

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 15, n. 57 - janeiro / março -98

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. Hélcio Bertolozzi Soares

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Daebes Galati Vieira
Drª Eleusis Ronconi de Nazareno
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Hélcio 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
Drª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Drª Mônica De Biase Wright Kastrup
Dr. Miguel Ibrahim 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

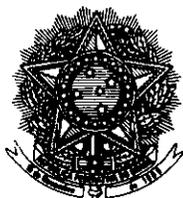
Dr. Adolar Nicoluzzi (***)
Dr. Alvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Drª Ana Zulmira Escholz Diniz
Dr. Antonio Carlos Bagatin
Dr. Antonio Katsumi Kay
Dr. Carlos Castello Branco Neto
Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Dr. Gilberto Saciloto (Guarapuava)
Dr. Iracy Maciel Meyer (**)
Dr. José Carlos de Miranda
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Drª Marília Cristina Milano Campos
Dr. Mário Luiz Luvizotto
Dr. Moacir Pires Ramos
Dr. Nelson Antonio Barufatti Filho (Foz do Iguaçu)
Dr. Ricardo Rydygier de Ruediger
Drª Wilma Brunetti
Drª Zaira Lúcia Letchacovski de Melo

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

(*) Licenciado
(**) Falecido
(***) Destituído

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320
Telefone: (041) 322-8238 - Fax: (041) 322-8465



ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR.	Curitiba	v. 15	n. 57	p. 1-60	Jan./Mar.	1998
--------------------------------	----------	-------	-------	---------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlke Braga Filho
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola
Luiz Sollin Emed

Zacarias Souza Filho
Iseu Affonso de Costa

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRM-PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil
E-mail crmpr@bbs2.sul.com.br
Home-Page <http://www.crmpr.org.br>
Postal Caixa Postal 2208
Telefone (041) 322-8238
Fax (041) 322-8465

TIRAGEM

13.500 exemplares

CAPA

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

Comunicare - Criação Gráfica
Rua Francisco Scremin, 139
CEP 80450-320 - Curitiba - Paraná

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.
Índice geral editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores.

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O material publicado nos "Arquivos" só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com sua permissão escrita.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação e de analisar e sugerir modificações no artigo

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word for Window, versão 6.0/Win 95 em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Deve conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

Autor - nome(s) e sobrenome

Procedência - O nome da instituição de origem deve ser registrada no rodapé da primeira página, seguindo-se do título ou grau de cada autor e endereço para correspondência sobre o artigo.

Resumo e Abstract - Com no máximo 100 palavras, permitindo o entendimento do conteúdo do artigo. O Abstract deve conter antes o título em inglês. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras chave e key words inseridas no final do texto.

Palavras chave (unitermos) e key words - devem ser colocadas após o resumo e o abstract em número máximo de 6.

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 10 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 5.0

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Colocar em ordem numérica seqüencial e alfabética por sobrenome, utilizando o mesmo número no texto. Em cada referência deve constar:

Artigos - autores pelo último sobrenome, título do trabalho, periódico abreviado pelo Index Medicus, volume (número), página inicial e final em algarismos arábicos e ano.

Livros - autores, título, edição, tradutor, cidade e editora, ano, volume, página inicial e final referidas.

Capítulo do livro - autores e título do capítulo, editores do livro, cidade, edição, tradutor, ano, volume, página inicial e final citadas.

Resumo - autores, título (segundo de summary), publicação, cidade, editora, ano, página inicial e final.

Exemplo: Werneck LC & Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuropsiquiatr. 43:281-295, 1985.

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba - 1984

Trimestral

1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

1. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR.

ISSN 0104-7620

ABNT

Sumário

Trabalho de Pesquisa Sobre Êxodo e Adesão de Não Pacientes em Tratamento Ambulatorial Prolongado Parecer CFM	1
Cirurgia Transgenital Parecer CFM	4
Espirometria é um Ato Médico Parecer CFM	13
Sigilo Profissional. Reflexos da Violação no Âmbito Das Provas Ilícitas Marco Antônio de Barros	21
Plantão Encerra-se Com a Presença do Substituto Parecer CREMESC	43
O Consentimento e os Transplantes Tereza Rodrigues Vieira	45
Comentários à Nova Lei Dos Transplantes Genival Veloso de França	47
Técnicas de Reprodução Humana Assistida Precisam de Atualização Parecer CFM	50
Sobre o Ato Médico Edison de Oliveira Andrade	54
Evasão de Pacientes Internados em Estabelecimentos de Saúde Mental Parecer CFM	56
Audiometria Resolução CFM nº 1475/97	59
Museu de Medicina Ehrenfried Wittig	60

TRABALHO DE PESQUISA SOBRE ÊXODO E ADESÃO DE PACIENTES EM TRATAMENTO AMBULATORIAL PROLONGADO

Parecer CFM

EMENTA

Não comete ilícito ético o autor de trabalho científico que investiga as causas de êxodo e adesão dos pacientes ao tratamento ambulatorial, mesmo que a sua divulgação seja feita através de assistentes do laboratório farmacêutico.

Trata-se de um trabalho científico publicado na revista "Medical Care", janeiro de 1.996, distribuído no Brasil pelo Laboratório Pfizer, na forma de "folder", e enviado ao CFM pela Presidente da CRM-MS, Dr^a. Ana Maria Rizzo, a qual nos solicita parecer a respeito e declara no ofício de encaminhamento que "achamos um absurdo, considerando que quebra totalmente o sigilo profissional, expondo o paciente na sua fragilidade (doença), ferindo os preceitos da ética."

O trabalho é assinado por três autores internacionais, sem identificação profissional e país de origem, sendo no entanto realizado no "Johns Hopkins Hospital e Baltimore City Hospital", EUA. Tem como mérito avaliar um método que possa estimar o grau de aderência dos pacientes aos regimes terapêuticos de longa duração.

Embora o responsável pelo encaminhamento não tenha feito referência sobre a origem do documento, presume-se que sua distribuição aos médicos foi realizada pelo laboratório interessado, sob a égide da divulgação científica e com o propósito aparente de informá-los sobre meios de promover a adesão de pacientes a programas terapêuticos de longo curso.

DISCUSSÃO

Segundo a consulente o trabalho oferece indícios de lesão ao capítulo IX do CEM, sem contudo especificar o artigo.

A elaboração do trabalho em tela, com certeza submetido à aprovação pelo comitê de ética dos hospitais envolvidos, não mostra, em princípio, violação dos preceitos éticos do capítulo IX, na medida em que não fere o anonimato dos pacientes, não oferece informações confidenciais a terceiros e não expõe os prontuários médicos ao mauseio e conhecimento de pessoas "não obrigadas ao mesmo compromisso". Quanto à observação do abandono de tratamentos ambulatoriais, fenômeno de incidência não desprezível em nosso meio, responsável por parcela considerável de recidivas e insucessos terapêuticos, sobretudo no tocante à tuberculose, não parece intromissão de terceiros ou qualquer forma de violação de sigilo quando o agente de saúde, o próprio médico ou a instituição, através de seus funcionários, faz contato com o paciente e busca convencê-lo a retomar a medicação. O fato já existe entre nós. Não atino com a possibilidade referida pela consulente de expor o paciente em "sua fragilidade".

A pesquisa e as conclusões resultantes, assim como a metodologia do trabalho, não expõem meios ou estratégias ardilosas que possam influenciar o paciente ou o médico assistente no sentido de favorecer a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica por mero interesse comercial, ferindo mortalmente o preceito de autonomia do médico e do paciente.

O trabalho em questão busca em suma predizer ou estimar grau de desistência, abandono, ou não-adesão dos pacientes ambulatoriais do tratamento, além de estudar as causas mais freqüentes do êxodo ambulatorial e assim ajudar o médico a contornar as dificuldades nessa delicada relação entre doente e remédio, sobretudo de longa duração, como por exemplo no tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

É sabido que o laboratório que divulga essa pesquisa dispõe de diversos medicamentos anti-hipertensivos e, assim, tem ou deve ter algum interesse comercial na superação dos fatores concorrentes para a não-adesão. O que nos parece justo e compreensível.

Por outro lado, é lícito admitir como postura ética e estratégica de favorecer a adesão do paciente aos programas terapêuticos prolongados quando o médico em sua prescrição assim o recomenda, o que configura um princípio salutar de controle da HAS, por exemplo, com fundamentação científica plena.

Quanto ao parecer da Assessoria Jurídica por nós provocado e anexo ao processo-consulta, cumpre louvar seu esforço de compreensão sobre matéria técnica complexa, inóspita, além do empenho em oferecer sugestões sobre possível infringência ética. Por sinal, a leitura jurídica presume tratar-se mais de uma denúncia do que matéria passível de parecer, mas não é o caso, em face da autoria internacional do trabalho, além da classificação profissional não definida dos autores. Nem compete ao CFM instaurar PEPs.

CONCLUSÃO

Não vejo no documento apresentado quaisquer indícios de violação aos princípios do sigilo ou autonomia, ou ainda vestígios de favorecimento comercial à indústria farmacêutica, que possam lesar o artigo 99 do CEM, a seguir descrita "in verbis":

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

O que efetivamente está em jogo como mérito aparente do trabalho, é o preceito de promover a adesão do paciente a um tratamento necessário e prolongado por natureza, além de prescrito por profissional médico, legalmente habilitado. E mais nada.

Não vislumbramos infração aparente ao CEM e menos ainda aos preceitos éticos que regem a pesquisa médica em questão. Dispensamo-nos de comentar sobre o Sistema Integrado Médico Pfizer-Médico-Paciente, conforme sobre citação da consultante, tendo em vista a inexistência de outros documentos ou informação relativa ao referido "sistema".

Pelo exposto, julgamos não haver indícios de infração aos artigos 99 e 102 do CEM ou às normas de pesquisas em seres humanos.

Este é o parecer s.m.j.

Brasília, 28 de fevereiro de 1.997

Júlio Cezar Meirelles Gomes
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/06/97

Palavras Chave - Pesquisa ambulatorial. Adesão terapêutica.

Key Words - Research out patient clinic. Therapeutic Compliance.

EUTANÁSIA: LEI BENEFICIA AUSTRALIANA COM CÂNCER

Darwin, Austrália (UPI) - Janete Mills, uma australiana de 52 anos, tornou-se a segunda paciente a morrer de acordo com a primeira lei sobre eutanásia a ser legalmente aprovada em todo o mundo.

Mills, que sofria de uma forma incurável de câncer de pele, aplicou em si mesma uma injeção letal acionada por computador.

A notícia da morte de Mills foi divulgada ontem, via Internet, pela chamada Coalizão Nacional para a Eutanásia Voluntária. A australiana praticou a auto-eutanásia na quinta-feira passada.

Em 12 de dezembro último, Mills concedeu uma entrevista coletiva em Darwin, em que fez um apelo para que um terceiro especialista - conforme exigido pela lei - assinasse os documentos necessários para que ela pudesse morrer em paz. Em busca da assinatura, a mulher deixou sua casa em Adelaide, no Sul da Austrália, e viajou até Darwin, no Território do Norte, província em que a lei foi aprovada. Mas, durante semanas, Mills não obteve qualquer resposta.

Em sua carta de despedida, Mills disse esperar que a lei da eutanásia sobreviva a um veto apresentado pelo Parlamento Federal e que será julgado pelo Senado no mês que vem.

Robert Dent, de 72 anos e que sofria de câncer incurável da próstata, foi o primeiro australiano a fazer uso legal da eutanásia, em novembro último, em Darwin.

Transcrito da Gazeta do Povo / 97

CIRURGIA TRANSGENITAL

Parecer CFM

HISTÓRICO

O presente parecer originou-se de uma iniciativa da diretoria do Conselho Federal de Medicina, a qual, preocupada com artigos sobre cirurgia de transexualismo publicados na imprensa leiga, designou uma comissão - composta pelos conselheiros Júlio César Meirelles Gomes e Lúcio Mário da Cruz Bulhões - com a finalidade de organizar um debate sobre o tema transexualismo, concretizado na Sessão Plenária de 10/8/95, bem como elaborar relatórios sobre a matéria, com vistas à possibilidade de tornar ética a proposta terapêutica conhecida como cirurgia de transgenitalismo, a saber: neocolpovulvoplastia e neofaloplastia, já praticadas em diversas países e no Brasil ainda restritas ao âmbito acadêmico/experimental.

