casos antagônicos, o tratamento arbitrário é a maneira encontrada para salvar uma vida ameaçada de forma certa e imediata. Sacrifica-se um bem - a liberdade, para salvar um outro, de maior interesse e significação, que é a vida, da qual não pode o homem dispor incondicionalmente. Portanto, é justo o meio para um justo fim.

Cumpra aduzir que nos casos de não emergência, deve o médico ter sempre o consentimento expresso ou tácito do seu paciente ou dos familiares, pois aí está prevalecendo apenas interesse de ordem pessoal.

Não basta, apenas, um simples perigo à saúde, nem um remoto ou incerto perigo de vida. Mister se faz que a intervenção médica ou cirúrgica se apresente necessária, urgente e inadiável, para conjurar a iminência de morte do paciente.

Nestes termos, não se trata de discutir porque é legítima a ação curativa a que se faz contra a vontade do paciente. No caso, o que se tem a justificar é a intervenção que se pratica sem a anuência daquele que a sofre e, portanto, com violação real ou presumida da sua vontade, mas se pratica sob a permanência de risco de vida.

De sorte que, no caso em tela, estaria plenamente acobertado pela excludente de antijuridicidade o Sr. JOÃO ALBERTO MORAES PESSOA se porventura procedesse a necessária amputação do membro gangrenado, vez que - conforme o alegado - o quadro clínico apresentava risco de vida, permitindo-lhe a facultar agendi (faculdade de agir) de acordo com sua consciência profissional, independentemente do estado de consciência ou não do paciente.

Mutatis mutandis, outro aspecto deve ser considerado, a omissão de socorro, delito tão antigo que se perde nas noites do tempo.

Diz o artigo 135 do Código Penal Brasileiro:

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

Penal - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Em caso análogo ao estudado, incorreria no tipo legal acima mencionado o médico que deixasse de proceder a devida intervenção cirúrgica, mesmo sem a aquiescência, em paciente que apresentasse iminente perigo de vida e disso resultasse dano à saúde ou a vida do mesmo. É o que chamamos de culpa In omittendo (culpa em omitir) em detrimento a obligatio faciendi (obrigação de fazer).

Impõe-se salientar que a omissão só é punível quando for possível prestar a assistência ou pedir socorro sem risco pessoal.

A propósito leciona o Professor GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, in DIREITO MÉDICO, 5ª edição, Editora Fundo Editorial BYK, pág. 196, in verbis:

"Se alguém sente-se incapaz de prestar socorro com eficiência, deverá recorrer a outrem, principalmente se aquele é o indicado para tal fim. No entanto, há circunstância em que, mesmo procurando-se socorro da autoridade, pela configuração do caso, pode-se considerar omissão de socorro quando a própria pessoa poderia prestar o atendimento. O dispositivo penal, ao referir-se à autoridade

pública, o faz àquele que, pela própria natureza de seu ofício, está capacitado a intervir .

E mais:(Ibidem)

“Essa assistência imposta pelo nosso diploma legal deve ser prestada não apenas quando as circunstâncias exigirem, mas também quando for possível realizá-la sem risco pessoal e sem violar interesses maiores. Por outro lado, é necessário que a alegação da não prestação de socorro não se prenda a pretextos fúteis ou pequenos danos. É claro que a lei não poderia exigir que sempre diante de um periclitante um homem se transformasse em herói ou bom samaritano, a ponto de sacrificar-se pelo seu próximo.

Entretanto, achamos que existem profissões que pelo seu próprio caráter acarretam a exigência de determinados riscos. Assim é o salva-vidas, o policial e o soldado de fogo. O médico, pelo seu sentimento ético e pela sua consciência profissional, deve, até certo ponto, correr o risco pessoal que certas circunstâncias impõem, pois o fundamento de sua profissão é socorrer seus semelhantes.”

Desta feita, o médico diante de um quadro clínico tal qual o aqui descrito, não deve condicionar-se ao consentimento do paciente ou dos seus familiares e deixar de prestar a assistência que se impõe, mas submeter-se aos ditames da ciência e ao real interesse que as circunstâncias exijam, sob pena de se manietar nos grilhões da lei por omissão de socorro.

