



# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 14 n. 53 - janeiro / março - 1997

**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 EFETIVOS**

Dr. Agostinho Bertoldi  
Dr. Daebes Galati Vieira  
Dr.<sup>2</sup> Eleusis Ronconi de Nazareno  
Dr. Gerson Zafalon Martins  
Dr. Hécio Bertolozzi Soares  
Dr. Ivan Pozzi (Londrina)  
Dr. João Batista Marchesini  
Dr. Kemel Jorge Chammas (Maringá)  
Dr. Luiz Carlos Sobania  
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Dr. Luiz Sallim Emed  
Dr.<sup>2</sup> Mara Albonei Dudeque Pianovski  
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Dr. Mário Lobato da Costa  
Dr.<sup>2</sup> 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> Wilma Brunetti  
Dr.<sup>a</sup> 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. 14	n. 53	p. 1-58	Jan/Mar.	1997
-------------------------------	----------	-------	-------	---------	----------	------

## EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

## CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlke Braga Filho

Duilton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

## IMPRESSÃO

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

13.500 exemplares

## EDIÇÃO

Trimestral

## Sumário

Aspectos Éticos e Legais na Anticoncepção de Emergência .....	1
Interrupção da Gestação .....	5
Pesquisa Envolvendo Seres Humanos .....	16
Você Acha Correto a Doação "Obrigatória" Para Órgãos ? .....	30
Médicos Precisam Resgatar a Força do Atestado Médico .....	32
Estupro: Incoerência Nos Códigos ! .....	35
Médico Não Pode Ser Perito de Seu Paciente .....	37
Fiscalização Das Ações de Saúde. Auditor Médico. SUS .....	38
Lista de Procedimentos Médicos da AMB Aprovada Pelo CRM/PR .....	42
Incineração de Tecidos Humanos (Peças Anatômicas) ou Cadáveres .....	44
É Possível Aprender Algo Com o Erro Médico ? .....	46
Fornecimento de Prontuário Para Auditorias do SUS e Outros Tomadores de Serviços e Para Autoridades Judiciárias .....	48
Conselho Municipal de Saúde Não Tem Direito de Requisitar Prontuário de Paciente .....	51
Não Fornecimento de Prontuários às Empresas, Quando da Apresentação de Contas Por Serviços Prestados .....	54
Médico Não Pode Pedir Exame Sorológico Para AIDS Sem o Consentimento do Paciente .....	56
Museu de Medicina da AMP .....	58

# 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.

# ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Marcia Rejane Vieira Marcondes Braga\*  
Carlos Ehlke Braga Filho\*\*

Conhecida popularmente como contracepção pós-coito ou pílula do dia seguinte, ela interfere na ovulação, na fertilização ou na implantação, na dependência da época do ciclo em que é utilizada e do método de escolha.

O Brasil optou pelo método de Yuzpe (200 ug de etinil-estradiol + 1.0 mg de levonorgestrel), como explicam os professores Claudete Regiani Mello e Rosires Pereira de Andrade, em texto de atualização sobre o tema e esclarecem que esta dose é conseguida, com a utilização do método anticoncepcional oral combinado monofásico, nome comercial Neovlar e Evanor utilizando-se 4 comprimidos (divididos em duas doses iguais espaçadas de 12 horas) iniciando até no máximo 72 horas de coito desprotegido.

A anticoncepção de emergência tem suas principais indicações nas situações de esquecimento de uso do anticoncepcional, falha no uso e nas hipóteses de violência sexual, onde sua utilização precisa ser objeto de resolução dos conselhos de classe.

É um método perfeitamente ético e legal e visa fundamentalmente a saúde do paciente. O artigo 57 do Código de Ética Médica lembra que o médico tem o dever de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente.

O artigo 67 do mesmo diploma legal é mais específico, impondo o dever do médico em respeitar o direito do paciente e decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

A ética médica preconiza a conciliação entre o respeito, a intimidade, integridade e ao princípio básico de autonomia, devendo o profissional ter a sensibilidade de decidir percebendo e avaliando o estado de dependência, vulnerabilidade e temor do paciente e em muitas vezes de seu companheiro.

A autonomia do paciente é compreendida como o poder que emana da capacidade dos seres humanos para pensar, sentir e emitir juízos sobre o que consideram corretos; esta autonomia passou a ser o princípio básico na relação médico-paciente e cada vez cresce ainda mais a exigência do respeito à decisão do paciente, após ter sido exaustivamente informado sobre as variantes médicas e psicossociais na anticoncepção de emergência.

A decisão é do paciente, o que não significa uma submissão do médico, que tem evidente a sua postura e ampla liberdade para agir de acordo com suas convicções; o que é inadmissível seria a imposição de sua decisão.

Entendo que a anticoncepção de emergência não caracteriza nenhum ilícito criminal, quer por parte do médico ou do paciente, pois o fato não é típico.

As normas jurídicas que definem crime e impõe penas, bem como suas condições, são denominadas normas penais. Na nossa legislação está inserido o princípio da reserva legal (não há crime sem lei anterior que defina, nem pena sem prévia cominação legal), como afirmou Heleno Cláudio Fragoso, representa

\* Advogada. Delegada de Polícia.; \*\* Professor Adjunto da Disciplina de Deontologia Médica, da UFPR.

importante conquista de índole política, inscrita nas Constituições de todos os regimes democráticos e liberais.

Não existindo norma penal específica que proíba a anticoncepção de emergência, a princípio é ela lícita sob o prisma jurídico, pois inexiste a tipicidade (definido por Leibild como a imagem reguladora, a qual tem de ajustar-se o fato para constituir crime).

Anibal Bruno é claro, "a ausência de tipicidade exclui o crime", o grande jurista prossegue afirmando a mesma conclusão: de excluir o crime nos casos em que falta, na ação praticada, alguns dos elementos constitutivos do tipo legal, seja o objeto, ou algum dos seus atributos típicos; então na realidade das coisas, a ação não se encaminha à realização de nenhum tipo penal e, portanto, a nenhum crime como por exemplo a mulher sobre quem se exercem as práticas abortivas mas que não está grávida. O objetivo é interromper a gravidez a qual inexistente.

A mulher que por qualquer razão encontra-se numa situação de risco de gravidez e que deseja evitá-la utilizando a anticoncepção de emergência, acredito tem sua ação livre, sem preocupação da ordem jurídica, pois, não existindo gravidez não há aborto.

O aborto sim é uma conduta típica e reprovável pelo Direito Penal, mas não pode o legislador considerar crime a conduta de alguém que quer evitar uma gravidez e não interrompê-la. A mulher que utiliza a anticoncepção de emergência não está provocando o aborto pois ela não sabe se está grávida; utilizando a anticoncepção hormonal 12 horas após o coito como é a orientação, seguramente não haverá gravidez, que sob o ponto de vista materno só se inicia com a nidação, o que ocorre em média no 4º dia depois do coito.

Sabendo-se que o espermatozóide é fértil até 48-72 horas após a relação sexual e o óvulo entre 12 e 24 horas após sua liberação do ovário, conclui-se que o risco da fecundação situa-se em torno de 24 horas após o contato sexual. Em razão deste risco o uso de pílula como método preventivo de gravidez é um direito da mulher, a quem cabe constitucionalmente regular a fecundidade, para que possa criar os filhos que realmente deseja e tem condições emocionais, físicas e financeiras, para o exercício da maternidade responsável. Na hipótese de ter ocorrido a fecundação, não há legalmente expressa a previsão a respeito dos pré-embriões, pois, ainda não implantados no ventre materno, a viabilidade do desenvolvimento está na dependência da nidação.

Claus Roxin se posiciona dizendo "que os meios de evitação da nidificação estão tão próximos das que servem à inibição da concepção que não seria aceitável tratá-los de forma diferente em sentido penal".

Seria a anticoncepção uma forma disfarçada de aborto?

Não faltarão moralistas a afirmar que existe uma possibilidade da mulher ter tido o contato sexual de risco e a fecundação tenha acontecido e decidindo pela anticoncepção pós-coito provoque o aborto.

Este raciocínio é possível e devemos discuti-lo, pois, não é ilógico; inicialmente é necessário esclarecer que a possibilidade de fecundação na hipótese é remota.

A mulher utilizando a anticoncepção para evitar a gestação, mas existindo a fecundação, acaba por interrompê-la; sua ação é juridicamente entendida como dolosa, no caso dolo eventual (assume o risco de produzir o resultado, na hipótese, aborto).

Este comportamento que a princípio poderia ser objeto de preocupação do direito na prática não existe, pois, não é possível a prova.

Não há como tecnicamente concluirmos que houve a fecundação e muito menos aborto nesse espaço de tempo insignificante. Mais difícil é o direito processual concluir se a real intenção era abortar ou não engravidar.

Existindo a fecundação, forma-se o zigoto que segundo conceito de Luís Zarraluchi, é a primeira célula diplóide (com dois núcleos, com potencialidade para desenvolver um ser humano); o mesmo autor fez uma analogia interessante quando afirma: um pré-embrião produzido "in vitro" não tem potencialidade para converter-se num homem por si só, sem a colaboração da mãe, o que é possível somente mediante uma manipulação implantatária.

Portanto o zigoto, embora possua a totalidade de informação genética não possui nesta fase a qualidade de ser individualizado, pois não sabemos se será único, se dará origem a gêmeos e se irá implantar-se efetivamente no útero, iniciando então o processo gestacional.

A única forma de evitar estas discussões é a legislação penal ou então o Conselho Federal de Medicina, o que seria mais apropriado, definir que a vida humana inicia com o início da gestação ou seja quando o óvulo fecundado implanta-se na parede uterina, como fez em 1972 o "American College of Obstetrician and Gynecologists".

A mais premente indicação da anticoncepção pós-coito é nas situações de violência sexual onde na eminência de uma gravidez a sua utilização seria perfeitamente ética e legal, baseada na excludente prevista no artigo 128 do Código Penal, que torna esta opção legítima.

Entretanto pela desinformação, preconceito, demora na procura da delegacia para denunciar o fato, muitas vezes esta possibilidade escapa e a gravidez indesejada se estabelece, mas poderá ser interrompida mais tarde por outro método muitas vezes implicando maiores riscos.

Propomos que os Institutos Médicos Legais sigam o exemplo do professor Wilmes Teixeira que há muito vem, após o consentimento, orientando vítimas de violência sexual que são atendidas no IML de Mogi das Cruzes, magnificamente por ele administrado.

É necessário um atendimento diferenciado à vítima de violência sexual, pois independente da classe sócio-econômica em que se encontra, sua condição é de pessoa desorientada e sob o trauma. Ao procurar providência, obrigatoriamente, terá contato com a Autoridade Policial e Médico-legista, sendo que destes dois, o segundo é que terá as condições legais e o conhecimento necessário para auxiliá-la a evitar uma gestação indesejada, não acrescentando assim mais um sofrimento, que é desnecessário, como optar pela interrupção da gestação ou vir a gerar esse filho que sempre lhe trará de volta à lembrança da violência sofrida.

Podem argumentar que não é atribuição do Perito Legista tal intervenção, mas deveríamos ampliar sua competência a fim de prestar melhores serviços e ver a examinanda como paciente, pois assim seria observada de forma integral, como ser humano que é, e não apenas como "peça de estudo" de onde retiramos as provas necessárias para a acusação do agressor, pois esta postura em nada afeta a imparcialidade da perícia.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. MELLO, CR e ANDRADE, RP. Anticoncepção de Emergência. Boletim da Sogipa. Abril 1996.
2. FRANCO, AS. Aborto Por Indicação Eugênica. Arq. Cons. Region. Med. PR. 12 (46): 69-89, 1995.
3. DIAZ, JM. Aspectos Éticos y Legales de la Reproduccion Asistida. Desafios Éticos - Edição CFM, 1993.
4. BRUNO, A. Direito Penal - Tomo I. Editora Forense, 4ª edição, 1984.
5. FRAGOSO, HC. Lições de Direito Penal. Editora Forense. 8ª Edição. 1983.

Artigo recebido para publicação em Out/96

Endereço dos Autores: Rua das Cerejeiras, 305

82700-510 - Curitiba - Paraná

### **TRATAMENTO DA PELADA**

**Associando um exorcismo a uma pomada**

**"Remédio para esconjurar a pelada: «Ó tu luminoso, que não mudas de lugar, aquele que combate a culpa, Aton, toma cuidado com aquele que se tornou senhor do cimo da cabeça.»**

**"Estas palavras devem ser ditas sobre: ocre amarelo, coloquinta, alabastro, grãos chamados olho-do-céu e mel. Reduzir a uma massa e aplicar sobre a cabeça."**

**Retirado de G. LEFEBVRE, papiro Ebers.**



# INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

Alf Rodrigues Nogueira\*  
André Luis Moretão\*  
Fernada Villar Fonseca\*  
Giovani Miguel Wolf Hnatuw\*  
Hudson Tanaka\*  
Joel Susumu Nishi Kajimura\*  
Marcelo Tanaka\*  
Marcus Vinicius Della Coletta\*  
Paulina Santander Perez\*  
Sávio Lemos Machareth\*

## I - INTRODUÇÃO

O avanço da civilização mundial tem feito com que a população adquira conhecimentos e experiências novas sobre situações polêmicas, com contribuições das ciências, da história e da própria cultura. Com esta mutação constante da civilização, assuntos como o aborto têm sido questão de polêmica há muitos anos, pelo fato de estar lidando com a morte ou vida de um ser. Esta polêmica é conseqüência de diversas situações que rodeiam o aborto, situações estas que são mutáveis de acordo com os valores da sociedade.

A interrupção da gestação pode ocorrer de duas formas: espontânea e provocada. Porém, a interrupção provocada apresenta-se como um assunto discutível: a legalização ou não do aborto e suas conseqüências numa sociedade organizada, seja pelos seus aspectos sócio-econômicos, políticos, culturais e étnicos.

Hoje, em todas as legislações do mundo, o aborto não amparado legalmente é punido como crime praticado contra uma vida humana em formação e que tem o direito de prosseguir e nascer. Sendo que configura-se como aborto, a interrupção de uma vida intra-uterina até os instantes que precedem o parto, independente da idade gestacional, em termos de lei.

Se o aborto fosse abordado em seus aspectos didáticos, poderia ser dividido quanto aos seus fatores causais em: aborto terapêutico (realizado para salvaguardar a vida da mãe), aborto eugênico (realizado em fetos defeituosos), aborto sentimental (realizado por motivo de estupro), aborto social (justificado por motivo de más-condições sócio-econômicas) e o aborto por motivo de honra (praticado com o intuito de ocultar desonra para a mulher).