Após o primeiro debate, ocorrido na sede do Conselho Federal de Medicina em 10/8/95, com a presença do prof. Ronaldo Pamplona da Costa, prof. Jalma Jurado e deputado José Coimbra, a comissão buscou novos elementos de doutrina e promoveu em Salvador/Ba, em 13/9/97, por ocasião do I ENCM - Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, do ano de 1997, outro debate sobre tema, com a presença da dra. Ana Daniela Leite e Aguiar, representante da OAB/DF - Seção de Direitos Humanos, prof. Jalma Jurado e Prof Ronaldo Pamplona. Neste encontro houve a apresentação do tema, mediante palestras fartamente ilustradas, e a promoção de debates sobre a questão, após o que a Plenária manifestou-se, por maioria, favorável ao procedimento cirúrgico, ressaltados o embasamento legal a ser apreciado *a posteriori* e a compreensão de que o procedimento proposto constituía uma forma especial de tratamento médico, com fundamento técnico e adequação legal.

A questão do transexualismo, segundo nosso entendimento, deve ser enquadrado no âmbito das intersexualidades não-orgânicas - como também sugere o professor Jalma Jurado, estudioso da matéria e autor de técnicas cirúrgicas transgenitais.

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS INTERSEXUAIS

O próprio trabalho do prof. Jurado, apresentado no debate do I ENCM - Salvador, referenda os elementos de definição técnica do estado intersexual:

"Existem variadas classificações tentando englobar todas as possibilidades clínicas, porém a de Klebs (1876), com algumas modificações, permite boa compreensão, facilidade diagnóstica e proposta terapêutica. Utiliza

como primeiro critério a histologia presente nas gônadas:

1. HERMAFRODITISMO (as gônadas são histologicamente normais e ocorrem ambivalências morfológicas).

A.1 VERDADEIRO: há concomitância dos dois tecidos gonadais (masc. e fem.) no mesmo indivíduo. São raros os casos na literatura; vivem como homens ou mulheres inférteis, com sexo genital ambíguo uni ou bilateral (de um lado masc. e de outro, fem.).

B.2 FALSO OU PSEUDO-HERMAFRODITISMO: só há um tipo de gônada presente (ovário ou testículo) e ocorre ambigüidade somática de dois tipos:

B.1 - Feminino - o pseudo-hermafroditismo feminino (presença de ovários) é a forma de intersexualidade mais comum (50%), causando grandes problemas para o afetado, família e sociedade, principalmente se for mantido no sexo masculino, pois neste caso a função sexual ativa será precaríssima.

B.2 - Masculino - O pseudo-hermafroditismo masculino (presença de testículos) tem graus variados de feminização somática. A mais intensa é a síndrome de Morris (soma feminino), com testículos presentes em hérnias inguinais.

2. GÔNODAS DISGENÉTICAS é um estado intersexual produzido por gônadas mal diferenciadas surgidas de alterações numéricas nos cromossomos sexuais, como a síndrome de Klinefelter e a de Turner.

3. HERMAFRODITISMO PSÍQUICO - disforia do gênero ou **transexualismo**, termo introduzido por Benjamin - As gônadas têm histologia normal, mas atrofiam-se pela contínua auto-ingestão de hormônios do sexo oposto.

Nestes casos, temos os sete níveis de diferenciação sexual concordantes, excetuando o SEXO PSÍQUICO, FUNCIONAL E CEREBRAL. O indivíduo só se identifica com o sexo oposto, não aceitando em nenhuma hipótese manter-se na condição disfórica; não tem absolutamente funcionalidade sexual ativa, apresenta ereção insuficiente, masturbação ausente e repulsa ou desejo de castração do próprio genital, além de busca desesperada por auxílio científico. Seu hipotálamo induz ao comportamento e aparência física de outro sexo."

FUNDAMENTOS

De fato, constitui competência singular do Conselho Federal de Medicina estudar a fundo a questão da cirurgia transgenital corretiva e oferecer à sociedade uma proposta ética conciliatória entre a possibilidade plástica e os impedimentos legais que vedam a mutilação do ser humano, vista com a simples supressão de órgãos ou funções, conforme o artigo 129 do Código Penal:

"Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

.....

Parágrafo 2º

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;
.....”

O impedimento ético estaria configurado no artigo 42 do Código de Ética Médica, que literalmente veda ao médico: “Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País”, não fosse a licitude evidenciada no artigo 199 da Constituição Federal, parágrafo quarto, que trata das condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento; a isso, alia-se o fato de que a transformação da genitália constitui mais importante no tratamento de transexualismo.

Ao Conselho Federal de Medicina convém, destarte, examinar com propriedade os dispositivos contidos no artigo supracitado, bem como, da Lei nº 9.434 de 4/2/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes ou tratamento, a qual, em seu artigo 9º explicita ser “permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fins de transplante ou terapêuticos”. Ora, o que se impõe, então a remodelar a genitália externa de acordo com o sexo psíquico. Para tanto, é forçoso reconhecer em caráter preliminar, como pré-requisito, a existência de múltiplas definições de identidade sexual, além do simples sexo cromossômico ou genética surgido na oogênese e traduzido pela formulação 44xx e 44xy, fêmea e macho.

Destacamos parte da matéria contida no jornal do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, de janeiro de 1997, sobre o assunto, que se mostra ilustrativa e oferece robustos elementos de convicção:

“Levando em consideração que há cirurgias mutiladoras, mas não antiéticas, que se baseiam na necessidade de recuperação da saúde *lato sensu*, alvo de toda a atenção do médico, bem como procurar dar ao paciente uma condição de saúde psíquica não caracteriza um ato médico desnecessário, é que o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), em sessão plenária realizada em 19 de maio de 1994, aprovou parecer do conselheiro Pedro Pablo Magalhães Chacel sobre consulta acerca da legalidade e eticidade da cirurgia transexual, decidindo que o médico ao praticar uma cirurgia transexual em tese não comete infração ao Código de Ética Médica, não lhe competindo, entretanto, fornecer ao paciente atestado de mudança de sexo, ao mesmo tempo que o médico deve ser alertado que do ponto de vista criminal a lesão corporal é crime de ação pública, independente de uma denúncia, podendo ser instaurado processo de autoridade judicial.”

Jalma Jurado, reconhecida autoridade no âmbito da cirurgia experimental de transgenitalismo no Brasil, dispõe que: “se a ciência médica

reconhecer o termo tratamento há compatibilização legal para a cirurgia do transexual em nossa Carta Magna, bastando leis de reassentamento civil" e esclarece ainda, no tópico seguinte, que "a transgenitalização não extirpa órgãos ou abole função, pelo contrário adapta a genitália autodisfuncionalizada para a cópula em anatomia apta a função *coeundi*. Apenas as gônadas, atrofiadas pelo bombardeio hormonal, são removidas pelo seu potencial cancerígeno". E mais, "acreditamos, s.m.j., que a cirurgia do transexual devidamente padronizada e regulamentada é um procedimento ético, legal e de ressocialização humana".

Este tipo de cirurgia é praticada com o propósito de beneficiar um paciente portador de sexo psicológico feminino, desejoso de fazer a cirurgia de conversão da genitália; caso contrário, propenso ao auto-extermínio em face do grave conflito entre fenótipo e consciência de opção sexual, uma espécie de "pulsão interior feminina".

O motivo essencial da cirurgia é a intenção da beneficência, princípio basilar da ética, a busca da integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado, enquanto outros princípios envolvidos no exame ético da questão são a autonomia e a justiça: a autonomia porque contempla o direito da autodeterminação, inclusive em dispor do próprio corpo, configurado o preceito da não sacralidade da vida e, portanto, o direito de dispor de todo ou parte do próprio corpo; a justiça porque envolve a cidadania, o direito de a pessoa não ser discriminada no pleito à cirurgia, já acessível à população de classe média e média alta.

O que se mostra primordial é reconhecer a prevalência do sexo psíquico sobre o sexo genético como fator de integração do ser humano na sociedade, isto é, a prevalência do sexo psíquico sobre o sexo genético como fator de integração do ser humano na sociedade, isto é, a prevalência do homem como animal político acima do homem reprodutor. Em segundo lugar, convém considerar a irreversibilidade do quadro psíquico à luz dos conhecimentos médicos atuais e a compreensão médica do desajuste daí decorrente, ostensivo e ruidoso, lesivo à condição humana, muito além do desajuste genético, que em regra é silencioso e transcorre abaixo da linha d'água; isto é, sem expressão clínica

Enfim, esta cirurgia deve ter pelo menos o dom de abrir as portas de um cárcere inefável e libertar o pássaro da sensualidade.

Quanto à prevalência do sexo psíquico sobre o genético e a classificação do homem como animal político acima de animal reprodutor, convém citar que a reprodução como fator de perpetuação da espécie não é tão primordial como o era no período pré-científico, além da técnica de clonagem ora disponível, que reproduz o ser vivo sem o concurso do macho reprodutor! Assegura a sobrevivência da espécie humana nos tempos atuais, impõem-se, como imperativo existencial, a busca da felicidade. Há quem considere a sexualidade humana como um atributo tão valioso que não deva se restringir à reprodução.

Portanto, a questão ética primordial para o CFM como setor avançado da sociedade médica e tutor dos interesses sociais da medicina é definir como tratamento a correção cirúrgica da genitália externa e dos caracteres sexuais secundários, visando recompor a unidade biopsicomorfológica do ser humano, muito acima da simples função reprodutora. Essa dicotomia não foi provocada pela mão do homem, nem por caprichos de índole sexual das minorias oprimidas, mas pela própria natureza em sua infortunista fisiológica de má formação. E pode, no caso, corrigir o homem aquilo que a natureza, por descuido, deformou, Por que não ?

A questão em pauta é a inaparência da parte mais agravada no conflito da formação, que é o sexo psíquico, latejante, secreto e desconfortável, de dentro para fora; inafeito à reconstrução ou à plástica modeladora, daí a correção daquilo que vem ser uma impropriedade do organismo, aparente e mutável, como a genitália externa.

A proposta que se apresenta é, sanadas as dúvidas sobre o caminho legal para a sua execução e na ausência de quaisquer impedimentos normativos (aberto o caminho técnico com segurança e propriedade), tornar ética a sua possibilidade em nosso país, democratizar o acesso a esse procedimento para as minorias sexuais oprimidas e discriminadas. Mais do que isto, injustiçadas, vez que já existe em outros países a possibilidade técnica, legal e ética de alcançar essa cirurgia desde que haja lastro financeiro. Não é justo que a única barreira seja o poder econômico.

A atuação do médico pode e deve ser considerada um ato ético perfeito e justo.

Até prova em contrário, o médico alcançou em sua plenitude a recomendação ética de restaurar a beleza, o brilho e a própria alegria de viver de um cidadão aturdido e massacrado por uma genitália aberrante, estranho aos desígnios insondáveis de sua alma.

A questão tem relevância social ? Tem, mas uma relevância que não se exprime em números, mas em gravidade. É impossível para a Medicina, impregnada de princípios da bioética, admitir que o ser humano se torne refém do próprio corpo, que o corpo seja o cativo do indivíduo e não um instrumento de sua vontade na busca do prazer, princípio e fim da condição humana. Convém buscar nas palavras magistrais de Fernando Pessoa, poeta português, com identidade sexual ambígua, o mérito dessa aflitiva condição de hóspede privado:

"Reconheço sem ilusão a natureza do fenômeno. É uma inversão sexual frustra. Páira no espírito. Sempre, porém, nos momentos de meditação sobre mim, me inquietou, não tive nunca a certeza, nem a tenho ainda, de que essa disposição do temperamento não pudesse um dia descer-me ao corpo. Não digo que praticasse então a sexualidade correspondente a esse impulso; mas bastava o desejo para me humilhar. Somos vários desta espécie, pela história abaixo - pela história artística sobretudo. Shakespeare e Rousseau são dois exemplos, ou exemplares, mais ilustres. E o meu receio da descida

ao corpo dessa inversão de espírito - radica-mo a contemplação de como nesses dois desceu - completamente no primeiro, e em pederastia; incertamente no segundo, num vago masoquismo."

A questão do assento legal da cidadania não constitui competência normativa do Conselho Federal de Medicina pelo que, se tanto, caberia recomendações junto ao Congresso Nacional para subsidiar a discussão e um possível reordenamento da matéria, oferecendo razões técnicas e biológicas para a sua compreensão (art. 307 do Código Penal - "Atribuir-se ou atribuir a terceira falsa identidade para obter vantagem, em proveito próprio ou alheio, ou para causar dano a outrem: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa, se o fato não constitui elemento de crime mais grave.")

Nosso parecer alcança, com mais propriedade e pertinência, as formas de hermafroditismo falso ou verdadeiro, como deformação grotesca da genitália que comprometem o lastro psicológico do sexo, além do comprometimento irreversível da função reprodutora, portanto, formas passíveis de correção cirúrgica, sem controvérsia. A questão se desloca para os casos intersexuais, objeto direto da nossa atenção normativa.