Reforço: mesmo havendo resistência demasiada que o impeça de praticar o ato médico necessário e salvador, deverá recorrer às autoridades policiais e judiciárias, salvaguardando sua responsabilidade e tentando outros recursos para prolongar a vida do paciente, enquanto se concretize a intervenção da autoridade competente. Há até quem pense que o médico não deve pedir autorização a qualquer que seja a autoridade, pois condicionar a salvação de uma vida às marchas e contramarchas do mecanismo policial ou judicial é simplesmente negar a autoridade e a competência medica.

É este o meu parecer, s.m.j.

Genival Veloso de França Filho.

Adv. Assessor Jurídico

Transcrito do Jornal do CRM-PB.

O MÉDICO RESIDENTE É RESPONSÁVEL POR ATOS MÉDICOS REALIZADOS

Parecer CFM

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

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

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

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

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

“A consulta acha-se fundamentada nas recentes organizações que tentam responsabilizar juridicamente profissionais que venham a incidir em erros médicos. Preliminarmente, é de se esclarecer que nos termos do artigo 17 da Lei nº. 3268, de 30 de setembro de 1957, os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Com efeito, o médico ao se inscrever no Conselho Regional de Medicina adquire a prerrogativa de exercer a profissão, visto que a exigência “sine qua non” está satisfeita. Em que pese a preocupação do consulente, temos que a Residência Médica, conforme dispõe o artigo 1º da Lei 6931, de 07/07/81, é uma modalidade de ensino de instituição prestadora da assistência médica.

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

É o parecer, s. m. j.
Brasília, 08 de novembro de 1991.

Hilário Lourenço de Freitas Junior
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/01/92

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



Dr. Mario Antonio Ferrari, Presidente do Sindicato dos Médicos do Paraná (esquerda), Dr. Luiz Sallim Emed, Presidente do CRM-PR, Dr. Waldir Paiva Mesquita, Presidente do CFM e Dr. João Carlos Simões, Presidente da Associação Médica do Paraná, quando da recente reunião do Conselho Federal de Medicina, em Curitiba.

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
13(50), 1996

Pediatra - Depois não diga que não sabia !!!!



FENILCETONÚRIA E HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO "TESTE DO PEZINHO"

Além de ser uma demonstração de qualidade do atendimento médico e hospitalar, a realização do "Teste do Pezinho" para o diagnóstico precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria é uma obrigação da lei.

A não realização do teste em criança com a enfermidade, sujeita o médico e hospital a processo de indenização. Não corra o risco. No Paraná, não há motivo para não solicitar o teste no hospital, pois, ele é gratuito.

Veja algumas normas legais que obrigam a feitura do teste.

Lei Federal N.º 8.069 de 13 de julho de 1990

Estatuto da Criança

Do Direito à Vida e à Saúde

Artigo 10º

III - Proceder a exame visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais.

Lei Federal N.º 8.078 de setembro de 1990

Código do Consumidor

Dos Direitos do Consumidor

Da responsabilidade pelo fato do serviço

Artigo 14º - O fornecedor de serviços responde, independentemente de existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua função e risco.

§ 3º - O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste.

II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

Portaria N.º 22 do Ministério da Saúde 15 de janeiro de 1992.

I - Tornar obrigatória a inclusão no Planejamento das Ações da Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, público e privado, contratados em caráter complementar, do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria.

Lei Estadual N.º 8.627 de 9 de dezembro de 1987

Artigo 1º - É obrigatório a realização de provas para o diagnóstico precoce de fenilcetonúria, do mongolismo e outras má-formações genéticas, cromossômicas em todas as crianças nascidas nas maternidades e casas hospitalares, mantidas pelo Estado do Paraná.

Parágrafo Único - aplica-se o disposto neste artigo às maternidades e casas hospitalares particulares subvencionadas pelo Estado, ou conveniadas, com o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado do Paraná.

Resolução N.º 1246/88 do Conselho Federal de Medicina

Código Ética Médica

É vedado ao Médico:

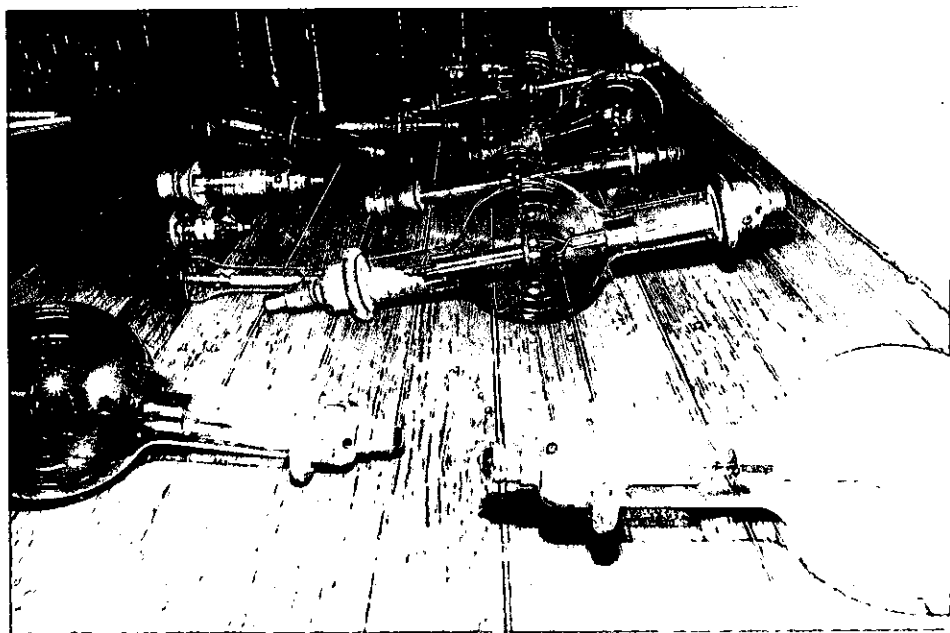
Artigo 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

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 consultório, vestuário, etc.
Ligue para a secretaria da AMP: 342-1415



Válvulas

Coleção de antigas válvulas de aparelhos de radiologia e radioterapia. Estas não são mais usadas nos modernos aparelhos e apresentavam grandes dimensões. Vários foram os colegas doadores.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

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

2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Cons. Alvaro Rea Neto
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons.* Wilma Brunetti
Cons.* Zaira Lúcia Letchacovski de Mello

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares
Cons. Antonio Katsumi Kay
Cons.* Marília Cristina Miliano Campos
Cons. Ricardo Rydygier de Ruedige
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizetti Dimer Giambardino Filho
Cons. Ivani Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Luvizotto
Cons.* Mara Albonet Dudeque Pianovski

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.* Eleusis Ronconi de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons. Mônica De Biase Wright Kastrup

6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Maranhão
Cons. Carlos Castello Branco Neto
Cons. José Carlos de Miranda
Cons. Luiz Jacintho Siqueira (Foz de Iguaçu)
Cons.* Mônica De Biase Wright Kastrup
Cons. Nelson Antonio Banulatti Filho (Foz de Iguaçu)

7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Gilberto Sadioto (Guarapuava)
Cons. Luiz Salim Emed
Cons. Odair de Floro Martins

8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. Carlos Roberto Goytacz Rocha
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Cons. Alberto Acolty 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. Daebes Galati Vieira
Cons.* Mara Albonet Dudeque Pianovski

11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons.* Ivanira Maria Martins
Cons.* Mônica De Biase Wright Kastrup

12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda
Cons.* Mônica De Biase Wright Kastrup

DELEGACIAS REGIONAIS

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. Ivan Pozzi
Dr. Junot Cordeiro
Dr. Antonio Celso Bushardo
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas
Dr. Edgard Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Mário Tadatti Iria
Dr. Sinésio Noreira Junior
Dr.* Sueli Aparecida Kublack Gorta
Dr. Walter Marcondes Filho

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kernel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Mirao Okawa
Dr. Giancarlo Sanchez (Secretário)
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianoto
Dr. Mário Massaru Miyazato
Dr. Cláudio Cordeiro Albino
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Tesoureiro)
Dr.* Maria Tereza Coimbra
Dr. Murilo Narciso

DELEGACIAS SECCIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Enio Garletti (Suplente)
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)
Dr.* Mari Mardas Tedy (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilbeto Sadioto (Presidente)
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)
Dr. Argos Von Leisinger (Colaborador)
Dr. Antonio França de Araújo (Suplente)
Dr.* Iara Rodrigues Vieira (Suplente)
Dr. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)
Dr. Ildelfonso Amoedo Canto (Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obzut 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. Keith de Jesus Fontes (Secretário)
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka (Colaborador)
Dr. Namir Cavalli (Suplente)
Dr. Faustino Garcia Alvarez (Suplente)
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Mello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UNUA RAMA

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