No Direito Brasileiro, a codificação penal distinguiu 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 consentimento desta e realizado pelo médico.

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 5º, relaciona a vida como sendo um direito e como o primeiro dos bens jurídicos dotados de inviolabilidade.

Segundo o Código Penal vigente no Brasil, nos seus artigos 124 a 128, o aborto é classificado como um crime contra a vida, só não sendo punido nos casos em que não há outro meio de salvar a vida da mãe ou se a gravidez resultar de estupro, sendo este o desejo da mãe no caso do estupro.

\* Alunos do 9º período do Curso de Medicina da UFPR. Trabalho elaborado para a disciplina de deontologia médica - Professor Orientador, Carlos H. Braga Filho - 1996.

Em 19 de dezembro de 1992, o juiz Dr. Miguel Kfourri Neto, de Londrina-PR, autorizava pela primeira vez um aborto em feto portador de anencefalia numa gestação de 20 semanas. Por estímulo e orientação do Dr. Kfourri, outras solicitações por casos semelhantes foram feitas e decididas por analogia.

Segundo o Código de Ética Médica (resolução do CFM nº 1246/88), em seu capítulo III, artigos 42 e 43, é vedado ao médico praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial ou abortamento.

Já as leis que norteiam o aborto induzido no mundo têm abrangência variável, desde aquelas que o proíbem sem exceções até aquelas que o consideram um direito da mulher sobre o seu próprio corpo. Países como Austrália, Finlândia, Inglaterra, Japão, Taiwan e EUA permitem o aborto pela simples decisão da gestante até aproximadamente 24 semanas. É o caso também de países muito populosos como China, Rússia, entre outros. Ou seja, 40% da população mundial pertence aos países que permitem o aborto por razões sociais, médico-sociais e sociais adversas ou pela simples decisão da gestante. Ao contrário dos países muçulmanos, a África e a América Latina, que contam com poucos abortos legais, excetuando os casos de estupro e risco de vida materna.

Não podemos nos esquecer que, apesar das restrições do aborto no Brasil, acredita-se que o número de abortamentos provocados no país atualmente seja em torno de 1.000.000/ano e deve-se levar em consideração que grande número não é notificado. Obviamente não devemos esquecer das conseqüências e seqüelas para a saúde física e mental que estas interrupções clandestinas trazem às mulheres que o praticam, configurando este como um "problema de saúde pública".

## **II - OBJETIVO**

Levantamento da opinião pública sobre o aborto e deste assunto no parâmetro legal brasileiro, confrontando tais dados a fim de saber se a opinião pública está de acordo com a legislação, e da mesma forma comparar o que é permitido e feito no Brasil com outros países.

## **III - MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo foi desenvolvido em três etapas. Inicialmente foi realizado 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, um trabalho de campo que entrevistou pessoas da população em geral (amostra aleatória), médicos das mais diversas especialidades e ginecologistas-obstetras.

O questionário aplicado está apresentado no anexo I do trabalho e as perguntas referem-se basicamente à opinião pessoal de cada entrevistado quanto à realização de aborto nos casos de estupro, risco de vida para a mãe, filhos defeituosos, feto anencefálico, gestante deficiente mental, família sem condições de se sustentar, mãe solteira e gestação resultante de incesto. Como complemento, foi questionado o conhecimento a respeito da legislação vigente no Brasil. Em especial, foi perguntado aos ginecologistas-obstetras se estes fariam aborto em pacientes se o mesmo fosse permitido por lei; e, se o fizesse, até que idade gestacional o faria.

A terceira etapa constituiu na interpretação dos resultados obtidos, sua confrontação com a lei e uma discussão acerca do assunto, realizada por todos os autores em conjunto.

## IV - RESULTADOS

Para a complementação dos dados obtidos na literatura e visando obter informações adicionais a respeito do aborto, os autores colheram diversas opiniões sobre o tema através do questionário apresentado no anexo I. Este foi aplicado em dois grupos:

Grupo I: 216 pessoas leigas, das mais diversas profissões, sendo 37% do sexo masculino e 63% do sexo feminino, em idades entre 15 a 70 anos. Destas 216 pessoas, 58.8% sem filhos e 41.2% com filhos.

Grupo II: 72 médicos, dos quais 30 eram ginecologistas-obstetras e 42 das mais diversas especialidades. Destes, 33.3% com filhos e 66.7% sem filhos.

A tabela a seguir apresenta o resultado comparativo das questões para a população leiga e não leiga (médicos e ginecologistas-obstetras).

QUESTÕES	RESPOSTAS	LEIGOS	MÉDICOS	GINECOLOGISTAS
		(n=216) %	(n=42) %	(n=30) %
1) É a favor do aborto?	sim	26.4	38.1	40
	não	53.7	57.1	60
	não opinou	19.9	4.8	0
2) Conheça a legislação?	sim	77.3	95.2	90
	não	22.7	4.8	10
	não opinou	0	0	0
3) Em caso de risco de vida para a mãe?	sim	82.9	92.9	96.7
	não	13.9	2.4	0
	não opinou	3.2	4.8	3.3
4) Em caso de estupro?	sim	74.5	71.4	90
	não	20.4	14.3	6.7
	não opinou	5.1	14.3	3.3
5) Em caso de filhos defetuosos?	sim	38.9	50	53.3
	não	49.5	35.7	36.7
	não opinou	11.6	14.3	10
6) Em caso de feto com anencefalia?	sim	74.9	78.6	83.3
	não	20.4	14.3	16.7
	não opinou	2.8	7.1	0
7) Em caso de gestante deficiente mental?	sim	37	42.9	26.7
	não	52.3	45.2	56.7
	não opinou	10.6	11.9	16.6
8) Em família sem condição de se sustentar?	sim	15.3	14.3	6.7
	não	80.1	78.6	93.3
	não opinou	4.6	7.1	0
9) Em caso de mulher solteira?	sim	42.0	11.9	3.3
	não	49.0	85.7	96.7
	não opinou	9.0	2.4	0
10) Em caso de incesto?	sim	51.4	42.9	50
	não	44	47.6	36.7
	não opinou	46	9.5	13.3
11) Faria aborto se permitido por lei?	sim			36.7
	não			63.3
12) Até que idade gestacional?	08 semanas:	7.7		
	12 semanas:	46.2		
	16 semanas:	30.8		
	22 semanas:	15.4		

anexo 1

Gráfico 1: Percentagem de pessoas favoráveis ao aborto quanto ao grau de escolaridade.

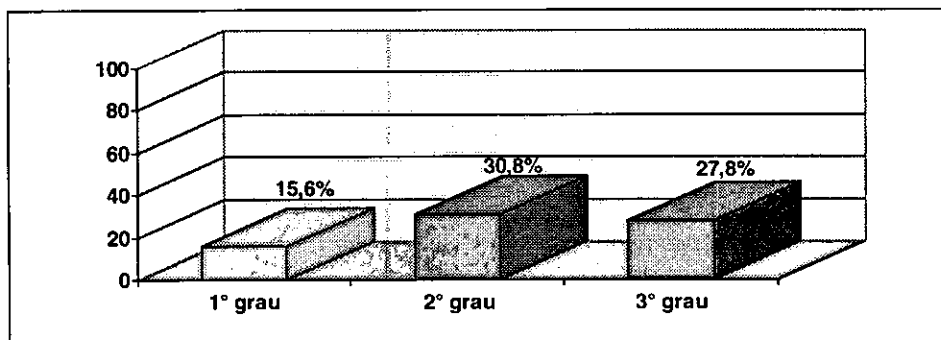


Gráfico 2: Percentagem de mulheres favoráveis ao aborto relacionado ao número de filhos.

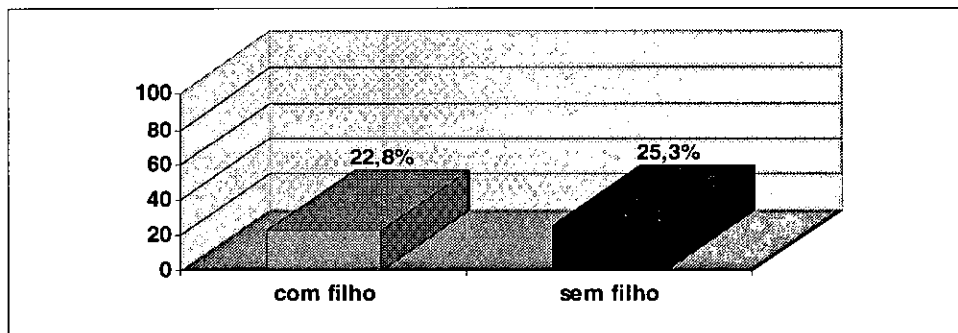
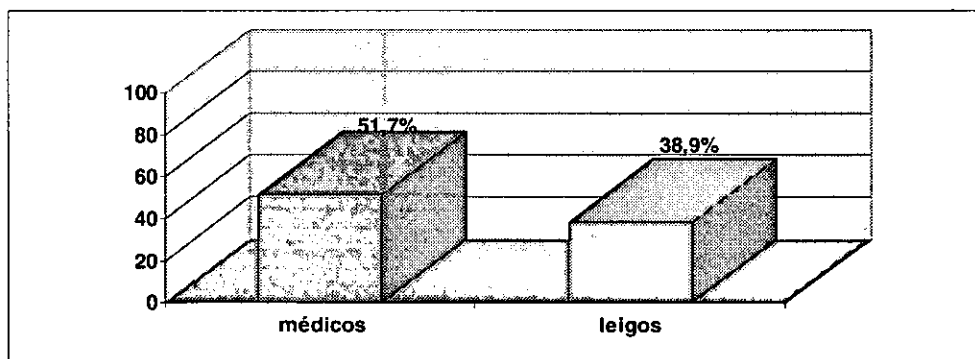


Gráfico 3: Percentagem de médicos e leigos que concordam com o aborto em filhos defeituosos.



## V - DISCUSSÃO

Acima de tudo, há a necessidade emergente de que se reflita a respeito de: Quem é o feto? Quais os direitos do feto? Quais os direitos da mãe? Onde se situam nossos valores dentro deste contexto? Qual é o preço da legalização ou não do aborto? Estão nossas leis em acordo com nossos valores e necessidades?

O Código Penal Brasileiro, que data de 1940, refere-se ao aborto nos artigos 124 a 128, onde regimenta as condições em que este é proibido ou permitido.

Artigo 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque.

Pena: detenção de um a três anos.

Artigo 125 - Provocar o aborto, sem o consentimento da gestante.

Pena: reclusão de três a dez anos.

Artigo 126 - Provocar 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 de 14 anos, ou é alienada, ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Artigo 127 - Às 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 sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevem a morte.

Artigo 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 é incapaz, de seu representante legal.

Segundo o trabalho de campo realizado, pôde-se comprovar que apenas 26.4% dos entrevistados leigos são favoráveis incondicionalmente ao aborto e, entre os médicos 38.9% manifestaram-se favoráveis ao mesmo. A pesquisa mostrou também que tanto a população leiga quanto a não leiga é favorável, em sua maioria, ao aborto em caso de risco de vida para a mãe e de estupro, coincidindo com os casos permitidos na legislação vigente.

Concomitantemente, percebeu-se que em casos de estupro, a percentagem de mulheres que é a favor do aborto é maior que a de homens. Das 136 mulheres entrevistadas, 77.2% são favoráveis, enquanto apenas 69.2% dos homens entrevistados concordam. Provavelmente tal diferença seja devida ao fato de que a mulher se identifique com a situação, por ser ela a vítima neste caso.

Na gestação com feto anencefálico, a grande maioria das pessoas nos dois grupos entrevistados concorda com a realização do aborto. Essa opinião vem de encontro à tendência atual da legislação, que procura regulamentar a interrupção nos casos de incompatibilidade de vida do concepto. É o caso, por exemplo, da decisão do juiz Miguel Kfoury Neto, de Londrina-PR, em 19 de dezembro de 1992, autorizando pela primeira vez o aborto em feto portador de anencefalia numa gestação de 20 semanas; e da comissão criada também em 1992 para reformulação do Código Penal, que propõe a seguinte redação: "Não constitui crime o aborto praticado por médico: 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.”

O Brasil é um país que, apesar de sua extensão territorial, variabilidade étnica e grande número de habitantes com idéias diversas a respeito dos mais variados assuntos, apresenta como ponto comum a religiosidade e, dentro disto, a maior valorização à vida humana. Foi possível perceber tal característica não apenas pelo predomínio de respostas negativas ao aborto, como na questão do aborto dito “social” (praticado em famílias sem condições de se sustentar), onde a maioria se mostrou desfavorável. Ainda observou-se que não houve diferença significativa quanto à mudança de opinião em relação ao aborto nos diferentes graus de escolaridade pesquisados (1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> graus). Assim, apesar da pluralidade da população no país e da polêmica do assunto aborto, percebe-se uma espécie de consenso na questão do respeito à vida humana e na procura de abordagens mais conservadoras evitando que o mesmo seja realizado de uma forma indiscriminada, tanto no aspecto ético quanto moral.

Observou-se também pelo trabalho que a percentagem de mulheres com filhos favoráveis ao aborto é muito semelhante ao número de mulheres sem filhos que concordam com o mesmo. Assim, concluiu-se que a opinião sobre o assunto não está vinculada à maternidade, e sim, aos valores morais e éticos adquiridos durante a formação do caráter e pelas experiências de vida própria.

Porém ao constatar uma casuística de um milhão de abortos provocados por ano e notificados no Brasil, questiona-se a veracidade das respostas obtidas junto à população. Se partirmos do princípio de que houve sinceridade nas respostas obtidas, faz-se necessário um questionamento a respeito da situação encontrada no país.

Seria este um milhão correspondente apenas aos 30% que se mostraram favoráveis? Ou seria este um milhão um misto entre os que discordaram, os que concordaram e os que não opinaram? Fica muito difícil chegar a esta resposta, cada vez que se tem uma exatidão no número de mulheres que engravidam e abortam ao ano, e qual o motivo exato que levou cada uma delas a realizá-lo. Contudo, é notória falta de preparação da população em geral, que se mostra desprovida de conhecimentos sobre planejamento familiar. Aliado a este despreparo, a ausência de recursos financeiros, com pessoas tendo dificuldade para a aquisição de anticoncepcional, preservativos, DIU, ou mesmo acesso às técnicas cirúrgicas de anticoncepção, como a laqueadura e a vasectomia, ocasionando conflitos e discordâncias das próprias convicções.