Por definição, transexual é o indivíduo que se identifica como pertencente ao sexo oposto e experimenta grande frustração ao tentar se expressar através do seu sexo genético. Caldwell, em 1949, definiu como "síndrome de psicopatia sexual". r. Harry R. Benjamim, em 1953, cunhou o termo transexualismo, para distinguir de homossexualismo, na medida em que se caracteriza pela repulsa, pela rejeição à própria genitália semelhante ao sexo desejado e que gera o desconforto supremo da inadequação entre partes vivas.

Matéria extraída do jornal do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, de janeiro de 1997, permite à questão e merece transcrição no trecho onde historia a participação do Conselho Federal de Medicina na licitude ética da cirurgia transexual:

"O Conselho Federal de Medicina (CFM) já se manifestou a respeito dos aspectos éticos e legais da cirurgia transexual, através de consultas a ele dirigidas, aprovando o Parecer-Consulta nº 28/75, do conselheiro Clarimesso Machado Arcuri, que à época assim se pronunciou: 'O problema da transexualidade reside na não aceitação da identidade sexual, na busca desesperada pela transformação sexual pela ação cirúrgica ou obtida por hormônios; na procura incansável pela harmonia entre o sexo psicossocial e a atividade sexual desejada, como se pertencesse ao sexo oposto' e conclui ser a cirurgia não de modança de sexo, pois muda-se a genitália e não o sexo do indivíduo, resultando em mutilação grave e ofensa à integridade corporal. O sexo biológico é imutável.

Segundo Parecer-Consulta aprovado pelo CFM é o de nº 12/91, do conselheiro Hilário Lourenço de Freitas Júnior, que conclui ser a cirurgia transexual, para indivíduos com genitália interna e externa definidas e cromatina

sexual compatível, proibida pelas leis brasileiras, capituladas no artigo 129, parágrafo 2º, incisos III e IV do Código Penal e incorporado ao Código de Ética Médica, artigo 42, Capítulo III - Responsabilidade Profissional, que estabelece ser vedado ao médico 'praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País'."

Do parecer do prof. Jalma Jurado buscamos alguns conceitos de transexualismo e elementos de distinção dos estados assemelhados:

"O FENÔMENO TRANSEXUAL"- Ao aceitarmos que a perfeita saúde biopsicossocial do homem é função de realização sexual plena, iniciada em tenra idade até a velhice, é intuitiva a existência do Hermafroditismo psíquico. Se nosso raciocínio for inverso, continuaremos a ver na marginalidade ética, moral e social **os transexuais**.

Os desvios de comportamento sexual ocorrem, existem e permanecerão em sociedades primitivas, organizadas ou avançadas. É uma opção humana fora do controle, regras, punições e leis adotadas. Entende-se que os auto-identificados no seu sexo, aptos funcionalmente, também exibam e atuem nas características do outro sexo. São os **homossexuais, bissexuais, travestis, exibicionistas** ou **psicopatas**, etc., que devem ser diagnosticados e receber cuidados profissionais adequados, que jamais inclua 'mudança de sexo' ou transgenitalização cirúrgica. No passado, programas que os incluíram na transgenitalização foram desastrosos. As várias etapas diagnósticas convencionadas, em vários centros médicos do mundo, podem reconhecê-los e orientá-los.

As triagens endócrino-psicológicas executadas por um período de dois anos, permitem o diagnóstico claro de transexualismo **masculino** ou **feminino**. As estatísticas (imprecisas) admitem entre 1/20.000 a 1/100.000 transexuais por habitantes (na proporção de 6 homens para 1 mulher). Eles passam a vida se autotransformando (mutilando-se às vezes), utilizando ilícitos hormônios e materiais aloplásticos, marginalizando-se obcecados pela compulsão de pertencer ao sexo oposto. Somente a transgenitalização cirúrgica e o reassentamento civil reverterão a síndrome. O VI Simpósio Internacional de Disforia do Gênero calcula entre 3 a 6 mil norte-americanos os candidatos ao tratamento, e entre 30 a 60 mil os que se auto-enquadram nessa condição.

Os avanços morais, legais, sociais e religiosos e as modernas terapêuticas regulamentaram de transexualismo em mais de 40 centros mundiais, sob padronização médica. Há comunicados e trabalhos em culturas tradicionais como a chinesa (6) e muçulmana (decretos religiosos 'fatwa'), autorizando a cirurgia.

Deve ficar claro que na forma mais comum de transexualismo, o masculino, as ciências médicas e jurídicas não ousam transformá-los em corpos femininos (inexistirá genitália interna e reprodução), nem colaboram para o erro essencial de pessoa', ou de capacitar um ser humano para uma função que a natureza 'não previu'. A ação cirúrgica se faz pela adaptação da morfologia

genital à auto-identificação pretendida (estão descritas múltiplas técnicas que resultam em excelente morfologia e funcionalidade genital).”

O Conselho Federal de Medicina não pode é ficar indiferente à questão. Pode até ser contrário à eticidade da proposta cirúrgica, como o foi até a presente data, em parte apoiado na convicção sobre o impedimento legal, em parte atrelado a preconceitos sociais. É preciso que o Conselho Federal de Medicina tenha o “timing”, a sensibilidade histórica, para proposições inovadoras que lhe são pertinentes, isto é, para abrir caminho no presente em direção ao futuro e favorecer os avanços na Medicina em consonância com as aspirações da sociedade e sem afrontar a lei. Fazê-lo antes que a sociedade leiga o faça, antes que a sociedade faça justiça pelas próprias mãos. Não pode o Conselho Federal de Medicina ir a reboque de movimentos legalistas ou ficar à mercê de vertentes eleitoreiras. Citamos no quadro abaixo as principais características dos transexuais, a título de definição da clientela-alvo, segundo classificação de estudiosos:

“Quadro 1

Principais características dos transexuais

- Intenso desconforto com o sexo anatômico
- Desejo de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar sexo oposto
- Permanência deste distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos
- Ausência de transtorno mental, com esquizofrenia”

A seleção de pacientes para este tipo de procedimento cirúrgico deve ser a mais rigorosa possível, em face da complexidade do ato e sua irreversibilidade. O quadro nº 2 apresenta os critérios utilizados pela Fundação Harry Benjamin/EUA:

“Quadro 2

Crítérios de seleção para a cirurgia

- Ausência de psicopatologia
- Ausência de história criminal
- Suporte social adequado
- Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia”

ESPIROMETRIA É UM ATO MÉDICO

Parecer CFM

EMENTA

A leitura e interpretação dos testes espirométricos constitui parte do diagnóstico clínico, sendo considerado ato privativo da medicina.

MOTIVO

A presente consulta diz respeito a indagação trazida ao Conselho Federal de Medicina em setembro de 1995, através do ofício s/n da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, subscrita pela Secretária Geral Dr^a Lucy Gomes Vianna, no qual solicitava "o posicionamento (desta entidade) quanto a necessidade ou não de que os laudos de espirometria sejam fornecidos somente por médicos com título de especialista em Pneumologia e Tisiologia, fornecido pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Associação Médica Brasileira."

HISTÓRICO

Em novembro de 1995, o Prof. Dr. Carlos Alberto de Castro Pereira, Coordenador do Consenso sobre Espirometria e o Prof. Dr. Elmano Marques de Souza - Presidente da SBPT - enviaram correspondência ao Conselho Federal de Medicina, aos cuidados deste Conselheiro, na qual solicitavam parecer a respeito "dos profissionais responsáveis pela realização da espirometria". Na missiva, manifestam preocupação com a qualidade técnica dos exames espirométricos e, em especial, com exames (resultados) "assinados por outros especialistas, especialmente fisioterapeutas". Em 4 de dezembro de 1995, a SBPT através de sua Secretária Geral Dra. Lucy Gomes Vianna, reiterava junto ao Conselho Federal de Medicina a convicção de que "somente os médicos portadores de título de especialista em Pneumologia e Tisiologia, fornecidos pela SBPT e AMB, poderão dar os laudos dos exames relacionados a função pulmonar", sem mais detalhes ou solicitações.

Por fim, em 16 de abril de 1996 a UNIMED / Goiânia enviou correspondência ao Conselho Federal de Medicina, onde aludia ao pedido de parecer da SBPT a respeito dos profissionais responsáveis pela realização de espirometria e aguardava a deliberação desta entidade.

ANTECEDENTES

Em 1994, a SBPT recebeu ofício do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, o qual encaminhava consulta de médico daquela jurisdição

interessado em esclarecer a respeito "da realização e possível interpretação de espirografia e outros exames de função pulmonar por fisioterapeutas".

Na ocasião, como acumulávamos a função de Secretário da SBPT e Vice-Presidente do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, fomos instados a oferecer parecer sobre a questão, o qual foi apreciado em primeira estância pelo Plenário do Conselho, aprovado por unanimidade e, em seguida, aprovado pela Diretoria da SBPT, sendo então encaminhado ao consulente.

Com certeza esse parecer constitui a primeira jurisprudência, ao nosso alcance, relativa a reserva de mercado para a interpretação dos exames espirométricos, ou senão a aversão das entidades oficiais pela leitura e análise da espirometria por profissionais de saúde não-médicos.

É oportuno reconhecer, ainda, a grande demanda atual desse tipo de exames graças a divulgação e barateamento de aparelhos nacionais e estrangeiros nos últimos dez anos, gerando uma pressão de mercado capaz de atrair profissionais de outras áreas, além do natural interesse de cooperativas médicas e empresas de financiamento ou planos de saúde.

Transcrevemos, por oportuno, matéria publicada no Boletim da SBPT em novembro de 1994, que reproduz parte do referido parecer:

"A SBPT submeteu a apreciação do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal parecer relativo ao desempenho e possível interpretação de espirografia e outros exames de função pulmonar por fisioterapeutas. O parecer do Conselheiro Júlio Cezar Meirelles Gomes, aprovado em Reunião da Segunda Câmara, apresenta a seguinte conclusão:Consta na jurisprudência suplementar médico-conselhal que os meios de diagnósticos e tratamento de saúde constituem atividades privativas da medicina. Nada impede que sob supervisão médica outros profissionais sejam chamados para contribuir na execução de técnicas diagnósticas ou terapêuticas; mas, não é bem o caso. E no caso presente consideramos que o profissional fisioterapeuta, possa e deva com base nos resultados fornecidos pelo espirograma, prestar sua contribuição no processo de reabilitação fisio-respiratória. Por sinal, cabe ao fisioterapeuta apenas a formulação da proposta de reabilitação e sua execução dentro da equipe de saúde, procedimento de sua competência, dentro da complexa divisão de tarefas de uma equipe multidisciplinar, tudo em proveito, em favor do paciente, este sim alvo da melhor atenção, conforme dispõe o artigo 18 do CEM.Quanto ao Código de Ética Médica cabe citar o artigo 30, que veda ao profissional médico a transferência de responsabilidade ou delegação de competência.Pelo exposto, somos de parecer que a interpretação dos testes de função pulmonar, vistos como um conjunto de provas destinadas a avaliar o processo respiratório, deve ser exclusivo do médico, de preferência do médico especialista, sob risco de infringência ao artigo citado, pelo que manifestamos nossa inteira concordância com os termos do parecer examinado".

ESPIROMETRIA: HISTÓRIA E CONCEITO

A espirometria tem como marco histórico o ano de 1846, na Inglaterra, quando o médico Hutchinson engendrou um estranho aparelho destinado a captar e medir o ar exalado dos pulmões. Constituiu um dos procedimentos diagnósticos da semiologia armada e passou a integrar o seu acervo, considerado em conjunto como "Testes de função pulmonar". A partir de então, tem início a prática de se relacionar os volumes de ar exalados do pulmão com a gravidade aparente das doenças do aparelho respiratório.

A transposição destes testes dos laboratórios de fisiologia respiratória para a clínica corrente constitui fato relativamente novo, a partir dos anos sessenta, quando surgiram aparelhos simples, do tipo campanulas com selo d'água ou tipo fole, conectados ao paciente através de tubo flexível e dotados de um registro direto proporcional à variação de fluxo ou volume.

A sua introdução na cena médica ocorre pelas mãos de profissionais empenhados em avaliar o volume para fins de cirurgia, ou senão os fluxos produzidos pela expiração forçada na distinção entre doenças obstrutivas e não-obstrutivas.

O conceito de espirometria, embora simples e de fácil compreensão, carece ser lembrado para fixação de sua importância no arsenal propedêutico médico: constitui a medida, a mensuração pura e simples dos volumes e fluxos existentes no aparelho respiratório, ou melhor, a massa gasosa que infla e esvazia os pulmões num ciclo respiratório e a velocidade do seu deslocamento para dentro ou, principalmente, para fora dos pulmões.

A espirografia, por sua vez, vem a ser uma das possibilidades de registro das mensurações referidas, ou seja, a reprodução em papel termos-sensível ou não das curvas obtidas com a expiração forçada. Há também a reprodução em telas de cristal líquido e outras formas simples de leitura visual das curvas ou dos valores numéricos.