Frente a uma gravidez não desejada, seja por falta de condições econômicas para sustentar mais um filho, seja em casos de adultério ou mãe solteira, a pessoa pode perder o parâmetro do que considera moralmente correto e sacrificar seus próprios valores, tentando assim justificar o aborto praticado.

A percentagem de médicos que concordam com o aborto em casos de filhos defeituosos é de 51.4%, enquanto que na população em geral apenas 38.9% são favoráveis. Tal discrepância pode ser devida ao fato de que os médicos, pelas características da própria profissão, convivem mais com as dificuldades de manejo destes indivíduos. Porém não se pode esquecer que uma malformação congênita que causa incompatibilidade com a vida, como a anencefalia, não pode ser comparada com as várias modalidades de defeitos físicos e mentais, onde o conceito é viável. Além de que, dentro de um programa de apoio, orientação e reabilitação social, os deficientes e suas famílias podem adaptar-se perfeitamente à realidade, deixando de visualizar a deficiência como um problema e passando a encará-la como uma situação diversa de vida. Tal fato vem mostrar que a redação recomendada pela comissão criada para reformulação do Código Penal em 1992 pode trazer um equívoco onde diz que a interrupção de gestação seria permitida

com o diagnóstico pré-natal de malformações psíquicas e físicas irreversíveis, pois existem síndromes irreversíveis, como a síndrome de Down, que são compatíveis com uma vida digna em sociedade. Em seu capítulo sobre o aborto, Genival Veloso de França assim se expressa: "Ninguém poderia negar o direito de uma criança nascer saudável e perfeita. Todavia, isso não autoriza a retirar de seres deficientes, o direito à vida. A vida de um deficiente necessita, antes de tudo, da proteção e nunca de repressão. Ninguém é tão desprezível, inútil e insignificante que mereça a morte.". E, da mesma forma, assim se manifesta o desembargador José Renato Nalini na mesa de debates sobre aspecto jurídicos do aborto patrocinada pela Folha de São Paulo: "O aborto é um homicídio uterino; se legalizado será a adoção da pena de morte para os inocentes."

O Brasil promulgou a Convenção Americana sobre Direitos Humanos pelo decreto nº 678 de 06/11/92, onde diz em seu artigo 1º, parágrafo 2º, "Todo ser humano é uma pessoa", acrescentando, no artigo 4º, parágrafo 1º, "Toda a pessoa tem direito à vida, que deve ser protegida pela lei a partir da concepção.". E ao promulgar a Convenção dos Direitos da Criança (decreto nº 99.710/90), o Brasil reforçou a imutabilidade do "direito à vida", plasmado como o principal direito do homem, em sua Constituição. Ao contrário da Constituição anterior que apenas protegia os "direitos concernentes à vida", a atual protege o próprio "direito à vida".

Em virtude de que grande parcela da população, tanto a leiga quanto a não leiga, mostrou-se favorável à interrupção da gestação no caso do feto anencefálico, acreditamos que há necessidade de repensar a questão em termos de legislação. Como cita o artigo da Folha de São Paulo publicado no ano de 1994, apesar de proibido pelo Código Penal Brasileiro, entre 1992 e 1994, houve sete casos de permissão de aborto em anencefalia. Tendo como exemplo o juiz Miguel Kfoury Neto, cuja autorização de interrupção de gestação por anencefalia estimulou as decisões de outros juizes, e que assim se justificou: "A lei não permitia, mas era uma questão humanitária. A criança não viveria mais que três horas fora do útero. Sou contra o aborto, mas não acho justo permitir uma gravidez sem perspectiva de vida".

Em vista disto, cremos que uma reformulação do Código Penal, no que diz respeito ao assunto, deveria ser realizada de uma forma responsável e consciente. Isto permitiria que fosse respeitada a "dignidade da pessoa humana", conforme princípio fundamental do artigo 1º de nossa constituição, e não submetendo a tortura nem a tratamento desumano ou degradante, gestantes que não estão preparadas para vivenciar tal situação, em acordo com o preceito constitucional do artigo 5º, inciso terceiro. Sem se esquecer também que o Código Penal Brasileiro (1940), não poderia dar conta da problemática em questão, visto àquela época não ser ainda possível detectar-se cientificamente anomalia fetal grave dessa natureza.

E uma questão nova que vem sendo discutida em relação ao aborto e feto anencefálico é a possibilidade de utilizar órgãos para transplante. Apesar da grande utilidade desse novo procedimento, que permite que uma vida seja salva, deve-se ter muito cuidado e critérios para evitar que isto vire um comércio inescrupuloso, impedindo que mulheres venham a engravidar apenas para comercializar o feto.

Finalizando os dados obtidos na pesquisa de campo, interrogamos os ginecologistas se os mesmos realizariam o aborto caso este fosse permitido por lei. Destes, 63,3% não o fariam, mesmo nos casos em que concordam com a interrupção da gestação, como estupro ou risco de vida para a mãe, e 36,7 % realizariam o aborto em suas pacientes nos casos da lei. Estes dados comprovam mais uma vez que a questão do aborto é ideológica e pessoal. Se o indivíduo, independente de sua profissão, é a favor do aborto, uma vez que sua profissão o

permita, ele colocará em prática sua ideologia. Da mesma forma, uma pessoa contrária à questão, jamais o realizará, independente da permissão da lei ou da vontade de sua paciente.

## VI - CONCLUSÃO

Baseando-se nos dados obtidos e previamente discutidos, os autores atingiram um consenso: é urgente a implantação de um programa abrangente de planejamento familiar, visando a orientação da população de uma maneira geral, de modo que se evite a gravidez indesejada e as seqüelas dos abortos provocados sem assistência adequada. Acredita-se também que seria indispensável a mudança na legislação no que concerne à questão da gestação com feto anencefálico. É fundamental entretanto, que a legislação seja reformada de maneira a clarear a questão do aborto por anencefalia e o transplante de órgãos fetais.

É o momento de se entender que o aborto é um problema social, coletivo, que se origina de fatos sociais e ocasiona outros de relevância. É um fato político e, como tal, deve-se traduzir numa conquista da sociedade, consciente de suas necessidades e ideologias.

## VII - BIBLIOGRAFIA

1. FRANÇA, GIV. de. Aborto Legal e Aborto Criminoso. In: ——. Medicina Legal. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. p. 174-181.
2. DELMANTO, C. Dos Crimes contra a Vida. In: ——. Código Penal Comentado. 3a ed. São Paulo: Renovar, 1991. p. 214-218.
3. DALLARI, SG. Aborto - Um Problema Ético da Saúde Pública. Revista Bioética, DF, vol. 2, nº 1, p. 37-41.
4. FRANÇA, GV. Aborto - Breves Reflexões sobre o Direito de viver. Revista Bioética, DF, vol. 2, nº 1, p. 29-35.
5. GOLLOP, TR. Aborto por Anomalia Fetal. Revista Bioética, DF, vol. 2, nº 1, p. 67-72.
6. SEGRE, M.; HOSSNE, W. S. O Aborto e o Transplante de Tecido Fetal. Revista Bioética, DF, vol. 2, nº 1, p. 73-80.
7. MENDES, AC.; SILVA, JV; DALLARI, SG Bioética e Direito. Revista Bioética, DF, vol. 2, nº 1, p. 93-99.
8. PIMENTEL, S. Anomalia Fetal: Justiça. Folha de São Paulo, 16/01/94.
9. CAMARGO, L; FELTRIN, R. Médico de São Paulo afirma ter feito aborto ilegal. Folha de São Paulo, 24/06/94.
10. FELTRIN, R. Decisão é "comemorável". Folha de São Paulo, 18/08/94.
11. SANTIAGO, M. Em Minas, justiça concede aborto para mulher estuprada. Diário da Tarde, 22/06/96.
12. Primeiro Mundo ou teocracia. Folha de São Paulo, 05/11/95.
13. Justiça Autoriza Aborto de Feto Malformado. Folha de São Paulo, 18/06/94.
14. MARTINS, IGS. Lixo hospitalar humano. Folha de São Paulo, 1995.
15. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
16. Código de Ética Médica, 1988. Conselho Federal de Medicina.
17. Londrina. 2º Vara Criminal da Comarca de Londrina. Pedido de autorização judicial para interrupção da gravidez. Autos nº 112. Cleusa Maria Allian Furtado e Dr. Miguel Kfoury Neto. 19 dez. 1992.



18. Londrina. 5º Vara Criminal da Comarca de Londrina. Pedido de alvará de autorização judicial para interrupção da gravidez. Autos nº 140. Eliane Rodrigues da Silva e Dr. Nelson de Souza Galvan. Relator: Dra. Yara Raquel Faleiros Guariente. 25 out. 1994.

19. Curitiba. Vara Criminal da Comarca de Curitiba. Pedido de autorização judicial para interrupção de gravidez. Autos nº 95.0008991-2. Raquel Fátima de Lima e Dr. Vicente Del Prete Misurelli. Relator: Dr. Mauro Seraphim. 08 dez. 1995.

### **PROTOCOLO DE OPINIÃO PÚBLICA SOBRE INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO**

Sexo : \_\_\_\_\_ Idade : \_\_\_\_\_  
Número de filhos : \_\_\_\_\_ Grau de escolaridade : \_\_\_\_\_  
Profissão : \_\_\_\_\_

- 1) É a favor do aborto?  
 Sim       Não       Não opinou
- 2) Conhece a legislação a respeito no Brasil?  
 Sim       Não       Não opinou
- 3) Você é a favor do aborto em caso de risco de vida para a mãe?  
 Sim       Não       Não opinou
- 4) Você é a favor do aborto em caso de estupro?  
 Sim       Não       Não opinou
- 5) Você é favor do aborto em caso de filhos defeituosos?  
 Sim       Não       Não opinou
- 6) Você é a favor do aborto em caso de feto com anencefalia?  
 Sim       Não       Não opinou
- 7) Você é a favor do aborto em caso de gestante deficiente mental ?  
 Sim       Não       Não opinou
- 8) Você é a favor do aborto em famílias sem condições de se sustentar?  
 Sim       Não       Não opinou
- 9) Você é a favor do aborto em caso de mulher solteira?  
 Sim       Não       Não opinou
- 10) Você é a favor do aborto em caso de incesto?  
 Sim       Não       Não opinou

#### **Exclusivo para ginecologistas :**

- 11) Você faria aborto se fosse permitido por lei?  
 Sim       Não
- 12) Até que idade gestacional faria a interrupção ?

# MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde

## Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Brasília, 07 de novembro de 1996.

O Conselho Nacional de Saúde aprovou em 09/10/96 as novas **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução 196/96**, em substituição à Res. 01/88, revogada no mesmo ato.

Como deve ser do conhecimento de Vossa Senhoria, essas normas gerais foram resultado de amplo processo de consulta à sociedade, com sugestões discutidas e consolidadas pelo Grupo Executivo de Trabalho especialmente designado pelo Conselho Nacional de Saúde. Agradecemos as colaborações recebidas e interesse de tantas pessoas e entidades.

Dando seguimento ao processo, impõem-se agora duas novas tarefas, atribuídas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, constituída atualmente pelo Grupo Executivo de Trabalho:

- 1) divulgar e implantar efetivamente o sistema proposto nas normas; e
- 2) elaborar as normas complementares e necessárias para as áreas temáticas especiais (Cap. VIII - 4c da Res. 196/96).

Enviamos, portanto, cópia da Res. 196/96, solicitando que seja divulgada aos setores mais diretamente interessados. Ressaltamos o disposto no Cap. VIII sobre a formação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP nas instituições, informando que o registro poderá ser solicitado enviando à CONEP o formulário anexo devidamente preenchido. Reiteramos que todo projeto de pesquisa deve ser submetido à apreciação do CEP.

Solicitamos ainda o empenho de Vossa Senhoria para enviar-nos, até 04/03/97, **sugestões que desde já estão sendo compiladas pelo grupo, nas seguintes áreas temáticas especiais:**

- **genética humana;**
- **reprodução humana;**
- **biossegurança;**
- **novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos;**
- **novos equipamentos e insumos para a saúde;**
- **pesquisas conduzidas do exterior; e**
- **pesquisas envolvendo populações indígenas.**

Estamos certos que desta forma se estará contribuindo para o alcance de um conjunto de regulamentações que possa atender às necessidades dos diversos atores, sejam pesquisadores, voluntários, entidades promotoras ou financiadoras de pesquisa no país.

Atenciosamente,

**Dr. William Saad Hossne**

Coordenador do Grupo Executivo de Trabalho

**Dra. Corina Bontempo Duca de Freitas**

Secretária Executiva do Grupo



**PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
**Resolução Nº 196/96**

O Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde aprovou em 9/10/96 as novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução 196/96, em substituição a Res. 01/88, revogada no mesmo ato.

O Conselho Nacional de Saúde, no uso da competência que lhe é outorgada pelo Decreto nº 93933, de 14 de janeiro de 1987, resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos:

### **I - PREÂMBULO**

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991). Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata: Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 (dispõe sobre as condições de atenção à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes), Lei 8.142, de 28/12/90 (participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), Decreto 99.438, de 07/08/90 (organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde), Decreto 98.830, de 15/01/90 (coleta por estrangeiros de dados e materiais científicos no Brasil), Lei 8.489, de 18/11/92, e Decreto 879, de 22/07/93 (dispõem sobre retirada de tecidos, órgãos e outras partes do corpo humano com fins humanitários e científicos), Lei 8.501, de 30/11/92 (utilização de cadáver), Lei 8.974, de 05/01/95 (uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados), Lei 9.279, de 14/05/96 (regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial), e outras.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica em revisões periódicas desta Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, deve cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

## **II - TERMOS E DEFINIÇÕES.**

A presente Resolução, adota no seu âmbito as seguintes definições:

**II.1 - Pesquisa** - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

**II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos** - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

**II.3 - Protocolo de Pesquisa** - Documento contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e à todas as instâncias responsáveis.

**II.4 - Pesquisador responsável** - pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

**II.5 - Instituição de pesquisa** - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas.

**II.6 - Promotor** - indivíduo ou instituição, responsável pela promoção da pesquisa.

**II.7 - Patrocinador** - pessoa física ou jurídica que apoia financeiramente a pesquisa.

**II.8 - Risco da pesquisa** - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

**II.9 - Dano associado ou decorrente da pesquisa** - agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexo causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

**II.10 - Sujeito da pesquisa** - é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

**II.11 - Consentimento livre e esclarecido** - anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

**II.12 - Indenização** - cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetida.

**II.13 - Ressarcimento** - cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

**II.14 - Comitês de Ética em Pesquisa-CEP** - colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

**II.15 - Vulnerabilidade** - refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

**II.16 - Incapacidade** - Refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

### **III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.**

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

**III.1** - A eticidade da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (**autonomia**). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (**beneficência**), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (**não maleficência**);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (**justiça e equidade**).

**III.2** - Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

**III.3** - A pesquisa em qualquer área do conhecimento que a justifiquem e com seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

- b) estar fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos;
- c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;
- d) prevalecer sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;
- e) obedecer a metodologia adequada. Se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, a priori, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;
- f) ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica;
- g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;
- h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto;
- i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis. Nestes casos, o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida;
- k) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;
- l) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefício cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. O projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e analisar as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito às mesmas;
- m) garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;
- n) comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima;

o) assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

p) assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, nas pesquisas de rastreamento; demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos;

q) assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto;

r) comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Neste caso deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacionais co-responsáveis pela pesquisa. O protocolo deverá observar as exigências da Declaração de Helsinque e incluir documento de aprovação, no país de origem, entre os apresentados para avaliação do Comitê em Pesquisa da instituição brasileira, que exigirá o cumprimento de seus próprios referenciais éticos. Os estudos patrocinados do exterior também devem responder às necessidades de treinamento de pessoal no Brasil, para que o país possa desenvolver projetos similares de forma independente;

s) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo;

t) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

u) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem, ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objetivo fundamental da pesquisa;

v) propiciar, nos estudos multicêntricos, a participação dos pesquisadores que desenvolverão a pesquisa na elaboração do delineamento geral do projeto; e

w) descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pela CEP que a aprovou.

#### **IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

**IV.1** - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;

b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;

c) os métodos alternativos existentes;

d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;



e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;

f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;

g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e

i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**IV.2** - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;

b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;

c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e

d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

**IV.3** - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centro de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

d) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

- documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);

- consentimento explícito das familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;

- respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;
- sem ônus econômico financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;
- e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensado, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;
- f) Quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

## **V - RISCOS E BENEFÍCIOS**

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade

**V.1** - Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado; o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

**V.2** - As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo, devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

**V.3** - O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüentemente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

**V.4** - O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

**V.5** - O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

**V.6** - Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

**V.7** - Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

## **VI - PROTOCOLO DE PESQUISA**

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

**VI.1** - folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

**VI.2** - descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

- a) descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;
- b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;
- c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);
- d) análise crítica de riscos e benefícios;
- e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;
- f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;
- g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;
- h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;
- i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;
- j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;
- k) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;
- l) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não; e
- m) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

**VI.3** - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

- a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis;

- b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;
  - c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se usado para outros fins;
  - d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Fornecer critérios de inclusão e exclusão;
  - e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;
  - f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;
  - g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e
  - h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa.
- A importância referente não poderá ser tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

**VI.4** - qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes.

**VI.5** - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

## **VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

**VII.1** - As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, conforme suas necessidades.

**VII.2** - Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

**VII.3 - Organização** - A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas desta Resolução, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

**VII.4 - Composição** - O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

**VII.5** - Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

**VII.6** - No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro "ad hoc" do CEP, para participar da análise do projeto específico.

**VII.7** - Nas pesquisas em população indígena deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

**VII.8** - Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

**VII.9 - Mandato e escolha dos membros** - A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Será de três anos a duração do mandato, sendo permitida recondução.

**VII.10 - Remuneração** - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

**VII.11 - Arquivo** - O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

**VII.12 - Liberdade de trabalho** - Os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

#### **VII.13 - Atribuições do CEP:**

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhes a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;

- com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma

modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

- retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;
- não aprovado; e
- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

c) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

d) acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

e) desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

f) receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como anti-ética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

g) requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias; e

h) manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS

#### **VII.14 - Atuação do CEP:**

a) A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

b) Cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de experts na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão, etc.

### **VIII - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/MS)**

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educacional, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

**VIII.1 - Composição:** A CONEP terá composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 08 (oito) personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde. Os membros serão selecionados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEP registrados na CONEP, sendo 07 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 06 (seis) serão definidos por sorteio. Poderá contar também com consultores e membros "ad hoc", assegurada a representação dos usuários.

**VIII.2** - Cada CEP poderá indicar duas personalidades.

**VIII.3** - O mandato dos membros da CONEP será de quatro anos com renovação alternada a cada dois anos, de sete ou seis de seus membros.

**VIII.4 - Atribuições da CONEP** - Compete à CONEP o exame dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a adequação e atualização das normas atinentes. A CONEP consultará a sociedade sempre que julgar necessário, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

a) estimular a criação de CEPs institucionais e de outras instâncias;  
b) registrar os CEPs institucionais e de outras instâncias;  
c) aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais tais como:

1- genética humana;  
2- reprodução humana;  
3- fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações;

4- equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde novos, ou não registrados no país;

5- novos procedimentos ainda não consagrados na literatura;

6- populações indígenas;

7- projetos que envolvam aspectos de biossegurança;

8- pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvem remessa de material biológico para o exterior; e

9- projetos que, a critério do CEP, devidamente justificado, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;

a) prover normas específicas no campo da ética em pesquisa, inclusive nas áreas temáticas especiais, bem como recomendações para aplicação das mesmas;

b) funcionar como instância final de recursos, a partir de informações fornecidas sistematicamente, em caráter ex-ofício ou a partir de denúncias ou de solicitação de partes interessadas, devendo manifestar-se em um prazo não superior a 60 (sessenta) dias;

c) rever responsabilidades, proibir ou interromper pesquisas, definitiva ou temporariamente, podendo requisitar protocolos para revisão ética inclusive, os já aprovados pelo CEP;

d) constituir um sistema de informação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional, mantendo atualizados os bancos de dados;

e) informar e assessorar o MS, o CNS e outras instâncias do SUS, bem como do governo e da sociedade, sobre questões éticas relativas à pesquisa em seres humanos;

f) divulgar esta e outras normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

g) a CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para o credenciamento de Centros de Pesquisa. Este credenciamento deverá ser proposto pelos setores do Ministério da Saúde, de acordo com suas necessidades, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde; e

h) estabelecer suas próprias normas de funcionamento.

**VIII.5** - A CONEP submeterá ao CNS para sua deliberação:

a) propostas de normas gerais a serem aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive modificações desta norma;

b) plano de trabalho anual;

c) relatório de suas atividades, incluindo sumário dos CEP estabelecidos e dos projetos analisados.

## **IX - OPERACIONALIZAÇÃO**

**IX.1** - Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desta Resolução e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

**IX.2** - Ao pesquisador cabe:

a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;

b) desenvolver o projeto conforme delineado;

c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;

e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;

f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**IX.3** - O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEP/MS.

**IX.4** - Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser corresponsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.



**IX.5** - Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional deverão ser enviados à CONEP/MS, que dará o devido encaminhamento.

**IX.6** - Pesquisas com novos medicamentos, vacinas, testes diagnósticos, equipamentos e dispositivos para a saúde deverão ser encaminhados do CEP à CONEP/MS e desta, após parecer, à Secretaria de Vigilância Sanitária.

**IX.7** - As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou CONEP, quando for o caso.

**IX.8** - Os CEP institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

## **X - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

**X.1** - O Grupo Executivo de Trabalho - GET, constituído através da Resolução CNS 170/95, assumirá as atribuições da CONEP até a sua constituição, responsabilizando-se por:

- a) tomar as medidas necessárias ao processo de criação da CONEP/MS;
- b) estabelecer normas para registro dos CEP institucionais;

**X.2** - O GET terá 180 dias para finalizar as suas tarefas.

**X.3** - Os CEP das instituições devem proceder, no prazo de 90 (noventa) dias, ao levantamento e análise, se for o caso, dos projetos de pesquisa em ser humanos já em andamento, devendo encaminhar à CONEP/MS, a relação dos mesmos.

**X.4** - Fica revogada a Resolução 01/88.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP  
Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde  
Bloco "G" - Anexo - ala "B" - 1º andar - salas 128 a 147  
70058-900 - Brasília-DF  
Fones: (061) 315 2150/ 315 2151/ 225 6672/ 226 8803  
Fax: (061) 315 2414

# VOCÊ ACHA CORRETO A DOAÇÃO "OBRIGATÓRIA" PARA ÓRGÃOS ?

Parecer CFM

## EMENTA

A doação de órgãos deve ser de caráter manifesto e não presumida, traduzindo, um gesto de amor e solidariedade ao próximo. Projeto de Lei nº do Senador José Dutra, sendo relator o Senador Lúcio Alcântara.

O presente projeto de lei, de autoria do Senador José Dutra, cujo relator é o Senador Lúcio Alcântara, pretende modificar a atual legislação sobre transplante de órgãos no Brasil.

Presentemente, em nosso País, vige a Lei nº 8.501 de 30 de novembro de 1992, que é regulamentada pelo Decreto nº 879 de 22 de julho de 1993. O CFM participou ativamente da elaboração desses instrumentos legais em diversos momentos.

O projeto de lei em epígrafe, primeiramente, introduz a "tipificação dos ilícitos" no corpo da lei, sobre o que não nos manifestamos por ser matéria afeita ao Direito Penal. Em segundo, pretende mudar o caráter da doação de órgãos atualmente previsto, ou seja, passar a doação de manifesta para presumida. Assim sendo, todos seríamos doadores de órgãos em potencial, desde que não tivéssemos, em vida, manifestado contrariamente a essa presunção, a exemplo do que ocorre na maioria dos países do dito Primeiro Mundo.

A justificativa abordada é que tal modalidade de doação propiciaria um incremento no número de transplantes, reduzindo-se, assim, o tempo de espera por órgãos, permitindo uma maior esperança de cura ou melhor qualidade de vida aos milhares de doentes que aguardam um rim, um fígado, um coração, córneas ou quaisquer outros órgãos, numa verdadeira corrida contra o tempo.

Lamentavelmente, a literatura internacional não fornece embasamento para essa tese, demonstrando que o aumento no número de transplantes guarda estreita relação com uma melhor organização das estruturas envolvidas nos transplantes e de uma notificação mais precoce da ocorrência de morte encefálica. Os trabalhos apontam também para a necessidade de estímulo às doações manifestas, como um ato de amor e solidariedade ao próximo, e alertam para os prejuízos causados aos programas de transplantes a partir da retirada de órgãos de um "presumido" doador, em contraposição ao desejo de seus familiares. Ressalte-se, ainda, as diferenças culturais existentes entre nossa população e a dos países onde impera a doação presumida, o que, sem dúvida, constitui-se em um embaraço a mais para tal modificação.

Finalizando, entendo que o CFM deve posicionar-se contrariamente ao mencionado projeto de lei, alertando, ainda, para a necessidade de discussão sobre temas polêmicos que envolvem a questão, tais como a utilização de órgãos de anencefálicos, a procriação com finalidade específica de fornecimento de órgãos,

as doações remuneradas e incentivadas e, até mesmo, as freqüentes e alarmantes denúncias de tráfico de órgãos.

É o nosso parecer, S.M.J.

Brasília, 12 de setembro de 1995.

Nei Moreira da Silva  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/9/95

### **ALGUNS AFORISMOS DE HIPÓCRATES**

**Numerosos aforismos escritos em grego antigo deixaram de ter significado no vocabulário actual. Outros mantêm intacto todo o seu valor, dando provas de uma boa capacidade de observação.**

**«I.1: A vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganadora, o juízo difícil. É necessário não só fazer aquilo que é conveniente, mas também esforçar-se para que o doente, os assistentes e as circunstâncias externas se conjuguem.**

**«II.7: Restaurar devagar os corpos lentamente emagrecidos, e rapidamente os corpos emagrecidos em pouco tempo.**

**«II.22: As doenças que resultam plenitude são curadas por evacuação, as provenientes da vacuidade por repleção e, em geral, os contrários pelos contrários.**

**«II.44: As pessoas naturalmente muito bem nutridas estão mais expostas a uma morte súbita do que as magras.**

**«V.6: Aqueles que são vítimas de tétano morrem em quatro dias; se ultrapassarem este limite curam-se.**

**«V.7: A epilepsia que aparece antes da puberdade é susceptível de cura; mas aquela que surge aos vinte e cinco anos habitualmente resiste até ao fim da vida.**

**«VI.46: Aqueles que se tornam corcundas em consequência de asma ou de fosse antes da puberdade morrem (tuberculose vertebral e pulmonar?)».**

**A partir da tradução e numeração de É. LITRE**

Transcrito de "História da Medicina".

# **MÉDICOS PRECISAM RESGATAR A FORÇA DO ATESTADO MÉDICO**

## **"Atesto e juro pela minha honra que o Sr. Joaquim Francisco Morgado..."**

Sérgio Albieri\*

É o que registra um atestado médico de 1923, encontrado entre velhos documentos pelo conselheiro Bartholomeu Penteadado Coelho, fornecido a seu sogro, em Portugal. Ali está expressa, de forma singela, toda a força do atestado médico, que hoje vem se tornando um documento desacreditado, muitas vezes, por uma cultura viciada, em que contribuem o próprio médico e a sociedade.

- O médico tem fé pública, sua declaração é incontestável e poucas categorias profissionais têm essa prerrogativa - afirma Bartholo, meu. No entanto, temos sido atualmente muito contestados, às vezes, até acusados, e sabemos que, em determinados casos, não faltam motivos. Atestados graciosos são fornecidos, infringindo-se o Código de Ética. Atestados de óbito podem ocultar crimes hediondos e também existem. Precisamos resgatar a dignidade profissional. É necessário manter a fé pública. Precisamos atestar a verdade.

Muito tem se falado em relação à formação do médico, seu desempenho profissional, custo e qualidade dos serviços e da ética que norteia a ação do profissional médico. Como diz o Vice-Presidente do CREMERJ, José Ramon Varela Blanco, se, em muitos aspectos, é o médico vítima do pouco caso, que autoridades conferem ao setor de saúde, em outras situações, compete ao médico preservar sua imagem, dignificar o exercício da medicina e não permitir que seus atos sejam colocados sob suspeita.

Ele lembra que não são raros os casos que chegam a se transformar em processos éticos. Por vezes, por simples falta de consciência do instrumento que só ao médico por lei é facultado emitir e, por outras, por nítida mercantilização que a imprensa nos impõe em surtos episódicos, contribuindo para uma depreciação da categoria como um todo.

- Somente nós - ressalta Ramon - poderemos reverter este quadro - modificando posturas, restabelecendo seu real significado ao atestado.