O estudo dos volumes ou fluxos do aparelho respiratório constitui parte do capítulo da mecânica pulmonar, indispensável à plena compreensão dos fenômenos complexos de ventilação pulmonar.

COMPLEXIDADE E ORIGEM DOS CONHECIMENTOS ENVOLVIDOS NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR

A rigor, temos um elenco de material ou disciplinas envolvidas nos TFP que constitui um espectro muito amplo no conhecimento científico. Vai desde a física, através do conhecimento das leis de Gay Lussac, Poisselle, Fick, Boyle Mariotte entre outras, até a essência da fisiologia do aparelho respiratório, por sinal indissociável da estrutura histológica e anatômica.

A função respiratória não-pulmonar ou extrapulmonar, a anatomia do tórax e aparelho circulatório, o controle bioquímico da respiração através dos centros bulbares, além de noções de bioengenharia, são parte dos complexos

conhecimentos envolvidos na questão respiratória que, por sua vez, não podem ser dissociados do organismo como um todo, visto que respirar é captar o oxigênio do meio ambiente e levá-lo as células da periferia, e, em contrapartida, recolher o CO₂, fruto do metabolismo dos hidratos de carbono, uma espécie de "lixo celular", e eliminá-lo através da "chaminé" dos pulmões. É justo reconhecer que as matérias citadas pertencem à grade curricular do curso médico, mais complexa e abrangente, ao menos em extensão e profundidade, embora outros profissionais de nível médio e superior possam dispor de noções menos aprofundadas a respeito.

Aqui há uma distinção crítica entre o conhecimento pleno e o sumário. Um aspecto muito interessante na compreensão dos conhecimentos envolvidos nos testes de função pulmonar e a utilização de fármacos do tipo beta 2 agonistas, simpaticomiméticos ou parassimpaticomiméticos ou indutores de broncoconstrição na aplicação de testes e reatividade brônquica ou broncoprovocação.

O exame espirométrico não constitui, a rigor, um teste inofensivo, desprovido de riscos para o paciente. O uso das drogas já citadas, o risco potencial de ruptura de bolhas subpleurais na vigência de esforço máximo, além do agravamento de patologias sistêmicas como insuficiência cardíaca, entre outras, estabelece motivo de preocupação médica na indicação, acompanhamento, contra-indicação e, sobretudo, supervisão direta na execução do exame. Portanto, esta em jogo o conhecimento médico, o que supõe responsabilidade médica imanente e intransferível.

As intercorrências não podem ser esquecidas na vigência do esforço respiratório máximo, tais como: pneumotórax, hemoptise, colapso circulatório, broncoespasmo severo, além dos pacientes sob oxigenoterapia contínua, que merecem atenção especial.

A VISÃO DO CONJUNTO

O exame espirométrico esta integrado a um complexo de PFP - Prova de Função Pulmonar, situado no contexto clínico do paciente, e não pode ser visto isoladamente, mas sim cotejado à clínica pneumológica, soberana em muitos aspetos e cujo domínio pertence à medicina.

APLICAÇÃO DAS PFPs

A aplicação dos testes de função pulmonar é prevalente na área de medicina, embora não exclusiva, frente as interfaces com a medicina esportiva, aeroespacial, estudos sobre barotrauma, etc. Entre as principais aplicações podemos destacar:

- avaliação de risco cirúrgico respiratório, diagnóstico funcional do aparelho respiratório; avaliação de capacidade respiratória para fins periciais; monitorização da resposta terapêutica; exame admissional em atividades

insalubres para o aparelho respiratório; medicina esportiva; medicina de mergulho ou altitudes.

Por outro lado, move-nos o entendimento, a firme convicção de que, a exemplo do que já ocorre na cardiologia, neurologia e radiologia, nada impede que o médico especialista ou não em pneumologia possa se valer do auxílio do técnico como executor do teste ou piloto do aparelho sob rigorosa contínua e permanente supervisão médica no local de trabalho. Convém não esquecer que há testes tão simples e de compreensão tão fácil que podem ser feitos pelo próprio paciente no domicílio, como é o caso de uso de fluxômetros de pico, portáteis e de manejo elementar utilizados ao longo de uma semana para construir o perfil da broncorreatividade, tão útil na avaliação da asma brônquica.

Encarecemos a vista do que recomenda o preceito ético contido no artigo 30 do CEM combinado ao artigo 38, que o médico não pode delegar a terceiros "atribuições exclusivas da medicina" sob pena, ainda, de acumpliciar-se com formas de exercício ilegal da medicina, o que soa mais grave.

Em caso de risco de periclitação da saúde pela transferência de atribuições a técnicos, o médico desatende ao preceito ético contido no artigo 2º do CEM, o qual dispõe que "o alvo de toda a atenção do médico e a saúde do ser humano em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

Ainda a respeito do técnico-auxiliar que colabora na execução do exame espirométrico sob supervisão do médico, cabe manifestar nosso reconhecimento pelo seu trabalho e considerá-lo de certa forma indispensável em face das complexidades e abrangentes tarefas de ordem clínica que envolvem o médico no laboratório de função pulmonar. Escusado dizer das tarefas específicas relativas a manutenção e controle do equipamento além dos cuidados com o material acessório, insumos e drogas, além de procedimentos ordinários como aferições de peso, altura, idade, dados de identificação, etc., que devem e podem ser feitos pelo auxiliar. Por outro lado, a coleta, por exemplo do sangue arterial para medida do valor dos gases constitui procedimento invasivo, que exige anestesia local e pode ser considerado de risco, pelo que é reservado por excelência ao médico.

Seria de toda forma irracional escravizar o médico junto ao equipamento e submetê-lo as operações de baixa complexidade.

A SBPT cogita, por sinal, realizar em seu próximo congresso um curso especial de treinamento para técnicos de espirometria, o que se afigura aos nossos olhos como iniciativa tardia de reconhecimento da função auxiliar, mas louvável e ainda oportuna sob todos os aspectos. Oxalá se realize de fato para consagrar valiosa a figura do técnico auxiliar em laboratórios ou consultórios médicos e possa disciplinar um segmento profissional em crescimento. Sem perder de vista a supervisão direta, rigorosa e permanente do médico.

O ATO MÉDICO

É indiscutível que o diagnóstico funcional do aparelho respiratório feito através da aplicação dos testes já inclui o procedimento diagnóstico preliminar da escolha do teste mais adequado, visando racionalidade e economia de elementos; sobretudo a correta interpretação dos resultados à luz da clínica constitui tarefa imanente à medicina, à boa medicina pelo menos. A monitorização do paciente pela PFP - Prova de Função Pulmonar permite aferir resultados terapêuticos e ainda estimar o grau e a velocidade da recuperação, ou seja, o prognóstico, tarefa da estrita competência dos profissionais da medicina.

A questão relativa a ocupação de espaço médico por não-médicos auxiliares se afigura cada vez mais grave e nem de longe se restringe a espirometria. Pelo contrário, outras áreas com mais fascínio e atrativos financeiros têm sofrido invasões freqüentes e até, pasmem, algumas vezes estimuladas por equívocos na interpretação de competências profissionais e mesmo por falta de definição e limitação de um universo tão vasto como a medicina. Com efeito, não podem os médicos estreitar nas mãos o complexo universo dos procedimentos relativos a arte de curar. Mas também não podem abrir mão dos procedimentos mais complexos e evitados de risco para o paciente, sob pena de deixar a sociedade à merce dos que não oferecem o melhor, da maneira adequada e no momento próprio. Na atualidade e diante da recessão nacional que inibe atividades produtivas, cresce o mercado de prestação de serviços; e cresce em direção à área de saúde, que ao lado da alimentação constitui um mercado de retorno garantido. Isto tem contribuído para pressões de categorias vicinais, assemelhadas ou auxiliares no sentido de penetrar no território essencial a medicina. A medicina tem sido o "Portal do Paranapanema" das profissões de saúde não legalizadas ou mal constituídas.

Cabe, ainda, comentar a respeito do chamado "resultado padrão" que alguns aparelhos mais modernos oferecem no sentido de facilitar ao médico a interpretação e leitura dos testes, mas sem o propósito de excluí-lo da seqüência diagnóstica! Em primeiro lugar, cumpre dizer, trata-se de resultado indicativo apenas de obstrução ou não-obstrução; a título grosseiro; "trata-se de um resultado elementar e tão elementar que é em geral desprezado na prática pneumológica corrente, pelo menos em serviços universitários. Em segundo lugar, são elaborados por médicos-programadores e, por fim, podem ser lidos até por leigos, não-médicos é bem verdade, mas sem qualquer valor semiológico ou patológico efetivo. Daí o argumento pífio e freqüente de que se a máquina pode laudar porque o não-médico não poderia? Não vale como argumento favorável a leitura do teste pelo não-médico, desprovido do discernimento clínico essencial indispensável à confrontação dos dados e grandezas numéricas com a qualidade do diagnóstico presumível. E aí está a verdadeira chave da questão.

Conhecer o aparelho por outro lado também não qualifica ninguém a leitura adequada do teste, mas apenas para avaliar a fidelidade dos resultados

obtidos ou senão diagnosticar defeitos, apenas no aparelho!

A QUESTÃO DO MÉDICO NÃO-ESPECIALISTA

A Lei nº 3.268/57, que regulamenta o exercício da profissão médica, é clara, quicá sábia, quando dispõe em seu artigo 17 que "os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas (...) e inscrições no Conselho Regional de Medicina", o que significa que os pré-requisitos para o exercício da medicina em seus ramos na especialidade (grifo nosso) são apenas o diploma registrado no MEC e a inscrição no Conselho de fiscalização profissional. E mais nada, quanto ao exercício.

Isto significa que a aplicação e a interpretação da espirometria não pode, segundo a lei, restringir-se ao especialista, no caso o pneumologista de título registrado no Conselho. É penoso contrariar a saudável e festejada confraria pneumológica (na qual me incluo), mas é forçoso reconhecer que o médico não-especialista tem esse direito a luz da lei. Há um imperativo maior, de ordem ética (além da lei do bom senso), que recomenda não seja feito aquilo para o qual o indivíduo não se sinta habilitado.

No entanto, a luz do que preceitua o art. 2º do CEM, combinado ao artigo 5º, deve o médico "agir com o melhor de sua capacidade profissional", o que subentende que o especialista cabe, em princípio, a melhor atenção na sua área de conhecimento, ao mesmo tempo que lhe cabe, ainda, oferecer o "melhor" do progresso científico em benefício do paciente", outro atributo inerente ao especialista, porque mais versado no domínio do equipamento e nos conhecimentos suplementares à aplicação do teste.

Então, a vista do CEM, torna-se recomendável que o especialista aplique e interprete o teste, mas não pode e não deve tomar como prerrogativa absoluta, nem pode se arvorar "dono do pedaço", no vasto território universal da medicina.

A aceitação da tese da exclusividade legal de procedimentos equivale ao equívoco de estabelecer fronteiras entre vizinhos, lotear as distâncias intangíveis do saber médico e fomentar o espírito de proprietário do ato ou do saber médico, em desacordo com as leis sagradas do conhecimento universal de livre acesso à cultura, além da descabida criação de feudos tecnológicos em medicina. Nada mais impróprio.

Por oportuno, convém lembrar a Resolução nº CFM 1036/80 que veda ao médico não-especialista o anúncio da especialidade pretendida ou exercida como forma pública de promoção, em face, da competência fiscalizatória dos Conselhos e não por conta de restrições éticas ao desempenho médico, erradamente como se supõe. Além disso, o mérito da resolução não autoriza a publicação de exames ou técnicas especiais de diagnóstico, a não ser como esclarecimento de utilidade pública e sem caráter promocional.

Pelo exposto consideramos recomendável a prática do exame pelo

médico especialista, mas sem vedação de direitos ao não-especialista.

CONCLUSÃO

A feitura e interpretação dos testes de função pulmonar, pela complexidade de conhecimentos envolvidos, pelos riscos inerentes a sua execução, pela interpretação como tarefa de diagnóstico imbricada com o cotejamento clínico, constitui ato específico dos profissionais da medicina, cabendo, se tanto, a simples execução por terceiros sob supervisão permanente, rigorosa e direta do médico.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 25 de julho de 1996.

Júlio Cezar Meirelles Gomes
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 09/08/96

Palavras Chave - Espirometria. Ato médico. Função pulmonar

Key Words - Spirometry. Medical act. Pulmonary function studies.