O artigo 110 do Código de Ética Médica diz que é vedado ao médico fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade. Como exemplos desta prática, Ramon cita as justificativas para ausência às escolas, em dias de prova, com a cumplicidade de professores, diretores, médicos e o "suposto" doente. Todas as pessoas envolvidas em tais situações conhecem a falsidade do documento e ninguém observa o caráter criminoso do ato efetuado.

- São outros exemplos - acrescenta - atestados para freqüentar piscinas, práticas esportivas sem ao menos um exame físico, e ainda as faltas ao serviço público, que qualquer superior imediato poderia abonar até três dias e o "atestado sabidamente falso" é exigido. Para não se incorrer em supostas irregularidades

---

\* Coordenador da CT de Medicina do Trabalho e Conselheiro do CREMERJ.

administrativas induz-se o médico à prática do ilícito ético e criminal.

Segundo o conselheiro, tais práticas, que desmerecem a classe e aviltam a profissão, precisam ser combatidas, para que possam os atestados, expedidos por qualquer médico, serem encarados sem a desconfiança que carregam atualmente.

Os interessados que quiserem conhecer melhor o tema, podem consultar, no Cepedoc do CREMERJ: pareceres 13/85, 2/86, 28/87, 29/87 e 11/88 do CFM; Portaria Ministerial 1.722 de 25/7/79 do MPAS; Código Penal (artigo 299), Resolução 1219/85 do CFM; Lei 605 de 5/1/49.

### **Um laudo de dignidade**

O CREMERJ, nos últimos anos, recebeu inúmeras denúncias de atestados emitidos de forma irregular ou falsos, envolvendo e denegrindo a imagem do médico.

Lógico que muitos foram forjados, falsificados e adulterados por verdadeiras quadrilhas que se alastram pelas instituições de saúde do país, atuando nas barbas das autoridades e influenciando para infamar a Medicina.

O CREMERJ, com muita dificuldade e perseverança, tem conseguido separar o que é oriundo do crime organizado do que é referendado de forma culposa ou dolosa pelo médico.

Em relação aos atestados não falsificados, ou seja, aqueles em que a assinatura e o carimbo são de quem atesta, temos que fazer algumas considerações e tentar balizar os limites da sua emissão.

### **O médico é obrigado a dar atestado?**

Sim. Não pode se furtar à confecção do mesmo quando a solicitação procede e quando participou das ações médicas que culminaram com o pedido do documento atestatório (atestado de saúde, com concomitante licença de trabalho ou escola, atestado de óbito, declaração, etc.).

Nesta vertente, notamos muitas vezes situações desagradáveis, às vezes degradantes, de seres humanos que ficam jogados às intempéries sociais, pois o médico não assume um ato que é somente de sua responsabilidade e direito do paciente.

Outra questão que envolve atestado é aquela em que o médico é usado pelo sistema, pelos amigos (amigos??), pelos parentes, no sentido de corrigir aberrações burocráticas com atestados salvadores ou falso testemunho.

O sistema coloca o médico, que aceita tal incumbência, como um falsificador confesso. Cito como um exemplo a exigência das escolas de 1º grau, 2º grau, cursos superiores, etc., de um "atestado médico" para justificar qualquer falta dos alunos, mesmo que essa tenha nenhuma relação com doença. O mesmo sistema coloca sempre em dúvida os atestados verdadeiros e corretos (existência de doença - exame médico - atestado médico).

Em relação aos amigos e parentes, difícil existir médico que não tenha recebido solicitações inadequadas para emissão de atestados absurdos. A negativa

leva, quase sempre, à dissolução da amizade com o amigo ou parente (o que muitas vezes é um alívio).

Interessante que, quando o médico falseia e confecciona tal documento, mentiroso, agrada ao solicitante naquele momento. Porém, o mesmo solicitante, em conversas distantes, sempre atacará o médico como um farsante, que falsifica atestados, impossibilitando o desenvolvimento normal do país com tais práticas, etc.

É a típica interpretação dos fatos de acordo com os interesses do momento, sendo, no caso, o médico, ao mesmo tempo, o alvo do pedido e da retaliação.

Caros colegas, atestado é coisa séria, é, ou deveria ser, documento de fé pública, tendo em vista o seu conteúdo e a firma de quem o assume (o médico). Infelizmente vem sendo desmoralizado, muitas vezes pelo próprio médico, lógico que em sua minoria, trazendo, porém, grandes problemas para a maioria que encara a profissão com o respeito e a seriedade que, em outras épocas, foi alvo de honrarias e homenagens justas.

Nada mais humilhante que um médico assumir, em juízo, que elaborou atestado pura e simplesmente para atender ao pedido de um amigo ou parente, ou por dinheiro, sem que uma linha do mesmo seja verdadeira.

Aos Conselhos Regionais de Medicina cabe questionar o sistema, para que este assuma, de forma honesta, os seus problemas, sem colocar o médico como um "mentiroso social" ou um vilão, caso se recuse a participar dessa ação pérfida.

Aos médicos cabe zelar pelo bom nome da profissão e, em relação aos atestados, usufruir deste nobre direito profissional, emitindo-os sempre que os princípios morais e éticos mantenham-se preservados. Amigos: meditem sobre o assunto para que, no futuro, não passem por situações constrangedoras irreversíveis.

Transcrito do jornal CREMERJ  
Maio/95

## ESTUPRO: INCOERÊNCIA NOS CÓDIGOS!

Cezar Zillig \*

Porque delicado, grave e carente de solução, o tema aborto retorna ao foco das discussões no país.

Não pretende-se aqui, entrar no âmago da inflamada questão: legalização versus não legalização do aborto. A intenção é apontar uma flagrante aberração, encontrável no Código Penal e até mesmo no Código de Ética Médica, em vigor no Brasil. É bem possível, que tal discrepância não tenha sua origem aqui, e seja mais um dos muitos vícios arremedados de nações supostamente mais evoluídas! Trata-se do seguinte: A nação brasileira pretende-se altamente "pro-life"; reluta, em sequer discutir, a eventual adoção da pena de morte para os mais sórdidos e renitentes assassinos; veta a supressão de tratamento médico para doentes terminais (por equivocadamente considerá-la eutanásia). De repente, esta mesma nação assim tão zelosa com a vida, baixa a guarda, e legitima o aborto nos casos de estupro!

Ora, embora crime vil e repugnante, um estupro situa-se muito aquém de um assassinato, na triste escala das brutalidades.

Embora crime sórdido e covarde, um estupro jamais é tão definitivo como um homicídio, que rouba uma vida para sempre.

Agora, a vida gerada a partir de um estupro, é real e revestida de todos os direitos inerentes aos demais seres humanos. O fato de ter se originado de um ato de violência, é mera circunstância. No entanto o que faz a legislação? Condena a morte! apesar de inocente, apesar de vítima. O próprio estuprador é agraciado com pena infinitamente mais leve, e ainda é adulado com benefícios outros como, atenuações, sursis, etc.

A razão pela qual a legislação (e o Código de Ética Médica!) autoriza o aborto nos casos de estupro, é igualmente desconcertante: por se compadecer sobremaneira da mulher! Mulher que indiscutivelmente se encontra em situação terrível, pois foi ultrajada em seu corpo e sua alma. Enquanto portar este feto indesejado, sente-se conspurcada, em estado de permanente violação.

Mas então, por que ser tão mais rigoroso com as demais mulheres que, desesperadas, recorrem ao aborto? Recorrem ao aborto também por terem um feto indesejável, embora variem as circunstâncias.

Muitas em pânico imenso, sujeitam sua saúde e sua própria vida, em escusos ambientes e em mãos inexperientes, que utilizam sabe lá que métodos. Se sujeitam, porque não tem como recorrer à medicina. A medicina não se dá ao trabalho de ouvir suas razões; ela só se sujeita a esta estranha excessão, na qualidade de cúmplice do estado.

Por que, nos casos de aborto, o estado não demonstra o mesmo carinho com a mulher, e se debruça para ouvir seus motivos e suas angustias, exatamente como faz com as vítimas de estupro?

---

\*Médico, residente em Blumenau, SC.

E, no entanto, que crime comete uma mulher que faz um aborto? Interrompe o desenvolvimento de um feto inocente, mas indesejado, exatamente como faz o estado em casos de estupro.

Portanto, que não se diga que não há pena de morte no Brasil; Sim há! Apenas desastrosamente aplicada.

### **Habeas-corpus impede processo penal por cobrança de honorários**

**A 1ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul concedeu habeas-corpus para um médico de Ijuí, mandando arquivar processo criminal instaurado naquela comarca. A denúncia: o fato de o médico exigir honorários ao atender paciente do SUS no hospital local, entre novembro e dezembro de 1995.**

**Conduzida pelo escritório Pereira, Martha & Becker Advogados Associados, através do advogado Marco Antônio Bandeira Martha, assessor jurídico da Amrigs, a defesa sustentou que aquele médico está descadastrado do SUS e que seu trabalho como funcionário público se restringe aos atendimentos feitos no ambulatório da Secretaria da Saúde. Portanto, ao trabalhar no Hospital de Caridade, ele pode cobrar os seus honorários profissionais.**

**As pacientes foram atendidas pelo médico no ambulatório da Secretaria da Saúde, do qual o médico é funcionário. A partir do momento em que as mesmas necessitarem de atendimento no Hospital - um parto e dois procedimentos ginecológicos - passam a ser consideradas particulares pelo médico, descadastrado do SUS desde 18 de novembro de 1995, data anterior à primeira imputação da denúncia.**

**A defesa sustentou que o médico só exerce a função pública nos horários e no local onde atende como funcionário da Secretaria da Saúde. O acórdão reconhece ainda que o pedido de pagamento de honorários "era inteiramente legítimo". Participaram do julgamento os desembargadores Nelson Souza Soares Rassier, Décio Spalding de A. Wedy e Milton Martin Soares.**

**Existem outros casos de processos semelhantes movidos contra médicos funcionários públicos tramitando atualmente no Estado, informa Bandeira Martha. "A decisão do Tribunal de Justiça se constitui num precedente para o arquivamento de todas essas ações penais", avalia.**

**Transcrito do Jornal AMRIGS  
out/96**



# MÉDICO NÃO PODE SER PERITO DE SEU PACIENTE

Parecer CFM

## EMENTA

O médico não pode ser perito de paciente para quem presta atendimento como médico-assistente, mesmo que o faça em entidade pública.

Um dos pilares da ética médica é a relação médico/paciente, na qual é fundamental a confiança mútua. Do médico, acreditando nas informações fornecidas pelo paciente; do paciente, assegurando-se de que a conduta do médico está revestida da mais honesta intenção de curar sua doença ou pelo menos minorar seu sofrimento.

Nesta relação não pode, de maneira nenhuma, haver interposição de qualquer outro interesse, sob pena de se macular a confiança mútua, absolutamente necessária para uma salutar relação médico/paciente.

O artigo 120 do Código de Ética Médica preceitua:

“É vedado ao médico 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”.

Como se verifica, o legislador ético-entendendo que a relação médico/paciente poderia influir na decisão do médico, quando na função de perito - de pronto vedou essa dualidade de funções.

Ao perito cabe, após avaliar o periciando, concluir se o mesmo é portador de patologia que o incapacita ou não para o trabalho. Sua função tem que ser rigorosamente imparcial: nem paternalista, que acoberte interesses pessoais do indivíduo, sem respaldo técnico; nem tampouco rígida em demasia, em defesa do seu empregador.

Entendemos que essa imparcialidade fica comprometida quando o empregado mantém com o médico uma relação de mútua confiança. Se o seu médico, investido na função de perito, nega-lhe a licença fica comprometido o relacionamento de mútua confiança; se a concede, poderá fazê-lo sem a isenção necessária ao desempenho da função.

## CONCLUSÃO

Pelo exposto e tendo em vista o art. 120 do Código de Ética Médica, somos de parecer que no caso em tela o médico que exerce função de perito não pode desempenhar função de médico-assistente, sob pena de comprometer a isenção necessária à função e, por outro lado, como perito, certamente prejudicará a relação médico/paciente, absolutamente necessária ao bom relacionamento entre os mesmos.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 02 de agosto de 1996.

Cláudio B. S. Franzen  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/9/96

# FISCALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MÉDICO AUDITOR SUS

Parecer CFM

## EMENTA

As atividades de fiscalização das ações e serviços de saúde devem ser realizadas pelas três instâncias governamentais, de forma integrada e harmônica, cada uma em seu âmbito de atuação. O médico auditor, responsável pela fiscalização das questões assistenciais "latu sensu", tem sua autonomia regulamentada em lei e o acesso ao prontuário médico deve ser feito por sua posse e guarda.

## PARTE EXPOSITIVA

A presente consulta, enviada ao Conselho Federal de Medicina pelo Conselheiro do CREMERN, em 13 de setembro de 1995, trata de dúvidas, fruto de opiniões divergentes, sobre a fiscalização das ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Segundo o ilustre Conselheiro há questionamentos inclusive sobre "a necessidade do controle federal e a autonomia do médico auditor na execução de suas tarefas".

Apresenta vários considerandos em sua consulta, baseados em diplomas legais, e conclui com a indagação sobre "o direito do médico auditor, sob a égide da ética, de assumir a condição de guardião temporário, em situações especiais, da documentação necessária para o exercício de sua função."

## PARECER

Confesso que as dúvidas do Conselheiro não ficaram muito claras em meu entendimento. Desta forma, vou tentar estabelecer uma linha de raciocínio na expectativa de contemplar a consulta.

Apesar do consulente ter inserido, em seus considerandos, aspectos referentes à fiscalização de recursos repassados aos estados e municípios por via convencional ou programática, e inclusive recomendações do Tribunal de Contas da União quanto ao acompanhamento da execução financeira dos mesmos, quer me parecer que a auditoria a que se refere é a assistencial e não aquela, porquanto contábil.

O papel do médico auditor dá-se no aspecto meramente assistencial, na verificação da veracidade e necessidade dos procedimentos, compatibilização de condutas com o diagnóstico, este com faixas etárias, sexo, etc. A auditoria médica visa garantir ao cidadão usuário do SUS a assistência correta e de qualidade, bem como proteger o sistema contra eventuais distorções e irregularidades.

Assim, passarei a considerar apenas os aspectos da auditoria médica, ou assistencial, neste relatório.

No início, o Conselheiro indaga sobre a necessidade do controle federal na fiscalização das ações de saúde.