Suplemento I

No mês de Dezembro de 1997 foi editado o primeiro e único SUPLEMENTO I, dos arquivos com um índice remissivo por assuntos e autores dos 56 números já editados. Esta disponível na home-page do CRMPR. (<http://www.crmpr.org.br>)

SIGILO PROFISSIONAL. REFLEXOS DA VIOLAÇÃO NO ÂMBITO DAS PROVAS ILÍCITAS

MARCO ANTÔNIO DE BARROS *

SUMÁRIO: 1. Sigilo e segredo - 2. O sigilo e a vontade juridicamente relevante do interessado - 3. A tutela constitucional do sigilo - 4. Difusão do sigilo profissional no ordenamento jurídico - 5. O crime de violação de segredo profissional - 6. O crime de violação de sigilo funcional - 7. A proibição do depoimento no processo penal - 8. O ato ilícito de violação do sigilo e a ilegalidade refletida no processo penal - 9. A inadmissibilidade da prova obtida por meios ilícitos - 10. A violação do sigilo admitida em casos excepcionais - 11. O sigilo do advogado - 12. O sigilo médico - 13. O sigilo do jornalista - 14. Conclusões.

1. SIGILO E SEGREDO

Embora comumente utilizados como sinônimos, sigilo e segredo não possuem idêntico significado. A individualização é necessária para o perfeito dimensionamento das palavras. De Plácido e Silva¹ anota que sigilo vem do latim sigillum, significando marca pequena, sinalzinho, selo. Então, imperando a idéia de algo que está sob selo, o sigilo traduz, com maior rigor, o segredo que não pode nem deve ser violado. Para Bernardino Gonzaga² segredo é o informe que, sendo do conhecimento apenas do seu titular ou de determinado número de pessoas, não deve, por disposição de lei ou por vontade juridicamente relevante do interessado, ser transmitido a outrem. Acquaviva³ vai mais além ao afirmar ser impossível confundi-los, pois segredo é o fato que se pretende desconhecido em nome da ordem pública, e sigilo é o meio, o instrumento de que se servem os interessados para manter íntegro o desconhecimento de tal fato. Com o rompimento do sigilo opera-se a revelação do segredo.

Logo, segredo é o que não pode ser revelado e sigiloso é o informe a que se tenha atribuído a qualidade de secreto e que se revelado a terceira pessoa possa acarretar um dano para o seu titular.

* Mestrado em Direito Processual Penal da Faculdade de Direito da USP. Diretor da Faculdade de Direito das Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU Procurador de Justiça em São Paulo.

(1) DE PLÁCIDO E SILVA. Vocabulário Jurídico, Forense, 1991.

(2) GONZAGA, João Bernardino. Violação de Segredo Profissional, Max Limonad, 1976.

(3) ACQUAVIVA, Marcus Cláudio. Dicionário Jurídico Brasileiro, Jurídica Brasileira, 7ª ed. 1993.

2. O SIGILO E A VONTADE JURIDICAMENTE RELEVANTE DO INTERESSADO

O sigilo prende-se a vontade do interessado em manter secreto um fato. Essa vontade tanto pode partir do Estado quanto do particular, quer seja pessoa física ou jurídica. O conteúdo do sigilo protegido não está especificado em lei, até porque seria absolutamente inimaginável especificar a diversificada pletera de seu conteúdo. Porém, o rigor protetivo que o ampara legalmente somente produzirá os efeitos reparatórios e sancionadores se o segredo revelado descrever acontecimentos verdadeiros.

Não se olvide que o sigilo pode envolver fatos presentes, passados e até mesmo futuros e o seu lacre, de natureza inquebrável, deverá ser mantido enquanto prevalecer a vontade da ocultação por parte do interessado. Todavia, se a notícia desses fatos penetrar no domínio público por outras formas, rompe-se o caráter sigiloso.

3. A TUTELA CONSTITUCIONAL DO SIGILO

A proteção legal dada ao sigilo visa defender a liberdade individual e a personalidade moral do indivíduo, dando guarida ao pleno exercício de sua vontade. De seu turno, os deveres de manutenção do segredo estabelecidos pela própria lei constituem clara limitação a liberdade individual de informação, fixando-se assim a imagem do verso e anverso de uma moeda, cunhada no sistema das liberdades públicas agasalhadas pela Constituição Federal, mediante o qual se afasta o absolutismo de um direito por ela garantido, pois cada direito ou liberdade deve harmonizar-se com outros direitos e liberdades.

Ao discorrer sobre a proteção constitucional estabelecida em relação ao sigilo e desenvolvendo um raciocínio de repúdio ao praxismo verificado no processo de execução cível, em situações nas quais o credor comodamente busca acesso ao banco de dados mantido pelo poder público, objetivando desvendar elementos personalíssimos capazes de contribuir para a descoberta de algum bem passível de penhora de propriedade do devedor. Vasconcelos⁴ anota que o espírito da atual Lei Maior foi o de, sistematicamente, expungir do direito brasileiro a possibilidade de devassa da intimidade, resguardando-a mediante assecuratório sigilo, somente afetado em condições excepcionais, por força de ordem judicial e para fins de investigação criminal ou instrução processual penal.

Convém ponderar, desde logo, que mesmo no processo civil não se formou ainda uma barreira intransponível ao acesso das informações de que disponha a Delegacia da Receita Federal acerca do patrimônio do executado. Em recente acórdão proferido pela 3ª Cam. Do 1º TACivSP, nos autos de

(4) VASCONCELOS, Antonio Vital Ramos de. "Proteção constitucional ao sigilo", *Justitia* 159/35, 1991.

Agravo de Instrumento 676.5893, datado de 19.03. 1996, relatado pelo juiz Aloísio de Toledo César, ficou assentado que não se pode opor tal sigilo ao Estado, pois a doutrina vem entendendo que a execução forçada é ato do Estado. Desse modo, o caráter público do processo autoriza o juiz a requisitar as informações de que necessita o exequente para a invasão da esfera patrimonial do devedor, resguardando-se o sigilo em juízo.

Aliás, a idéia embutida nesse acordão é a mais consentânea com a realização da justiça. Viceja na doutrina moderna, e nela podemos destacar a presença de Cândido Rangel Dinamarco,⁵ o firme entendimento no sentido de que o exercício da jurisdição estatal esta no resultado que ela produz, ou seja, na própria efetividade da tutela jurisdicional. "O que se projeta na vida das pessoas é o resultado da jurisdição, do processo." Assim, uma sentença condenatória, por si, pode não representar a efetiva reparação do prejuízo, como sucede na hipótese do devedor que não a respeita. Por isso, desde que o Judiciário igualmente zele pelo sigilo das informações pessoais do executado, nada impede - e até é recomendável para a realização da verdadeira justiça - que se possa obter os dados necessários junto ao fisco para a concreta aplicação da lei executória na área cível.

Não pode prevalecer a falsa impressão de que a CF de 1988 não tutelou o sigilo profissional por não tê-lo elevado ao patamar de garantia ou princípio constitucional. É inegável sua inserção numa série de direitos especialmente protegidos pela Magna Carta, destacando-se sobretudo a convicção de que o sigilo faz parte do elenco de atributos da intimidade, que por sua vez é formada por elementos personalíssimos rigorosamente marcados pelo sinal da inviolabilidade (Art. 5º, X, CF).

Nesse contexto estrutural das novas garantias individuais asseguradas pela Magna Carta, cabe destacar a promissora visão da professora Ada Pellegrini Grinover ao preceder as reformas constitucionais da época atual, pois, antes da vigência dessa nova ordem constitucional, ela já pregava o reconhecimento do direito à intimidade como sendo integrante dos direitos de personalidade a ser respeitado no processo penal. No seu emendar "a evolução da vida moderna, através da intensificação das relações sociais e do progresso dos meios técnicos, tende a uma limitação cada vez maior da esfera em que se pode viver ao abrigo de interferências alheias. Por isso mesmo, hoje mais do que nunca, coloca-se o problema de tutelar o indivíduo contra a invasão do próximo, bem como das autoridades". Assim, genericamente, o direito à intimidade nada mais é do que "direito ao segredo ou a reserva, integrante da categoria dos direitos da personalidade".⁶

Conquanto não figure expressamente no rol de direitos e garantias fundamentais, pode-se inferir que o dever de guardar sigilo profissional mantém-se firme e escorado no perfil constitucional traçado pelo legislador de nossos dias atuais, visto que a obrigação imposta ao confidente vela pelo respeito ao

(5) DINAMARCO, Cândido Rangel. Trabalho inédito, aulas do Curso de Pós-Graduação da USP, 1996.

(6) GRINOVER, Ada Pellegrini. Liberdades públicas e processo penal, RT, 2º ed., 1982, p. 69 e 77.

direito de intimidade do confidente.

4. DIFUSÃO DO SIGILO PROFISSIONAL NO ORDENAMENTO JURÍDICO

Com o escopo de dar guarida a liberdade individual caracterizada pela vontade do confidente, o legislador ordinário tem dedicado significativa atenção ao sigilo. Apenas com o propósito de confirmar a sua predominante e reiterada intenção nesse sentido e sem a menor pretensão de esgotar as hipóteses legais de sua previsão, arrolam-se aqui alguns exemplos afines ao direito de proteção ao sigilo.

No campo do Direito Civil, ninguém poderá ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo (art. 144, CC). Explicitando essa possibilidade de abstenção do depoimento, a lei adjetiva civil declara que a testemunha não é obrigada a depor de fatos à cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo, sendo permitido a testemunha requerer ao juiz que à escuse de depor. Além disso, nem mesmo a parte esta obrigada a depor de fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo. Esta disposição não se aplica, porém, às ações de filiação, dissolução do matrimônio, e a anulação de casamento. E tanto a parte quanto o terceiro podem se escusar de exhibir, em juízo, o documento ou a coisa, se a exibição acarretar a divulgação de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão, devam guardar segredo (arts. 406, II; 414, § 2º; 347, 11; e 383, IV, do CPC).

Na esfera do Direito Comercial também há proteção sigilo. É dever dos corretores guardar inteiro segredo nas negociações de que se encarregarem e se da revelação resultar prejuízo, serão obrigados à sua indenização, e até condenados à perda do ofício e da metade da fiança prestada, provando-se dolo ou fraude (art. 56, CCo). O sigilo igualmente prevalece nas operações de instituições financeiras, e somente mediante requisições do Poder Judiciário ou de Comissões Parlamentares de Inquérito é que se poderá quebrar a rigidez do sigilo bancário (art.38 da Lei 4.595/64).

O Direito Trabalhista arrola como falta grave e admite como justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador a violação de segredo da empresa (art.482, g, da CLT).

Mesmo nas recentes medidas criadas pelo legislador, ao dispor sobre a utilização de meios operacionais que objetivam prevenir e reprimir ações praticadas por organizações criminosas, rota-se a imposição de cautelas que respeitam o sigilo. Desse modo, as investigações de atos delituosos praticados por organizações criminosas podem incluir o acesso à dados, documentos e informações fiscais, bancárias, financeiras e eleitorais. E se ocorrer a possibilidade de violação de sigilo preservado pela Constituição ou por leis, as diligências serão realizadas pelo juiz, a quem caberá adotar o mais rigoroso segredo de justiça, conservando-se o auto de diligência fora dos autos do processo, em local de conhecimento exclusivo do magistrado (arts. 2º e 3º da Lei

9.034/95).

Já foi dito que a vontade na manutenção do sigilo pode partir do próprio Estado (retro, n.2). Dessa forma, a lei também dita regras de proteção ao sigilo de interesse do Estado ou da administração pública.

Um caso notório está previsto na lei que define os crimes de responsabilidade, considerando crime contra a existência política da União revelar negócios políticos ou militares que devam ser mantidos secretos a bem da defesa da segurança externa ou dos interesses da Nação (art.5º Lei 1.079/50). Também na lei que estabelece normas sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, impõe-se ao servidor guardar sigilo sobre assunto da repartição, podendo até ser demitido, no caso de revelação de segredo do qual se apropriou em razão do cargo (arts.116 e 132, da Lei 8.112, de 11.12.1990).

Outro exemplo registra-se na lei que dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou funcional. Aqui é considerado ato de improbidade administrativa a revelação de fato ou circunstância de que tenha tomado ciência em razão das atribuições e que deve permanecer em segredo. Na mesma proporção já se revelar ou permitir que chegue ao conhecimento de terceiro, antes da respectiva divulgação oficial, teor de medida política ou econômica capaz de afetar o preço de mercadorias, bem ou serviço, aplicar-se-á, em ambas as hipóteses, a pena de ressarcimento integral do dano, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de três a cinco anos e pagamento de multa (art. 11, Lei 8.429, de 02.06.1992).

Ainda no ramo do Direito Público, considera-se crime devassar o sigilo de proposta apresentada em procedimento licitatório, ou proporcionar a terceiro o ensejo de devesá-lo, sendo apenado com detenção de dois a três anos, e multa, conforme previsto na lei que instituiu normas de licitações e contratos da administração pública (art.94 da Lei 8.666, de 21.06.1993). A persistente obrigatoriedade do segredo também é contemplada na esfera tributária (arts.197 e 198 do CTN).

Além das figuras delitivas que serão melhor analisadas nos itens 5 e 6 adiante, o CP tipifica como condutas criminosas a "divulgação de segredo" (art.153, pena de detenção de um a seis meses, ou multa) e a "violação de segredo de fábrica ou de negócios" (art.196, XII), punindo esta modalidade do crime de concorrência desleal com detenção de três meses a um ano, ou multa.

Em suma, esta apertada abordagem sobre a difusão do sigilo profissional no ordenamento jurídico encerra a certeza de que o segredo confiado a outrem, se reveste, em determinados casos, de uma áurea a que se obriga a respeitar o confidente, sob pena de responder criminalmente pela revelação.

Como bem ponderou Carlos Hagstrom,⁷ apesar de objetivar a proteção de interesses privados, o interesse social e a base do segredo profissional.

(7) HAGSTROM, Carlos Alberto. "O Sigilo bancário e o poder público", RDM, n. 79, julho/setembro de 1990, p. 54-79

Esse interesse deriva de relações de confiança que impõem a obrigação de discrição. Tanto as relações de confiança quanto a obrigação de discrição envolvem funções ou atividades exercidas por pessoas as quais os cidadãos são obrigados a recorrer e a fazer confidências. Tais atividades correspondem, em geral, a uma relevante missão moral.

5. O CRIME DE VIOLAÇÃO DE SEGREDO PROFISSIONAL

Como foi visto, a legislação esparsa prodigaliza o sigilo, repetindo-se aqui e acolá sua prevalência em defesa da liberdade individual, reservando inclusive sanções penais graves para quem descumprir a obrigação de guardar o sigilo. Mas a vontade individual, quando legítima, de há muito é tão relevante que o vetusto legislador erigiu ao patamar da infração penal a violação de segredo profissional, cuja figura será agora objeto de destaque.

Alguém que revele, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano à outrem, esta sujeito a suportar a pena de detenção de três meses a um ano, ou multa (art. 154, do CP).

Três rápidas observações se fazem acerca do dispositivo de ordem material. Uma delas consiste no sereno entendimento doutrinária no sentido de que para configuração da infração penal, o dano produzido não se restringe ao aspecto econômico, abrangendo também o prejuízo de ordem moral, público, particular, individual ou familiar sofrido pelo interessado na manutenção do segredo. A segunda observação diz respeito ao sujeito ativo do crime, ou seja, aquele que revela o segredo de que teve ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão.

A mais objetiva diferenciação entre os tipos de atividade profissional e apresentada por Paulo José da Costa Jr.,⁸ para quem função é o encargo recebido por lei, decisão judicial ou contrato (tutor, curador, inventariante, síndico, diretores de escola, hospitais ou empresas); ministério e o mister que tem origem em determinada condição social, de fato ou de direito (padre, freira, missionário, assistente social); ofício e a atividade remunerada, mecânica ou manual (sapateiro, ourives, cabeleireiro, costureiro, etc.); profissão e a atividade remunerada, exercida com habitualidade, via de regra de cunho intelectual.

Finalmente, a terceira observação condiz com a atipicidade do fato quando a revelação seja feita com justa causa. A justa causa identifica-se com o justo impedimento de manter o sigilo, ou com a existência da necessidade de confidência, e ela só pode ser aquilatada no caso concreto. Incluem-se obrigatoriamente neste rol o estrito cumprimento do dever legal, o estado de necessidade e a própria legítima defesa do confidente.

Sobre isto oportuna é a advertência feita por Hermenegildo Rego,⁹ ao

(8) COSTA JR, Paulo José. Comentários ao Código Penal, Saraiva, 1988.

(9) REGO, Hermenegildo de Souza. "Dever de sigilo e escusa de depor", RePro 32/301.

se questionar se a convocação judicial para depor no processo civil constitui, para o depositário do segredo profissional, justa causa suscetível de legitimar sua revelação. O próprio articulista responde que a revelação do segredo profissional, pelo só fato de ter sido feita em juízo, não deixar de configurar o crime, ressaltando que a revelação de um segredo profissional, feita em juízo, como fora dele, se consubstanciada em justa causa não constituirá crime. Mas a mera situação - depoimento em juízo - não representa, por si, justa causa.

6. O CRIME DE VIOLAÇÃO DE SIGILO FUNCIONAL

Além da sanção penal estabelecida para os profissionais da área privada, a lei penal também reserva reprimenda ao funcionário público que revela, ou facilita a revelação de fato que lhe tenha chegado ao conhecimento em razão do cargo e que devia permanecer em segredo, tipificando, neste caso, a infração de violação de sigilo funcional, que é apenada com detenção de seis meses a dois anos, ou multa (art. 325, do CP).

O delito de violação de sigilo funcional, com a mesma redação que lhe é dada no CP comum, esta incluído no rol das infrações consideradas crimes contra o dever funcional em prejuízo da administração militar previstas no CP Militar. O único ponto destoante entre os dispositivos em tela reside na impossibilidade de se optar pela aplicação da pena pecuniária, cuja modalidade não está prevista na norma penal militar (Dec.-lei 1 .001, de 21. 10. 1969).

7. A PROIBIÇÃO DO DEPOIMENTO NO PROCESSO PENAL

O fiel cumprimento das normas que disciplinam o sigilo e a supremacia dos efeitos restritivos que delas decorrem, especialmente quando confrontados com outros valores igualmente protegidos, somente serão alcançados se os aplicadores da lei atentarem para suas nuances.

Grinover, Scarance e Magalhães¹⁰ afirmam que o direito constitucional à prova não é absoluto. Ele se submete a natural restrição resultante do princípio da convivência das liberdades, cujo meta é não permitir que qualquer delas seja exercida de modo danoso à ordem pública e às liberdades alheias.

Portanto, existem limites estabelecidos no ordenamento jurídico que buscam estabelecer esse equilíbrio no tratamento das garantias constitucionais, figurando como notório exemplo os impedimentos para depor de pessoas que em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo (art. 207 do CPP e art. 355 do CPP Militar - Dec.-lei 1 .002, de 21 .10.1 969).

Vale ressaltar que em alguns Códigos estrangeiros optou-se por uma enumeração limitativa ou especificada, diversamente do quanto aplicado pelo nosso legislador. Assim, por exemplo, no CPP italiano de 1988, conforme regra prevista no art. 200, esta estabelecido que não podem ser obrigados à

(10) GRINOVER, Ada Pellegrini; SCARENCE FERNANDES, Antonio; GOMES FILHO, Antonio Magalhães. "As nulidades no processo penal", Malheiros Editores, 3ª ed., 1993, p. 104.

depor sobre o que tiverem conhecimento em razão do próprio ministério, função ou profissão, salvo os casos em que tenham obrigação de referirem-se à autoridade judiciária: a) os ministros de confissão religiosa, cujos estatutos não contrastem com o ordenamento jurídico italiano; b) os advogados, procuradores legais, assistentes técnicos e os notários; c) os médicos, farmacêuticos, obstetras e outras pessoas que exerçam função sanitária; d) os que exercem outras profissões as quais a lei reconhece a faculdade de abster-se de depor determinada pelo segredo profissional.

No Brasil, como já vimos, não existe essa especificação. Em regra, os confidentes necessários não podem ser constrangidos a depor, como testemunha, sobre matéria sigilosa. No campo processual civil, a lei lhes institui um direito ao silêncio, facultando ao depoente requerer ao juiz que o escuse de depor (retro, n. 4). No processo penal, em que os valores postos em julgamento são de altíssima relevância, haja vista a possibilidade de envolver a liberdade individual de uma ou mais pessoas, a lei impõe à testemunha o dever de calar.

8. O ATO ILÍCITO DE VIOLAÇÃO DO SIGILO E A ILEGALIDADE REFLETIDA NO PROCESSO PENAL

A violação do sigilo profissional ou do sigilo funcional constitui um ilícito penal (v. retro, ns. 4 e 5). Esta afirmativa abre espaço para a seguinte indagação: aproveita-se o depoimento testemunhal de confidente necessário que tenha desrespeitado a norma do art. 207 do CPP?

No nosso sistema processual penal só se considera nulo o ato que se amolde a alguma das hipóteses elencadas no art. 564 do CPP. Dito rol casuístico não cominou nulidade à prova oral produzida em juízo com violação do sigilo. A própria ausência de regra processual descaracterizadora de legitimidade da prova assim obtida contribuiu para a frutificação de corrente doutrinária, já superada, que admitia a ilicitude da prova no processo, sob o argumento de que ao partir a vedação de uma norma material, impunha-se punir o autor do ilícito penal enquanto que nenhum reflexo prejudicial dessa ilicitude se transportaria ao processo no qual a prova fora produzida.

O descompasso dessa mentalidade doutrinária foi energeticamente combatido por Grinover,¹¹ para quem, nem mesmo pela via extensiva de aplicação do disposto no art. 546, IV, do CPP, se permitia considerar nulo o caso da testemunha obrigada a depor pelo juiz, apesar da escusa legítima ou da proibição erigida em virtude do sigilo profissional. Cogitava-se então que o legislador punia, através da lei material, o autor da violação do sigilo mas não repudiava a prova que representava o seu depoimento. Ainda na sua notável avaliação, a jurisprudência brasileira aplicava a teoria do "male captum bene retentum", em virtude da inexistência, no ordenamento processual, de nulidade cominada para o ato processual de admissão da prova vedada e que retirasse a eficácia jurídica da prova produzida "contra legem". Assim, mesmo que uma

(11) GRINOVER, op. cit., p. 15, 159 e 176.



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO PARANÁ**

EDITAL
COMUNICAÇÃO DE ELEIÇÕES

O Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o que dispõe a Lei nº 3268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58, faz saber que este Conselho realizará nos dias 10,11 e 12 de agosto de 1998, das 09 às 18 horas, as eleições para renovação da composição de seu corpo de Conselheiros Efetivos e Suplentes e dos delegados das Delegacias Seccionais e Regionais.

O prazo para registro de chapa dos candidatos inicia-se às 14 horas do dia 01/06/98 e termina às 18 horas do dia 30/06/98.

A constituição das chapas e seu registro obedecerão as instruções para as eleições dos Conselhos Regionais de Medicina, aprovadas pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1491/98, de 15 de abril de 1998.

Curitiba, 06 de maio de 1998.

CONS. LUIZ SALLIM EMED
Presidente do CRM-PR

CONS. DAEBES GALATI VIEIRA
1º secretário

RETIRE ESTAS DUAS PÁ

Eleições do Conselho Regional de Medicina do PR acontecem em agosto

O prazo para registro de chapas começa em 1º de junho e se estende até o dia 30 de mesmo mês. O voto é obrigatório.

O Conselho Regional de Medicina do Paraná vai realizar nos dias 10,11 e 12 de agosto deste ano, as eleições para renovação da composição de seu corpo de conselheiros efetivos e suplentes e também dos delegados das Delegacias Seccionais e Regionais. O prazo para registro das chapas dos candidatos será iniciado em 1º de junho, estendendo-se até 18 horas do último dia do mesmo mês. As diretorias que sucedem as atuais, a partir de 1º de outubro, irão responder pela gestão 1998/2003. O processo eleitoral será conduzido por uma comissão designada pelo Plenário do CRM-PR.

A constituição das chapas dos candidatos e seus registros deverão obedecer as instruções para as eleições dos Conselhos aprovadas pela Resolução do CFM nº 1.491/98, emitida em 15 de abril último. O CRM-PR tem 20 conselheiros efetivos e 20 suplentes, sendo os cargos meramente honoríficos. As Delegacias Regionais de Londrina e Maringá terão, cada qual, presidente, vice, secretário e tesoureiro, com respectivos suplentes. As seccionais contarão com presidente e secretário, além de suplentes.

O voto será obrigatório e secreto aos médicos que estejam em pleno gozo de seus direitos. Os da capital e região metropolitana, votam na sede do Conselho e através de urnas espalhadas em hospitais. O mesmo acontece com os médicos estabelecidos nas cidades-sedes de seccionais que receberão um "kit" com as orientações necessárias para votar, o que será feito através de correspondências. Uma delas será dirigida ao Conselho e outra à regional/seccional.

O médico inscrito em mais de um Conselho está obrigado a votar em apenas um deles. O militar, nos termos do artigo 4º da Lei 6.681/79, está impedido de votar.

Esclarecimentos sobre o registro de chapas e eleições podem ser obtidos junto ao Conselho Regional de Medicina através do telefone (041) 322-8238 ou junto às delegacias regionais e seccionais.

sentença condenatória se baseasse em provas desse jaez, tal decisão não seria rescindível, nem caberia "habeas corpus". Por isso que a jurista prenunciava a CF como fonte definitiva para solucionar problema atinente a inadmissibilidade das provas obtidas ilegalmente.

Hoje, a resposta categórica a indagação supramencionada é no sentido de ser inválida a prova produzida mediante violação do sigilo profissional ou funcional, já que insita de manifestas ilegalidade.