O recente Decreto Presidencial nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, criou o Sistema Nacional de Auditoria, descentralizando suas ações a estados e municípios, em comunhão com os princípios fundamentais do SUS definidos na Constituição Federal:

***“Art. 1º - O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde - SUS em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.***

***Art. 4º - O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.***

***§ 3 - A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.”***

Desta forma, temos que ter auditoria federal fiscalizando os sistemas estaduais, auditoria estadual fiscalizando os sistemas municipais e auditoria municipal fiscalizando os prestadores de serviços.

No país os estados e municípios vêm organizando-se em velocidades diferenciadas, o que nos faz encontrar situações variadas: estados que por não terem organizado seu sistema de auditoria ainda dependem da União; municípios, pelo mesmo motivo, dependentes da União ou estado.

Por outro lado, nos municípios já bem desenvolvidos e organizados no tocante ao sistema de saúde, já existe a auditoria municipal e mantém-se uma harmônica relação com as duas outras instâncias governamentais.

Deve-se aqui fazer um parêntese para considerar a diferença fundamental entre Auditoria Assistencial e Serviço de Controle e Avaliação - SCA. A auditoria é apenas um dos braços do SCA. Este tem maior abrangência e vai desde a análise crítica dos planejamentos e programações, elaboração e sistematização de normas, formulação de parâmetros e de indicadores de resultados, até a avaliação do impacto assistencial de uma ação em uma população. O SCA propõe novas medidas, novas ações e integração com outras áreas, sempre na busca do impacto positivo. A auditoria é um de seus instrumentos na medida da coleta de dados, para tornar possível a análise.

O controle e avaliação é um trabalho contínuo, infindável e deve ser exercido por todas as instâncias governamentais. Entre as medidas possíveis de serem adotadas está, inclusive, o desencadeamento de uma auditoria assistencial no caso do aparecimento de eventos-sentinela: alto percentual de partos cirúrgicos, alta taxa de internação hospitalar, curto tempo de permanência, p. ex.

Para isto, faz-se necessária a sistemática alimentação dos bancos de dados federais, estaduais e municipais.

Em seu capítulo do Controle, Avaliação e Auditoria, a Norma Operacional Básica, recentemente aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite, estabelece:

***“Os Bancos de Dados nacionais, normatizados pelos órgãos do MS, constituem-se em instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Cabe aos órgãos gestores municipais e estaduais garantir a alimentação permanente e regular destes bancos, de acordo com os cronogramas previamente estabelecidos pelo MS.”***

Assim, o papel de cada uma das instâncias fica claramente definido, cabendo às três, de forma integrada e harmônica, fiscalizar as ações e serviços de saúde a bem do usuário final.

A autonomia do médico auditor está bem definida no citado Decreto Presidencial nº 1.651, que criou o Sistema Nacional de Auditoria, ora em vigor, com uma restrição:

***Art. 8º - É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e aos membros das Comissões Corregedoras serem proprietário, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.***

***Art. 11 - Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigido, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoal e instalações.”***

Vê-se então que a autonomia do médico auditor no exercício de suas atividades é bastante ampla, tanto no âmbito público como no privado complementar.

A última questão levantada pelo consulente diz respeito à condição de guardião temporário, em situações especiais, da documentação necessária para o exercício de sua função. Em seu último considerando faz uma analogia à condição do Juiz de Direito de guardar, temporariamente, os processos, retirando-os do Fórum para melhor análise.

Cabe aqui uma ressalva. Auditor não é juiz, não tem o poder judicante. Apenas levanta os dados, analisa a situação, aponta caminhos e submete-os à apreciações superiores, para decisão. Portanto, tal paralelo é inadequado.

Quanto às situações especiais citadas, não acredito que aconteçam. Seria uma auditoria realizada em lugares distantes em que é prática comum a solicitação do envio do prontuário para evitar-se deslocamentos? Seria falta de apoio logístico na unidade prestadora para uma análise acurada?

Ora, em qualquer das duas hipóteses não se justificaria perder a oportunidade de avaliar “in loco” a condição em que aquela irregularidade se deu, e também a possibilidade de eventual exame do paciente e não apenas daquilo que está registrado.

O estado deve prover os meios necessários aos deslocamentos dos profissionais, deve ter núcleos descentralizados de auditoria, enfim, prover todas as condições necessárias para sua efetivação.

Já o prestador obriga-se, conforme o Decreto Presidencial, a facilitar o trabalho dos médicos auditores, inclusive com as condições mínimas necessárias para este exercício. Caso não o faça, é mais uma irregularidade a constar do relatório.

Quanto à condição de guardião temporário da documentação, que entendo tratar-se do prontuário, reporto-me ao sempre brilhante parecer do ilustre Conselheiro Nei Moreira da Silva a respeito:

"Parecer nº 02/94, aprovado em 13.1.94

O acesso ao prontuário médico, pelo médico perito, para efeito de auditoria, deve ser feito dentro das dependências da instituição responsável por sua posse e guarda. O médico perito tem, inclusive, o direito de examinar o paciente, para confrontar o descrito no prontuário."

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 7 de agosto de 1996.

Paulo Eduardo Behrens  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 10/9/96

**ALGUNS "ERROS POPULARES"  
SEGUNDO LAURENT JOUBERT (1529-1583)  
Montpellier**

**As manchas em "borra de vinho"**

**"Há crianças, rapazes e raparigas, que nascem com manchas vermelhas na face, no pescoço, nos ombros, ou noutros locais do seu corpo. Diz-se que isso acontece por terem sido concebidos e engendrados quando a mãe estava com as regras...Porém eu defendo que é impossível uma mulher conceber durante o fluxo menstrual."**

## **LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS DA AMB APROVADA PELO CRMPR**

Resolução CRMPR Nº 060/96

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, usando das atribuições lhe conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de junho de 1958 e,

CONSIDERANDO que a Constituição da República Federativa do Brasil entende a Saúde como questão de relevância pública;

CONSIDERANDO que o Artigo 2º, da Lei nº 3268/57, determina serem "O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente";

CONSIDERANDO que o Artigo 15, da mesma Lei, atribui aos Conselhos Regionais de Medicina "velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos" e "promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exercem";

CONSIDERANDO 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;

CONSIDERANDO que 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 legalização referente à saúde;

CONSIDERANDO que o médico investido em funções de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da medicina;

CONSIDERANDO que 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;

CONSIDERANDO que os princípios norteadores da boa prática médica prevêm a necessidade de condições adequadas de trabalho e de atendimento, autonomia profissional, liberdade de escolha do médico pelo paciente, irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e a dignidade na remuneração profissional;

CONSIDERANDO que a Lei 6839/80, institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares nos Conselhos Regionais de Medicina com a anotação dos profissionais também legalmente habilitados;

CONSIDERANDO finalmente, o decidido na Reunião Plenária nº 892, realizada em 21 de setembro de 1996,

RESOLVE:

ARTIGO 1º - Homologar a "LISTA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA", como referencial a ser adotado pelos profissionais da medicina.

ARTIGO 2º - As empresas de seguro saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou de intermediação dos serviços médico-hospitalares devem obedecer aos seguintes princípios:

- a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente;
- b) justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico;
- c) garantir ao paciente os meios diagnósticos e terapêuticos

necessários;

ARTIGO 3º - É vedado à empresa contratante estabelecer qualquer exigência que implique na revelação de diagnóstico ou de fatos de que o médico tomou conhecimento no exercício profissional.

ARTIGO 4º - O registro das empresas referidas no Artigo 2º, no Conselho Regional de Medicina, é condição indispensável para o licenciamento do pleno direito de exercício de suas ações na área de saúde.

ARTIGO 5º - O descumprimento da presente Resolução fará com que os Diretores Técnicos sejam enquadrados nos termos do Código de Ética Médica e as empresas poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina, sendo o fato comunicado ao serviço de Vigilância Sanitária e demais autoridades competentes.

ARTIGO 6º - Fica revogada a Resolução CRM/PR nº 011/85.

ARTIGO 7º - A presente Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 21 de outubro de 1996.

Luiz Sallim Emed  
Cons. Presidente

Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. 1º Secretário

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 21/10/96

# INCINERAÇÃO DE TECIDOS HUMANOS (PEÇAS ANATÔMICAS) OU CADÁVERES

Parecer CFM

## EMENTA

A competência para legislar sobre incineração de cadáveres ou de tecidos humanos é do município. Além da previsão legal deve a instituição cuidar para que o ato seja registrado convenientemente.

## PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul encaminha consulta formulada pelos Drs. Renato B. de Rezende e Mauro C. G. Andrade, respectivamente Diretor Clínico e Superintendente da Clínica de Campo Grande S/A, com o seguinte teor:

“Considerando a existência de um cremador na Clínica de Campo Grande S/A, que está sendo usado na incineração de tecidos humanos, por solicitação de outras clínicas, solicitamos a este Conselho, orientação para execução de tal procedimento, dentro das leis e normas vigentes”.

São freqüentes as dúvidas quanto ao destino a ser dado a órgãos, membros e tecidos humanos.

A inumação de cadáveres é bem regulamentada, mas um braço, uma perna amputados, um baço extirpado pós-rotura, não são cadáveres. Seu manuseio indevido não pode, portanto, caracterizar os ilícitos previstos no Código Penal, Título V, Capítulo II, que trata dos Crimes Contra o Respeito aos Mortos. Por outro lado, deve haver respeito ao vivo, dando destino digno a partes do seu corpo que, por necessidade terapêutica, foram extirpadas.

Cabe ressaltar que o município tem a competência para legislar sobre esse assunto. Alguns já prevêem em sua legislação o recebimento, nos cemitérios, desse tipo de despojos para inumação.

Como demonstração exemplar cito e transcrevo, em parte, a Lei Municipal nº 3.120, de 21 de dezembro de 1967, do município de Porto Alegre:

“Art. 1º. Fica o Executivo autorizado a instituir a prática de cremação de cadáveres e incineração de restos mortais, bem como a instalar, nos cemitérios ou em outros próprios municipais, por si, pela Secretaria Municipal de Obras e Viação ou for terceiros, através de concessão de serviços. fornos e incineradores destinados àqueles fins.

Parágrafo único. Obedecidas as normas legais vigentes, a instalação e funcionamento de fornos crematórios e incineradores poderão ser feitos através de organizações religiosas de notória tradição, as quais, para esse fim, ficarão sujeitas à permanente fiscalização da Prefeitura.

Art. 2º. Será cremado o cadáver:

a).....

b).....



§ 2º. Em caso de morte violenta, a cremação, atendidas as condições estabelecidas neste artigo, só poderá ser levada a efeito mediante prévio e expresso consentimento da autoridade policial competente.”

Preliminarmente, convém aos consulentes, ou ao Conselho, informarem-se junto à prefeitura local se já não há matéria a respeito.

Convém recomendarmos:

1) que a clínica que encaminha o material o faça por escrito, mencionando sua procedência;

2) que a clínica de Campo Grande S/A faça o registro do recebimento e da incineração;

3) que atentem para as determinações contidas no Parecer CFM nº 27/94, que passa a integrar este parecer.

Dessa forma, assim procedendo, quaisquer dúvidas futuras serão esclarecidas, evitando-se problemas para ambas as partes.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 21 de agosto de 1995.

Léo Meyer Coutinho  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/6/96

**“Há homens que lutam um dia e são bons; Há outros que lutam um ano e são melhores; Há aqueles que lutam muitos anos e são muito bons; Mas há os que lutam toda a vida. Esses são imprescindíveis”.**

**B. Brecht**

## É POSSÍVEL APRENDER ALGO COM O ERRO MÉDICO?

Marco Akerman\*

Estudos realizados nos estados Unidos mostram que erros médicos podem vir a ocasionar 80.000 óbitos por ano nos hospitais americanos ("Time", abril, 1995). Dados publicados em números anteriores do Jornal do Cremesp apontam que o artigo 29 - imperícia, imprudência e negligência, foi o que gerou o maior número de processos que se encontram em andamento no Conselho. Torna-se cada vez mais frequente em rodas sociais o relato de casos em que amigos ou familiares estiveram às voltas com "problemas ocasionados pelos médicos". A situação é seria, e o ônus social, psicológico, biológico e financeiro para quem sofre as consequências desses erros é imensurável. Não cabe aqui portanto, justificar ou relativizar nenhuma dessas situações.

Gostaria entretanto neste artigo de desfocar a discussão sobre os efeitos de tais erros, que são indiscutivelmente graves, para sugerir um outro caminho que possa também equacionar as suas causas de uma forma mais consistente e sistemática.

O que quero dizer com isso? Senão vejamos. Por exemplo, se consideramos os dados americanos, acima mencionados, e estimarmos que a população do Estado de São Paulo é 1/8 da população americana, podemos chegar à cifra de aproximadamente 10.000 óbitos por ano poderem vir a ocorrer nos hospitais paulistas devido a erros médicos. Como dados publicados em 1994, no Jornal do Cremesp, informavam que apenas 65 processos estavam em andamento no Conselho devido a "imperícia, imprudência e negligência", pode-se inferir que a grande maioria dos erros que redundaram em óbitos não deram entrada naquela instituição. Mais ainda, o caráter de corte de julgamento do Conselho faz com que cada um desses 65 erros venha a ser tratado apenas na sua dimensão individual, descaracterizando-os como fenômenos coletivo com suas respectivas raízes sociais.

Por favor, não interrompam aqui sua leitura para especular se o autor não teria ligações com a indústria de seguro, e estaria, portanto, com esses dados querendo criar condições para a implantação de um modelo americano de seguro no Brasil. Asseguro que não.

O que o autor quer argumentar é que apenas uma fração pequena dos erros médicos desembocam no Conselho. Isto é, o Conselho não capta, em termos quantitativos, toda a dimensão do problema, ficando apenas com uma amostra pouco representativa, em termos estatísticos, dos erros que vem ocorrendo. Grande parte destes erros portanto, permanecem equacionados ou não, nos locais onde acontecem. Não há então nenhuma instância de agregação de um número significativo de erros que possa favorecer um estudo mais abrangente do problema, com vias a enfrentá-lo de uma forma mais vigorosa.

Estou propondo, então, a criação de um "banco de erros médicos" a ser gerido pelo Conselho, e que seja independente da área de julgamento de infrações éticas. Esse "Banco" teria a função de catalogar e analisar os erros "depositados"

---

\* Pesquisador do Cedec e Consultor da Fundap.

com vias a estabelecer suas causas, sem nenhuma intenção de julgamento ético. Para isso, há que se favorecer a notificação voluntária do erro médico em todos os locais de trabalho, e a partir daí, um "depósito" voluntário desse erros no "Banco do Conselho". E como todo banco, neste caso também estaria garantido o sigilo bancário.