Diz-se que a "prova é ilegal toda vez que a sua obtenção caracterize violação das normas legais ou de princípios gerais do ordenamento, de natureza processual ou material. Desse modo, quando a proibição for colocada por uma lei processual, a prova será ilegítima (ou ilegitimamente produzida); quando, pelo contrário, a proibição for de natureza material, a prova será ilicitamente obtida".¹²

Logo, segundo os novos ditames do processo constitucional, a prova ilegal é inadmissível. Patente é então a inutilidade do depoimento do confidente necessário infrator da norma penal retromencionada. E a constatação desse fato nos faz recordar as expressões de que se serviu Adherbal de Barros,¹³ nos seguintes termos: a essência do processo é a realização do Direito Penal, e não a sua infringência.

9. A INADMISSIBILIDADE DA PROVA OBTIDA POR MEIOS ILÍCITOS

Do pensamento construído e difundido pioneiramente entre nos, por Grinover, processualista de escol, a questão foi erigida ao topo dos direitos e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal, com a estipulação da seguinte regra: são inadmissíveis, no processo, as provas obtidas por meios ilícitos (art. 5º, LVI).

Já vimos que a violação do sigilo profissional constitui um ilícito penal. Cabe então questionar: a ilicitude ditada pela regra material de natureza constitucional torna inadmissível a prova no processo penal?

Não há como escapar à resposta positiva.

No item anterior, ao cuidarmos da ilegalidade da prova, abordou-se a distinção entre a prova ilegítima e a prova ilícita. Segundo aquele entendimento, não se podia, em princípio, impingir de ilegítima a prova consubstanciada na violação do sigilo profissional, eis que na lei processual não existia - e ainda não existe - previsão de sua ineficácia. Mas, com a vedação instituída pela norma material constitucional ela desqualifica-se pela ilicitude e dessa forma torna-se ilegítima por via da sanção processual de inadmissibilidade.

Mesmo se a violação do sigilo profissional não fosse considerada ato criminoso, hipótese que deve ser descartada e tida como absurda em face da atenção dada à matéria pelo legislador infra-constitucional (v. retro, ns. 4 e 5), ainda assim, já não se poderia mais admitir a produção dessa espécie de prova

(12) GRINOVER, op. cit., p. 98.

(13) BARROS, Adherbal de. "A investigação criminosa da prova", RT 504/288, 1977.

no processo penal, pois, em última instância, estaria sendo violada uma outra garantia, qual seja, o direito a intimidade assegurado pela Constituição e que incorpora o direito ao segredo (v. retro, n. 3).

De se notar que o termo inadmissibilidade não se coaduna com nulidade ou anulação de eventual prova produzida em tais condições no processo. Na verdade, a ordem que a Lei Maior exprime é de inaceitabilidade da prova, não podendo, portanto, sequer ser colhido o depoimento acobertado pelo manto do sigilo, porquanto a quebra do segredo gera um ilícito que torna defeso ao juiz apreciar o teor do depoimento.

A vedação constitucional coloca uma pá de cal no tema. A lei processual diz que são proibidas de depor as pessoas obrigadas ao sigilo profissional. Mas se eventualmente vir a ser colhido e posteriormente desvendarse a ilicitude, o depoimento jamais poderá ser levado em consideração para efeitos de valoração das provas produzidas, porque tal depoimento nunca poderá ser admitido como prova, por força de expressa disposição constitucional.

Com superior habilidade foi este ponto examinado pela Professora Grinover nos seguintes termos: "A Constituição preocupa-se com o momento da admissibilidade pretendendo claramente impedir os momentos sucessivos de introdução e valoração da prova ilícita. Mas, suponhamos que a prova, embora considerada inadmissível pela Constituição, venha a ser admitida no processo. E que a prova ingresse no processo, vulnerando a regra constitucional. De duas, uma: ou partimos para a idéia de que nesse caso a atipicidade de constitucional acarreta, como conseqüência, a nulidade absoluta e, portanto, no plano processual, a prova admitida "contra constitutionem" será nula e nula será a sentença que nela se fundar, ou então, numa interpretação mais consentânea com a norma constitucional, firmamos o entendimento de que a Lei Maior, ao considerar a prova inadmissível, não a considera prova, tem-na como "não prova", como prova inexistente juridicamente. Nesse caso será simplesmente desconsiderada".¹⁴

Poderia alguém questionar, em complemento: como saber então se um depoimento violador do sigilo profissional, ainda que desentranhado o seu termo dos autos, teria ou não influenciado o juiz no julgamento do processo? A resposta para dirimir a dúvida vamos encontrar na fundamentação da sentença ou decisão, cujo elemento é indispensável e garantido pela própria constituição ao jurisdicionado, visto tratar-se de um dever imposto ao julgador pela própria Constituição Federal (art. 93, IX).

A questão da inadmissibilidade da prova ilícita já foi enfrentada pela Suprema Corte do nosso país, em v. acórdão que se tornou famoso pela profundidade dos votos dos eminentes ministros, publicado na Revista Brasileira de Ciências Criminais, ano 2, n. 7, julho/setembro - 1994, do qual, pela clareza e concisão de seu brilhante voto destacamos o seguinte trecho ditado pelo culto Min. Celso de Mello: "O fato irrecusável, sr. Presidente, é que a prova

(14) GRINOVER, Ada Pellegrini. "A eficácia dos atos processuais à luz da Constituição Federal", RPGESP, junho de 1992, p. 34.

ilícita e prova inidônea. Mais do que isso, prova ilícita é prova imprestável. Não se reveste, por essa explícita razão, de qualquer aptidão jurídico-material. Prova ilícita, sendo providência instrutória eivada de inconstitucionalidade, apresenta-se destituída de qualquer grau, por mínimo que seja, de eficácia jurídica. A Exclusionary Rule - considerada essencial para Jurisprudência da Suprema Corte dos Estados Unidos na definição dos limites da atividade probatória desenvolvida pela Polícia e pelo Ministério Público - destina-se, na abrangência de seu conteúdo, a proteger, pelo banimento processual de evidências ilicitamente coligidas, os réus criminais contra a ilegítima produção ou a ilegal colheita de prova incriminadora”.

10. VIOLAÇÃO DO SIGILO ADMITIDA EM CASOS EXCEPCIONAIS

Todavia, recomenda a cautela não se abraçar de vez o aparente absolutismo da norma constitucional. Vimos que somente a revelação do segredo, sem justa causa, configura o delito de violação profissional (v. retro, no 5). Então é preciso atentar para aquelas hipóteses em que a quebra do sigilo pode ser feita com justa causa, descaracterizando-se a ilicitude do ato.

Magalhães Noronha ensinava que “a justa causa funda-se na existência de estado de necessidade: e a colisão de dois interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro; no caso a inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem-interesse. Há, pois, objetividades jurídicas que a ela preferem, donde não ser absoluto o dever do silêncio ou sigilo profissional”.¹⁵

Além disso e para reforço do abrandamento interpretativo da norma constitucional processual, em casos excepcionais, mais uma vez vamos buscar subsídios nos ensinamentos de Grinover, Scarance e Magalhães,¹⁶ os quais ressaltam que “a teoria, hoje dominante, da inadmissibilidade processual das provas ilícitas, colhidas com infringência a princípios ou normas constitucionais, vem, porém, atenuada por outra tendência, que visa a corrigir possíveis distorções a que a rigidez da exclusão poderia levar em casos de excepcional gravidade. Trata-se do denominado *Verhältnismässigkeitsprinzip*, ou seja, de um critério de proporcionalidade, pelo qual os tribunais da então Alemanha Federal, sempre em caráter excepcional e em casos extremamente graves, tem admitido a prova ilícita, baseando-se no princípio do equilíbrio entre valores fundamentais contrastantes”.

Estes mesmos juristas acrescentam que, “embora reconhecendo que o subjetivismo insito no princípio da proporcionalidade pode acarretar sérios riscos, alguns autores têm admitido que sua utilização poderia transformar-se no instrumento necessário para a salvaguarda e manutenção de valores conflitantes, desde que aplicado única e exclusivamente em situações tão extraordinárias que levariam a resultados desproporcionais, inusitados e

(15) NORONHA, E. Magalhães. *Direito Penal*, Saraiva, 17ª ed., v. 2, 1981, p. 209.

(11) GRINOVER, SCARENCE, MAGALHÃES. *Op. cit.*, p. 110.

repugnantes, se inadmitida a prova ilicitamente colhida”.

Júlio Mirabete¹⁷ acrescenta que quanto ao princípio da proibição de provas obtidas ilicitamente, a teoria dominante é a de que ele é atenuado pela tendência que visa corrigir possíveis distorções que a rigidez do princípio pode acarretar, fundando-se tal idéia no princípio do equilíbrio entre valores fundamentais contrastantes. Dentro dessa tendência também está o chamado critério da proporcionalidade, pelo qual nenhuma prova ilícita pode ser excluída quando é a única possível nas circunstâncias concretas, ou quando é favorável ao réu (“favor rei”).

Na verdade a questão do caráter excepcional da admissibilidade da prova ilícita encerra um debate que se trava dentro do próprio Judiciário. Se ao término do item 9 acima fizemos questão de ressaltar a existência de um acórdão do STF que tem servido de paradigma para os seus posteriores julgados, no sentido de não se aceitar a produção de prova ilícita, o fato é que o STJ parece dar um enfoque diverso ao tema.

Pelo menos é o que se constata em acórdão da 6ª T. do STJ, publicado no DJU de 26.02.1996, p. 4.084, tendo como relator o ilustre Min. Adhemar Maciel, nos autos de HC 3.982/RJ, com v.u. e a seguinte ementa: “Constitucional e Processo Penal. “Habeas Corpus”. Escuta telefônica com ordem judicial. Réu condenado por formação de quadrilha armada, que se acha cumprindo pena em penitenciária, não tem como invocar direitos fundamentais próprios do homem livre para trancar ação penal (corrupção ativa) ou destruir gravação feita pela polícia. O inc. LVI do art. 5º da Constituição, que fala que “são inadmissíveis as provas obtidas por meio ilícitos”, não tem conotação absoluta. Há sempre um substrato ético a orientar o exegeta na busca de valores maiores na construção da sociedade. A própria Constituição Federal Brasileira, que é dirigente e programática, oferece ao juiz, através da “atualização constitucional” (verfassungsaktualisierung), base para o entendimento de que a cláusula constitucional invocada é relativa. A jurisprudência norte-americana, mencionada em precedente do STF, não é tranqüila. Sempre é invocável o princípio da “razoabilidade” (reasonableness). O “princípio da exclusão das provas ilicitamente obtidas (exclusionary rule) também lá pede temperamentos. Ordem denegada”.

Destarte, a prudência recomendada ao juiz no âmbito do direito material se repete no direito processual. A ele compete, no enfoque do caso concreto, examinar o cabimento da aplicação da teoria da proporcionalidade ou da razoabilidade para temperar o rigor da inadmissibilidade da prova ilícita, mesmo porque, pelo sistema constitucional vigente não há falar-se em garantia absoluta, extremada e isenta de restrição decorrente do respeito que se deve a outras garantias de igual ou superior relevância.

(17) MIRABETE, Júlio Fabbrini. “As provas ilícitas e a violação do sigilo bancário”, Livro de Estudos Jurídicos. RJ, 1992, p. 171-174.

11. O SIGILO DO ADVOGADO

O advogado é indispensável à administração da justiça, sendo inviolável por seus atos e manifestações no exercício da profissão, nos limites da lei (art. 133, da CF).

Ao advogado impõe-se o dever de fidelidade a quem dele se socorre. Já na antiga Roma, o dever moral impedia o advogado de depor contra seus clientes. Daqueles tempos até os nossos dias agigantou-se sobremaneira a conotação daquele dever, bastando lembrar os dispositivos legais retromencionados, aos quais o advogado, como profissional que é, deve se submeter. E além daqueles impedimentos, restrições e sanções legais, o Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil estabelece ser um direito do advogado recusar-se a depor como testemunha em processo no qual funcionou ou deva funcionar, ou sobre fato relacionado com pessoa de quem seja ou foi advogado, mesmo quando autorizado ou solicitado pelo constituinte, bem como sobre fato que constitua sigilo profissional (Lei 8.906/94, art. 70, XIX).

O advogado esta submetido a rigoroso dever ético, moral e legal de preservação do sigilo, principalmente na área criminal, pois a exigência de obediência ao segredo funda sua prevalência no princípio constitucional da garantia de defesa. Com certeza o sigilo inviolável a que se submete o advogado não se resume apenas ao que lhe for transmitido pelo cliente, mas também as anotações, documentos, cartas a que tiver acesso e tudo mais que lhe chegar ao conhecimento no exercício do seu mister.