Com isso, podemos possibilitar o acúmulo de um número significativo de erros, que nos ajude a buscar causas comuns. Esse exercício etiológico poderia favorecer a teoria da multicausalidade do erro médico, desfocando o "germe" - no caso médico -, como o único causador do problema. Para isso, a cultura da medicina tem que se transformar. A possibilidade do fracasso na prática médica, tem que tornar um fato público e explicitado inclusive pelos órgãos de classe. Para tanto, faz-se necessário desfazer-se do mandato de divindade que muitos discípulos de Hipócrates se arvoram em ter, e da arrogância característica de muitos dos nossos homens e mulheres de branco.

Como disse o presidente da Microsoft, Bill Gates, em artigo recente na "Folha de São Paulo", "é ótimo comemorar o sucesso, mas é mais importante considerar as lições do fracasso, pois ao extraírmos lições dos erros, reduz-se a possibilidade de que eles se repitam ou sejam acobertados.

E nunca é demais lembrar aqui o duque La Rochefoucault, um francês do século XVII e ativo membro da oposição ao Cardeal Richelieu, quando afirma que "quase todas as nossas faltas são mais perdoáveis do que os métodos que empregamos para ocultá-las".

Transcrito do jornal do Cremesp 7/96  
Sessão Dissonância

## **FORNECIMENTO DE PRONTUÁRIO PARA AUDITORIAS DO SUS E OUTROS TOMADORES DE SERVIÇOS E PARA AUTORIDADES JUDICIÁRIAS.**

Parecer CFM

Em 10/11/93 o ilustre Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo enviou ofício a este Conselho Federal formulando consulta sobre se devem as instituições prestadoras de serviços médicos enviar prontuários de seus pacientes para as auditorias do SUS e de outras instituições tomadoras de serviços médicos quando por estas solicitados. Entende tal questionamento a quando a solicitação provir do Poder Judiciário. Explica o consulente que em seu Estado, frequentemente, em tais circunstâncias, ocorriam extravios de prontuários causando perda de dados clínicos de grande valia para possível seguimento daquele paciente em seus futuros retornos àquela instituição. Objetou, ainda, o consulente, lembrando o prejuízo para as ações fiscalizadoras do Conselho Regional de Medicina que tais perdas representam. Preocupa-se, também, o Presidente daquele Regional, com possíveis infringências ao estatuto do sigilo profissional decorrente do aumento do universo de pessoas, principalmente não médicos, que passariam a ter acesso àquelas informações contidas nesses prontuários.

Anexou à presente consulta cópia do Parecer Consulta 008/93, aprovado naquela Casa, em 05/10/93, sobre tal matéria, que concluiu:

(O diretor) "que encaminhar cópia de prontuário a ser examinado fora das dependências do Hospital infringe o Código de Ética Médica".

Demonstrando preocupação com a questão, em 25/11/93, encaminhou novo ofício a este Conselho Federal reiterando os termos da consulta inicial e encaminhando cópia de ofício no qual o Chefe do Serviço de Controle e Avaliação do Sistema Ambulatorial, Hospitalar e Complementar comenta as competências do seu serviço, as irregularidades mais freqüentemente encontradas e menciona não dispor de auditores e viaturas para cobertura dos hospitais do interior bem como da inconveniência de que as auditorias sejam feitas "in loco" pois "permite contacto do supervisor com o supervisionado". Ainda segundo o Chefe do SISAC, os hospitais geralmente não dispõem "de local adequado para estas supervisões." Em 09/12 pp esta consulta nos foi encaminhada.

As preocupações trazidas pelo consulente são procedentes e relevantes. Tal questão repriza-se em todo o País, com certeza. De um lado o direito dos tomadores de serviço médicos, de verificar a prestação desses mesmos serviços, direito legítimo de qualquer consumidor, direito que se torna até mesmo um dever, especialmente quando o contratante for o poder público. Do outro lado as legítimas preocupações manifestadas pelo consulente.

Isto posto, como conduzir a pendência? Pensamos que este Conselho, de forma mais ou menos direta, já se pronunciou várias vezes sobre o tema, através de pareceres de inúmeros Conselheiros, uns que ainda iluminam esta Casa com suas sabedoria, outros que deixaram por cá a lembrança de sua competência e dedicação.

Assim, resta-nos reafirmar que o prontuário do paciente, contendo dados de interesse médico, não é instrumento de cobrança de serviços e sim repositório da sua vida médica, pertencendo a ele, paciente e a instituição que tem a sua posse no sentido físico e é responsável pela sua guarda por período indeterminado, podendo, após certo prazo, resumí-lo e armazená-lo em filmes ou discos magnéticos, se assim o preferir. O acesso a estes dados estará sempre condicionado ao dever legal, aos interesses do paciente e a justa causa, na defesa dos interesses de terceiros, quando estes se sobrepujarem aos do indivíduo. É o que ensina Genival Veloso de França em sua obra *Direito Médico*, Fundo Editorial, BYK5ª, edição, pg 130:

"A revelação do segredo médico pode constituir um crime quando feita pela necessidade de proteger-se um interesse contrário mais importante. No confronto de dois bens, o Direito aprova e consente o sacrifício do menos valioso." Entendemos que o acesso ao prontuário pela figura do auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que tem o mesmo atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo ao mesmo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados. Tem, assim, para bem exercer seu mister, de munir-se de volume suficiente de dados que permitam correta avaliação da matéria. Tem direito o auditor, inclusive, de examinar o paciente, para confrontar o descrito no prontuário com o real estado do paciente, tudo porém em perfeita sintonia com o que determina o vigente Código de Ética Médica.

Outra coisa, porém, é a instituição prestadora de serviços médicos ser obrigada a enviar os prontuários aos seus contratantes públicos ou privados. As razões elencadas pelo consulente são mais do que suficientes para julgarmos impróprio tal procedimento. Mesmo se considerarmos que todos os personagens envolvidos na auditoria, médicos ou não, estão submetidos ao princípio do sigilo profissional, estatuído no art. 154 do nosso vetusto Código Penal, entendemos de boa norma restringir ao mínimo necessário o número de contactantes com aquelas informações. A possibilidade de extravio é outro inconveniente bem lembrado na consulta. Apesar de, nesses casos, poder-se responsabilizar o depositário infiel pelo dano decorrente da perda dos prontuários e, no caso de médico, ainda responsabilizá-lo eticamente como negligente no desempenho de suas funções.

Assim, não consideramos como justificativas válidas as mencionadas no documento originado da SISAC posto que se trata de defeitos conjunturais, cabendo sua resolução aos gestores do SUS, a quem compete seus auditores de condições adequadas ao bom desempenho de suas funções, que reputamos de grande importância. O que não se pode é, para suprir tais deficiências, incorrer-se em outro erro. Que o SUS, implementado sua política de descentralização, descentralize-se de fato, inclusive na auditoria, implantando níveis Regionais e Locais de auditoria. Discordamos ainda do entendimento de que o contacto direto entre auditor e auditados seja nefasto. Pelo contrário, que maneira melhor de se esclarecer possíveis dúvidas se não o diálogo, "vis a vis", entre os dois protagonistas? Tal diálogo só se torna negativo quando for, na realidade, monólogo impositivo, sentença sem julgamento, julgamento sem defesa. Os hospitais não têm estrutura? Mas que estrutura será essa, tão complexa para função tão burocrática? Que hospitais serão esses, que têm estrutura para atender pessoas doentes mas não

têm, sequer, uma mesa em uma sala - que tal a própria sala do faturamento - para atender o auditor?

Em relação as solicitações da Justiça, devem ser recebidas com toda a consideração merecida por aquele Poder, porém declinando-se de atender, sugerindo-se que o Meritíssimo Juiz designe um médico - perito, o qual terá acesso ao prontuário na instituição e dele poderá retirar as informações necessárias para o atendimento à solicitação judicial.

Quanto ao envio do prontuário ou de cópia do mesmo, por determinação da Justiça, o próprio Supremo Tribunal Federal estabeleceu jurisprudência sobre o tema no acórdão do Recurso Extraordinário Criminal nº 91.218-5-SP, 2ª Turma - Recorrente: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo9 - Recorrido: Juiz de Direito da Vara Auxiliar do 2º Tribunal do Júri de São Paulo, em 10/11/81, sendo Presidente e Relator o Ministro Djaci Falcão, cuja ementa oficial reza:

"Ementa oficial: Segredo profissional. A obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não tem caráter absoluto. A matéria, pela sua delicadeza, reclama diversidade de tratamento diante das particularidades de cada caso.

A revelação de segredo médico em caso de investigação de possível abortamento criminoso faz-se necessária em termos, com ressalvas do interesse do cliente. Na espécie, o Hospital pôs a ficha clínica à disposição de perito médico, que não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial (art. 87 do Código de Ética Médica).

Por que se exigir a requisição da ficha clínica? Nas circunstâncias do caso, o nosocômio, de modo cauteloso, procurou resguardar o segredo profissional. Outrossim, a concessão do writ, anulando o ato da autoridade coatora, não impede o prosseguimento regular da apuração da responsabilidade criminal de quem se achar em culpa.

Recurso Extraordinário conhecido, em face da divergência jurisprudencial, e provido. Decisão tomada por maioria de votos."  
(RT, 562, agosto de 1982, pág. 407/425)

É o parecer, à consideração do Plenário.

Brasília, 10 de janeiro de 1994.

Nei Moreira da Silva  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/1/94

# O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO TEM DIREITO DE REQUISITAR PRONTUÁRIO DE PACIENTE

Parecer CFM

## EMENTA

O diretor clínico não pode liberar cópia de prontuário de paciente para Conselhos de Saúde, porém tem o dever de apurar quaisquer fatos comunicados, dando-lhes conhecimento de suas providências, sob pena de responsabilização ética ou mesmo criminal.

## PARECER

Uma médica consultou o Conselho Regional acerca da seguinte questão: **“Se os Conselhos Municipais de Saúde estão autorizados a tirar cópias de prontuários de pacientes sem o conhecimento do Diretor Clínico e do médico que o assiste.”**

A esse respeito, o Conselho Regional prestou informação de que: **“a cópia de prontuários só pode ser feita através de autorização da Direção Clínica.”**

Esta lacônica resposta certamente não satisfaz à doutora, pois cabe perguntar: **“Pode o Diretor Clínico liberar cópia de prontuário de paciente ao Conselho Municipal de Saúde?”** A resposta é: NÃO! Vejamos por quê.

As leis nº 8.080/90 e 8.142/90, bem como a Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecem as competências dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que podem ser complementadas por legislação estadual ou municipal.

A lei nº 8.080, de 19/09/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, estabelece:

CAPÍTULO III - Da Organização, da Direção e da Gestão

ART. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do ART. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III - no âmbito dos Municípios, pela Secretaria de Saúde órgão equivalente.

CAPÍTULO IV - Da Competência e das Atribuições

SEÇÃO II - Da competência

art. 18 - À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS - compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

.....

XI - Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar completamente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

O Decreto nº 1.651, de 28/09/1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde estabelece:

ART.1º - O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no ART. 16, inciso XIX, da Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde - SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

ART. 2º - O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle de execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo Único .....

ART. 3º - Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise:

.....

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

.....

I - de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação; ao Ministério Público, se verificada a prática de crime; e ao chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde. Entretanto, ao prever, entre outras, a competência: "fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde", isto não significa, em absoluto, competência para intervir, apurar ou punir eventuais transgressões cometidas por prestadores de serviços, em especial a atuação médica, mesmo porque os Conselhos não tem competência executiva, mas tão somente deliberativa.

Conseqüência, compreensível, do regime de execução (ditadura), qual mola excessivamente comprimida, ao soltá-la distende-se além da medida, para depois voltar a posição de normalidade. Nesta fase de distensão está a sociedade. Vemos múltiplos órgãos, governamentais ou mesmo privados, atribuindo-se funções que não lhes competem. Exemplifiquemos com o próprio Conselho de Saúde:

- se o Conselho Municipal de Saúde toma conhecimento de compras de material com preços superfaturados, não irá ele investigar mas sim solicitar à Secretaria de Saúde que instaure o competente inquérito administrativo. Poderá ainda denunciar o fato ao Ministério Público. São estas as autoridades competentes para agir. O secretário terá, inclusive, o dever de comunicar ao Conselho Municipal de Saúde o resultado de sua atuação, sob pena de prevaricação;



- se o Conselho Municipal de Saúde toma conhecimento de contas hospitalares suspeitas de fraudulentas, também solicitará à Secretaria que promova a auditoria necessária;

- se o Conselho Municipal de Saúde toma conhecimento de possível má prática médica, denunciará o fato ao Conselho Regional de Medicina, à Direção do Hospital ou sua Comissão de Ética, ou mesmo à Polícia. No aspecto ético caberá exclusivamente ao Conselho Regional de Medicina apurar o fato; criminalmente, caberá à Justiça, com o preliminar inquérito policial.

Além do até aqui indicado, temos, ainda, de forma absoluta, a previsão contida no Código de Ética Médica, que estabelece o seguinte ilícito ético:

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

Esse entendimento já foi, em 1962, alvo de apreciação pela Suprema Corte, quando o Supremo Tribunal Federal julgou a PETIÇÃO DE HABEAS CORPUS nº 39.308 - São Paulo. O habeas corpus foi impetrado contra o juiz que exigia do diretor do Hospital das Clínicas de São Paulo o envio do prontuário de um paciente. Dessa primorosa peça destacamos:

#### EMENTA

Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais. Habeas corpus concedido

Do voto do eminente Ministro Cândido Motta Filho, transcrevo o seguinte:

“E, por fim, o eminente Ministro Vilas Boas concedia a ordem, por ser o arquivo do Hospital indevassável. E não é possível obrigar-se o Diretor do Hospital a fazer aquilo que sua consciência recusa a fazer.

Pela discussão havida e pelas razões dos doutos votos pronunciados, justificou-se o meu pedido de vista. Aliás, é o tema realmente, pelo seu significado e por suas conseqüências, um dos mais fascinantes da vida jurídica.

Pelo exposto, o Diretor Clínico não pode liberar cópia de prontuário de paciente ao Conselho de Saúde, mas tem o dever, sob pena de responsabilidade ética e mesmo criminal, de tomar todas as providências quanto a eventual ilícito denunciado. Essa é a atitude transparente que a sociedade legitimamente deseja e tem direito.

Este é o parecer que S.M.J., atende ao fato questionado pela médica.

Brasília, 14 de agosto de 1995.

Léo Meyer Coutinho  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 14/6/96

# **NÃO FORNECIMENTO DE PRONTUÁRIOS ÀS EMPRESAS, QUANDO DA APRESENTAÇÃO DE CONTAS POR SERVIÇOS PRESTADOS**

Parecer CFM

## **EMENTA**

O prontuário do paciente é um documento referente à assistência médica prestada ao mesmo, e portanto não deve ser usado como instrumento para cobrança de convênios.

1. Em 29/11/95 foi protocolado neste CFM o ofício nº 594/95, do CREMEPE, que solicita na apreciação do documento enviado àquele Regional pelo GREMES e Grupo de Empresas com Assistência Médica Supletiva, abaixo transcrito: "Tendo em vista a decisão das entidades hospitalares locais, respaldadas em determinação do Conselho Federal de Medicina de não mais enviarem prontuários médicos quando da apresentação das contas pelos serviços prestados aos tomadores desses serviços, o GREMES sente-se no dever de prestar esclarecimentos sobre as dificuldades que estão sendo enfrentadas pelas suas filiadas para ressarcimento, no tempo acordado, das faturas remetidas, pelo que fazemos os seguintes considerandos:

- considerando ser, de Estatais a maioria das filiadas ao GREMES;
  - considerando que, ditas empresas estão obrigadas ao cumprimento de normas do Governo Federal;
  - considerando que, no plano de estabilização da economia nacional, o governo vem tomando medidas restritivas, inclusive no que se refere
  - considerando que, no plano de estabilização da economia nacional, o governo vem tomando medidas restritivas, inclusive no que se refere à assistência médica prestada pelas suas empresas;
  - considerando que, embora as demais filiadas pertençam ao setor privado, também necessitam se ajustar à nova realidade econômica;
  - considerando que, os custos com a assistência médica já se encontram no linear orçamentário de cada empresa;
  - considerando que, o grande número de entidades hospitalares no Estado torna inviável a verificação de todas as contas hospitalares ;
  - considerando que, por determinação federal, as empresas estão impedidas da contratação de novos servidores;
  - considerando que, o GREMES por ser entidade sem fins lucrativos, não pode arcar com custos adicionais ao orçamento anual;
  - considerando que, apesar da tentativa exaustiva, durante o período concedido a pedido do GREMERS, para que fosse encontrada solução satisfatória;
  - considerando que a retenção do prontuário médico acarretará demora na conferência das contas hospitalares com reflexos no seu ressarcimento;
  - considerando que o prontuário médico pertence por direito ao paciente e não a entidade hospitalar;
- considerando enfim que, a decisão adotada pelo Conselho Federal de Medicina, confronta as diretrizes da pretendida estabilização econômica do país;

é que o GREMES vem perante esse respeitável Conselho, solicitar a sua interseção junto ao Conselho Superior da classe, para que seja reanalisada a matéria e a sua conseqüente revogação.”

2. As razões elencadas pelo GREMES para que este CFM reforme o entendimento emitido nos Pareceres CFM nº 50/89 e 02/94 são desprovidas de qualquer consistência que justifique um reexame da matéria.

3. Assim sendo, entendo que o CFM deve reafirmar o conteúdo desses pareceres (cópia anexada), vedando o fornecimento dos prontuários para cobrança dos serviços prestados.

É o parecer, S.M.J..

Brasília, 24 de maio de 1996.

Nei Moreira da Silva  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/9/96

**(...) «O espírito humano tem demasiada tendência para abandonar o caminho árduo do raciocínio científico entregando-se à fantasia.»**

**Virchow**

# MÉDICO NÃO PODE PEDIR EXAME SOROLÓGICO PARA AIDS SEM CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Parecer CFM

**EMENTA:** A realização de exames sorológicos com finalidade de inquérito epidemiológico do tipo vigilância-sentinela, coordenado por instituições oficiais, não fere os artigos do CEM, desde que se utilize o método anônimo, não vinculado.

## I - PARTE EXPOSITIVA

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP solicita, através do seu 1º Secretário - Dr. Célio Levyman, pronunciamento do Conselho Federal de Medicina - CFM acerca do projeto "Vigilância Sentinela de HIV" do Ministério da Saúde. O presidente da Comissão de Ética Médica da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, Dr Horácio José Ramalho, encaminhou consulta ao CREMESP relativa ao projeto em questão, já que no entender daquela Comissão e com base nos Arquivos CRM 1991, p. 12, "AIDS e Pesquisa", na Revista Bioética do CFM e no Código de Ética Médica, não deve haver, para realização do teste sorológico de HIV, coleta de sangue anônima sem autorização e sem adesão voluntária, por mais nobre sejam as intenções desta pesquisa. O solicitante faz menção a dois pareceres com os quais a Comissão não concorda, CRM-SP (1990) e CRM-RJ (1992), alegando que a AIDS exigiu mudanças rápidas nos enfoques jurídico e ético, que não estavam disponíveis à época daqueles pareceres, ou foram ignorados.

Através do Boletim Epidemiológico - AIDS - MS - Semana 32 a 26/94, obtivemos informações sobre a Vigilância Sentinela.

O Projeto Nacional de Vigilância Sentinela do HIV, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, foi implantado a partir de maio de 1992. Até julho/94, 40 clínicas do país, foram escolhidas como locais-sentinela.

As amostras de sangue originalmente colhidas para VDRL ou outros propósitos são usadas como testagem para o HIV através do método Anônimo Não Vinculado. Este tipo de testagem oferece uma marcante vantagem metodológica sobre o teste voluntário ou mandatário, já que minimiza o desvio de participação. A Organização Mundial da Saúde recomenda a vigilância sentinela do HIV como o principal método de coleta de dados para detecção da infecção pelo HIV e monitoramento de sua disseminação geográfica, demográfica e temporal. Os resultados da vigilância sentinela do HIV no Brasil têm sido úteis para: 1 - Um melhor entendimento da distribuição contemporânea da epidemia do HIV; 2 - Sensibilização política e mobilização de fundos; 3 - Alocação racional de recursos para atividades de prevenção e controle do HIV nas diferentes regiões do país.

## II - PARTE CONCLUSIVA

O médico não pode solicitar exame de seu paciente nem tampouco revelar seu resultado sem prévio consentimento deste, conforme determinam os artigos 4º, 56 e 102 do Código de Ética Médica. Sendo assim, incorrerá o médico em infração ao seu Código de Ética caso solicite, por exemplo, exame sorológico para HIV sem esclarecimento prévio ao paciente, bem como divulgue o resultado do exame para terceiros, sem consentimento prévio de seu cliente.

No entanto o Projeto "Vigilância Sentinela do HIV", do Ministério da Saúde, utiliza-se de inquérito epidemiológico do tipo anônimo, não vinculado; ou seja, em nenhum momento o paciente é identificado, estando garantida, em princípio, sua privacidade.

Como toda pesquisa, além do protocolo rigorosamente elaborado, o Projeto Vigilância Sentinela precisa ser executado por instituições idôneas, onde se possa ter absoluta garantia de não-identificação dos participantes da amostra.

A alusão feita pelo consulente de que a coleta de sangue para realização de teste sorológico de HIV não pode ser feita sem autorização e sem adesão voluntária é também o entendimento nosso, uma vez que se pretende preservar a privacidade de cada um. Ressalte-se, porém, que o Projeto "Vigilância Sentinela do HIV" elaborado pelo Ministério da Saúde, além dos inquestionáveis benefícios do ponto de vista de saúde pública, com o respaldo, inclusive, da Organização Mundial da Saúde, garante integralmente a privacidade do indivíduo, haja vista que o exame não é identificado.

Concluindo, nosso parecer é que o Projeto "Vigilância Sentinela do HIV" não fere os artigos do Código de Ética Médica, na medida em que utiliza o método anônimo, não vinculado.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 28 de fevereiro de 1996.

Raimundo Nonato Leite Pinto  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 6/11/96

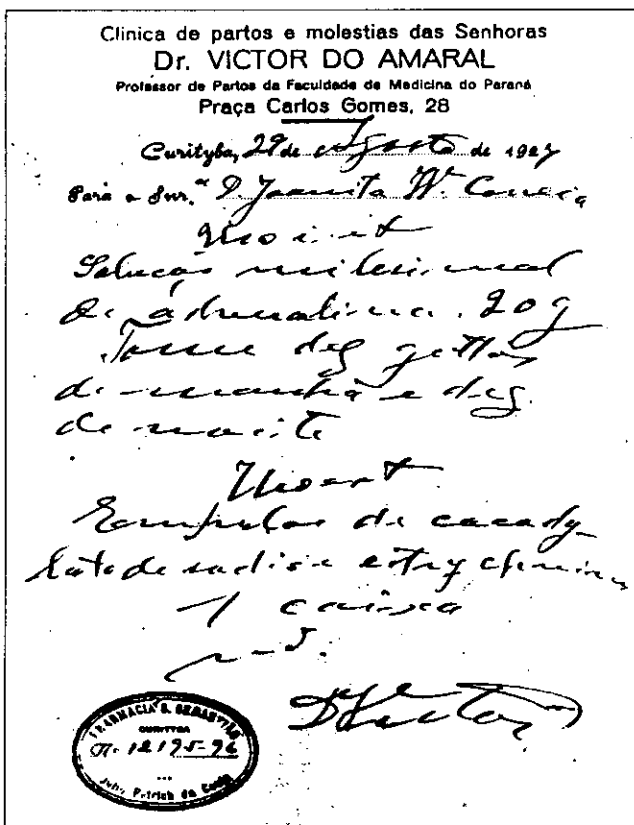
# MUSEU DE MEDICINA

Associação Médica do Paraná

Ehrenfried Wittig - Diretor de Museu

## 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, vestuários, etc.  
Ligue para a secretaria da AMP: 342-1415



RECEITA MÉDICA DO PROF. VICTOR DO AMARAL, UM DOS FUNDADORES DA UFPR.

Esta prescrição formulada faz parte de uma magnífica coleção de antigas receitas guardadas e doadas pelo Prof. Dr. Julio Moreira, notável historiador Paranista, médico e dentista, Prof. da UFPR, falecido há alguns anos. Ela foi elaborada há 50 anos, sendo interessante sua total leitura pelas informações próprias da época.

Doação: Prof. Dr. Julio Moreira.

# 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 Dantz  
Cons. Antonio Carlos Bagatin  
Cons. Moacir Pires Ramos  
Cons. Donizete Dimer Giambardino Filho.

### **2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO**

Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Cons. Álvaro Reia Neto  
Cons. Luiz Carlos Sobania  
Cons.\* Wilma Brunetti  
Cons.\* Zaira Lúcia Lerchacovski de Mello

### **3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares  
Cons. Antonio Katsumi Kay  
Cons.\* Marília Cristina Milano 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. Donizete Dimer Giambardino Filho  
Cons. Ivani Fozzi (Londrina)  
Cons. Mário Luiz Luvizotto  
Cons.\* Mara Albonet Dudeque Planovski

### **5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS**

Presidente: Cons.\* Euseis Poncari de Nazareno  
Cons. João Batista Marchesini  
Cons. Mônica De Blase Wright Kastrup

### **6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA**

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Marienrogo  
Cons. Carlos Castello Branco Neto  
Cons. José Carlos de Miranda  
Cons. Luiz Jacinho Siqueira (Foz de Iguaçu)  
Cons.\* Mônica De Blase Wright Kastrup  
Cons. Nelson Antonio Baruffati Filho (Foz de Iguaçu)

### **7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS**

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Gilberto Sadioto (Guapuvá)  
Cons. Luiz Salim Emed  
Cons. Odair de Floro Martins

### **8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO**

Presidente: Cons. Daeber Galati Vieira  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Cons. Alberto Accioly Veiga

### **9. CORREGEDORIA DO CRM/PR**

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

### **10. COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO**

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Daeber Galati Vieira  
Cons.\* Mara Albonet Dudeque Planovski

### **11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO**

Presidente: Gerson Zafalon Martins  
Cons.\* Ivanira Maria Martins  
Cons.\* Mônica De Blase Wright Kastrup

### **12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS**

Cons. José Carlos de Miranda  
Cons.\* Mônica De Blase Wright Kastrup

## DELEGACIAS REGIONAIS

### **DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA**

Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Presidente)  
Dr. Ivan Pozzi  
Dr. Junior Cordeiro  
Dr. Antonio Ceiso Bustardo  
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas  
Dr. Edgard Luiz Westphalen  
Dr. João Henrique Steffen Junior  
Dr. Luiz Carlos Fotonio Oliveira  
Dr. Mário Tadatti Irita  
Dr. Sinésio Moreira Junior  
Dr.\* Suelli Aparecida Kublack Gorla  
Dr. Walter Marcondes Filho

### **DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ**

Dr. Nelson Couto Rezende  
Dr. Kemel Jorge Chammass (Presidente)  
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)  
Dr. Minox Okawa  
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)  
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado  
Dr. Natal Domingos Gianotto  
Dr. Mário Massaru Myazaro  
Dr. Cláudio Cordeiro Albino  
Dr. Oswaldo Rodrigues Trulle (Tesoureiro)  
Dr.\* Mana Tereza Coimbra  
Dr. Murilo Narciso

## DELEGACIAS SECCIONAIS

### **DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA**

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)  
Dr. Luiz Jacinho Siqueira (Secretário)  
Dr. Isaac Silva Meinick (Colaborador)  
Dr. Enio Garletti (Suplente)  
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)  
Dr.\* Mari Marcias Tedy (Suplente)

### **DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA**

Dr. Gilberto Sadioto (Presidente)  
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)  
Dr. Argos Van Linsinger (Colaborador)  
Dr. Antonio França de Araújo (Suplente)  
Dr.\* Iam Rodrigues Vieira (Suplente)  
Dr. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

### **DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO**

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)  
Dr. Idelfonso Amocedo Carito (Secretário)  
Dr. Eduardo Emesio 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. Keithe de Jesus Fontes (Secretário)  
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka (Colaborador)  
Dr. Namir Cavalli (Suplente)  
Dr. Faustino Garcia Allerez (Suplente)  
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Mello (Suplente)

### **DELEGACIA SECCIONAL DE UNUAUAMA**

Dr. Luiz Antonio de Mello Costa (Presidente)  
Dr. Guilherme Antonio Schmidt (Secretário)  
Dr. Fumyo Sakaba (Colaborador)  
Dr. Nilson de Almeida (Suplente)  
Dr. Roberto José Lharth (Suplente)  
Dr. Ronaldo Borges Ferreira (Suplente)