Tão delicada é esta questão que, no seio de sua classe, prevalece o entendimento generalizado de tratar-se de algo místico ou sagrado, e o único juiz da necessidade de quebrar-se o segredo profissional é o próprio advogado. Neste sentido, nem quando autorizado por seu cliente, impõe-se ao profissional a obrigação de prestar testemunho pois nem sempre será possível eliminar o risco de que a revelação do segredo possa lançar uma nódoa sobre a sua performance no processo, passível de críticas de seus pares, já que em foco também esta a confiança que se deposita na advocacia.

Bernardino Gonzaga assevera que "se, embora autorizado pelo constituinte, o advogado desvende tudo e adere à acusação, rompe-se o indispensável equilíbrio da justiça e fica infringida a norma cogente, que impõe o efetivo exercício da defesa".¹⁸ Note-se que uma situação assim assemelhada poderá até mesmo alterar a tipificação do crime passando a configurar o delito de patrocínio infiel (art. 355 do CP), que absorve o delito de violação de segredo profissional.

Tal rigor do dever de sigilo não foi adotado em outras legislações, na mesma medida. Diferentemente do nosso sistema, outros há onde impera a mitigação do direito e dever sagrados de manter o sigilo.

(18) GONZAGA, João Bernardino. Op. cit., p. 89.

É o caso da Itália. Bonavolontá¹⁹ anota que “quando la dichiarazione concerne un segreto di ufficio o professionale, l'autorità giudiziaria, se ha motivo di dubitare della di essa e ritiene di non potere procedere senza acquisire gli atti, i documenti o le cose sopra indicate, può provvedere agli accertamenti necessari e se la dichiarazione risulta infondata, può disporre il sequestro”.

Ainda outro exemplo dessa interferência na consciência do advogado é encontrado no direito processual penal português. Naquele país, a revelação do segredo pelo profissional é até mesmo exigida em alguns casos quando se constata a existência concorrente de um dever prevalente. Segundo Cremilda Ferreira,²⁰ existem dois tipos de situações de prevalência: quando a revelação se destina a propiciar a melhor defesa do cliente, e quando ela sirva de prevenção criminal e exercício da justiça penal.

Na primeira hipótese, embora considerada arriscada pelos doutrinadores portugueses, a revelação será tida como lícita se o advogado obteve a autorização do cliente. Quanto a segunda, tem-se presente um outro bem penalmente tutelado e de valor superior, que autoriza a quebra do sigilo. Diz a mencionada autora que não faz sentido manter o dever de sigilo quando a revelação dos fatos é necessário para evitar a ocorrência de um crime contra a vida ou contra a integridade física.

Por sinal, no direito processual penal português, sempre que houver dúvida fundada sobre a legitimidade da escusa apresentada pelo advogado, o juiz poderá instaurar, no curso da ação penal, o chamado incidente de legitimidade de escusa a prestar declarações, ou o incidente da quebra do sigilo profissional (art.135, CPP português), com o fito de, ouvida previamente a Ordem dos Advogados, decidir se o advogado deve, ou não, prestar depoimento.

Mas, entre nós. não há falar de tais possibilidades interventivas ou incidentais para obrigar o advogado a depor. Sua consciência ética - da qual é ele o único juiz - e a fé de seu grau não lhe permitem depor como testemunha. E ele não pode sequer ser ameaçado pelo envolvimento como testemunha na polícia sobre fatos atribuídos a seu cliente. Trata-se de um direito que a lei lhe assegura, desonerando-o, inclusive de informar o que constitua sigilo profissional. E é referendado por nossa jurisprudência (RT625/293, 559/99, 547/289, 531/401).

Vigora entre nos a proibição do depoimento no processo penal e o indeclinável direito de escusar-se a depor no processo civil. A ilicitude que marca o testemunho prestado com violação do sigilo profissional, caracteriza-o como prova ilícita, portanto, inadmissível no processo, salvo em casos excepcionalíssimos (v. retro, ns.9 e 10).

Pondere-se, no entanto, que o sigilo profissional não pode servir de escudo para extremismos. A advocacia é tida pela Constituição como uma das funções essenciais à justiça. Destarte, não se descuide da observância do sistema das liberdades públicas (v. retro, n. 3), que nos recomenda observar

(19) BONAVOLANTÀ, Luigi. Nuovissimo manuale di procedura penale, 3ª ed., Pirola, 1995, p. 75.

(20) RAMOS FERREIRA, Cremilda Maria. Sigilo profissional na advocacia, Coimbra Editora, 1991, p. 60 e 61.

que os direitos e deveres referentes ao sigilo profissional não são absolutos, pois eles se anteparam com a obediência e respeito a outras garantias constitucionais destinadas à proteção do bem comum, da ordem social e até mesmo de garantia à cidadania e à própria vida.

Por isso não se permite ao advogado transformar o seu escritório em depósito de instrumentos de crimes, ali escondendo, por exemplo, arma utilizada pelo cliente na prática do delito, cujo objeto interessa a "persecutio criminis". Da mesma forma não se lhe permite asilar o cliente contra o qual tenha sido expedido mandado de prisão. Em tais hipóteses, além de comportar-se em desacordo com a ética profissional, poderá ser acusado de favorecimento real ou favorecimento pessoal (arts.349 e 348, do CP).

Se o regime democrático a todos impõe o dever de responsabilidade na apuração da verdade, o direito de sigilo só se comporta nas expressas restrições da lei. Alcança só o ato profissional do advogado, não todos os atos da vida do advogado. Segredo profissional e responsabilidade caminham entrelaçados, sem distorções (RT 653/116).

12. O SIGILO MÉDICO

O lendário juramento de Hipócrates impregnou o exercício da medicina: "O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo".

Para a classe médica o segredo é algo que não se pode dissociar do exercício da sua profissão. No dizer de Gonzaga,²¹ pelas peculiares condições em que exerce o seu mister, o médico tem freqüentes vezes diante de si, abertos em leque, informes íntimos da mais variada qualidade. Colhe não apenas esclarecimentos reservados sobre o cliente, mas sobre sua família, parentes próximos e até mesmo alusivos a terceiros àquele ligados. Penetra no recesso dos lares. Necessita conhecer as causas da moléstia em exame, que podem desembocar em delicadas origens: comportamentos viciosos, eticamente reprováveis ou delituosos, dificuldades econômicas, disputas domésticas etc.

Nem sempre o diagnóstico da moléstia ou da lesão física sofrida pelo paciente será o fato que este deseja manter em segredo. Em alguns casos o que se pretende manter escondido do domínio público são as circunstâncias que ensejaram o surgimento da moléstia ou da lesão.

Por vezes se tem a impressão que a classe médica fora outrora mais zelosa no cumprimento dessa obrigação. Não raro, hoje nos deparamos com médicos que, preocupados em divulgar novos métodos científicos de tratamento, ou com a sua promoção pessoal, expõem os pacientes e seus males ao domínio público, fazendo-o mediante publicações e entrevistas publicadas e transmitidas pela imprensa em geral.

Kfoury Neto,²² lembrando lições de Genival Veloso França, menciona

(21) GONZAGA, João Bernardino. Op. cit., p. 112.

que "o segredo médico absoluto inexistente em nossos dias. Os boletins médicos fornecidos a imprensa sobre diagnósticos e principalmente sobre as condições de pessoas de certa projeção, ou sobre cirurgias de publicidade exagerada vem transformando o segredo médico em letra morta, onde se deixa o paciente em plano secundário, procurando-se destacar uma técnica e uma habilidade como manobras heróicas e salvadoras de determinadas situações".

Estas e outras formas de tornar público o segredo são vedadas pelo próprio Código de Ética Médica, promulgado em 1988, proibindo o médico de revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização do paciente.

Vale ressaltar que o direitos e deveres postos nas leis em relação ao médico não se restringem a figura específica deste profissional. É importante observar a correta dimensão do termo empregado, visto que as restrições e garantias examinadas neste tópico servem para os psicólogos e psicanalistas, dentistas, enfermeiros, parteiras etc.

É óbvio que o dever de manter o segredo profissional não se aplica aos médicos que funcionem como peritos auxiliando a Justiça ou a Polícia nas investigações e elucidações de crimes. De igual sorte, na esfera privada, os médicos contratados para proceder exames que antecedem a contratação de empregado, a obtenção de aposentadoria, ou a autorização e sua renovação da licença para dirigir veículos, não estão adstritos a obrigatoriedade do sigilo, pois é inerente a modalidade de tarefa que exercitar fornecer detalhadas informações ao superior ou ao empregador acerca do resultado de tais exames.

Sobre a excepcionalidade da justa causa, que atua como fator incidental e liberatório da revelação acreditamos já termos tecido algumas considerações que se amoldam inteiramente ao presente tópico deste estudo (v. retro, no 5). Ressalve-se, entretanto, como o fez Mendes,²³ que o instituto da justa causa não deve servir para obrigar o médico a revelar fato sob a tutela do sigilo profissional. O profissional, especificamente o médico, não pode ser constrangido a pautar determinada conduta, sem que a lei o obrigue.

Outra circunstância importante que afasta o dever de sigilo e conseqüentemente torna lícita a revelação, senão a caracteriza como impositiva, consiste no dever legal. Alias, no capítulo que trata sobre os crimes contra a saúde pública, esta prevista a infração penal denominada omissão de notificação de doença, que se consumará quando o médico deixar de denunciar a autoridade publica doença cuja notificação é compulsória, ficando sujeito a aplicação da pena de detenção de seis meses a dois anos, e multa (art. 269, do CP). Mais um outro exemplo dessa modalidade de dever imposto ao médico encontra-se na recente lei que trata do planejamento familiar, que submeterá o médico a idêntica sanção, privativa de liberdade e pecuniária, se deixar de notificar a autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar (art. 16 da Lei 9.263, de 12.01.1996). Mas é bom ressaltar que o art. 22 da Lei das

(22) KFOURI NETO, Miguel. "A responsabilidade civil do médico", RT 654/57, 1990.

(23) MENDES, Antoni Carlos. "Segredo médico", Pareceres RDP 78/96, 1981.

Contravenções Penais descrimina a omissão de comunicação de delito de ação pública, de que se teve conhecimento no exercício da medicina, para não expor o cliente a procedimento criminal.

Quando se tratar de médico-perito, ele sequer poderá calar-se, devendo mesmo revelar toda a verdade em processo judicial, administrativo, ou no inquérito policial e até perante o juízo arbitral, sob pena de cometer o crime de falsa perícia, previsto no art. 342 do CP, que é punido com pena de reclusão de um a três anos, e multa, podendo ser agravada nas hipóteses de ser praticado o crime com o propósito de obter prova destinada a produzir efeito em processo penal, ou se cometido mediante suborno.

Nesses casos o que se verifica é justamente o oposto, ou seja, o médico não poderá valer-se do argumento do sigilo profissional. Ao contrário, ele tem o dever de prestar tais informações, como alias sucede na área trabalhista, quando será obrigatória a notificação das doenças profissionais e das produzidas por condições especiais de trabalho, comprovadas ou suspeitas (CLT, art. 169). Porém, impõe-se o dever de prestá-las aos órgãos habilitados a recebê-las, não podendo ser prestadas a terceiros, sob pena de aí sim incorrer na prática do crime de violação de sigilo profissional (v. retro, no 5).

Outra situação que o libera do dever de manter sigilo se dá quando o paciente autorize a revelação do fato. É claro que a autorização em si não obriga o médico a depor sobre o que souber ou tiver conhecimento acerca do seu cliente, descoberto em razão do exercício de sua profissão. Aqui também nos parece que a decisão sobre a revelação, ou não, se transfere para a consciência do médico, a quem caberá sobre ela posicionar-se.

Mas o que mais tem atormentado nossos tribunais no que se refere ao sigilo médico não é propriamente o seu depoimento testemunhal em juízo, mas sim os desentendimentos que derivam da recusa por parte de médicos e diretores de hospitais em atender as requisições feitas por juízes para que sejam apresentadas as fichas clínicas de pacientes e prontuários médicos.

Cabe indagar-se: tais informes estariam acobertados pelo apanágio sigiloso ? impõem-se ou não a obrigatoriedade de apresentação das fichas clínicas e prontuários médicos ao juiz ?

Constantes e acalorados são os debates que cercam esta questão, propiciando o surgimento de posições extremadas, como aquela sustentada por Moreira de Carvalho,²⁴ para quem inexistente justa causa para o Poder Judiciário requisitar informações e cópias de fichas clínicas, sendo a prestação por parte de médicos e hospitais perfeitamente legal, não configurando qualquer tipo de infração, pois a revelação não é leviana e sim técnica, clara e objetiva, para responder aos interesses da sociedade. O não atendimento da requisição importa no crime de desobediência".

Não concordamos com esse posicionamento. Preferimos acompanhar a colocação feita por Wolfgang Stein,²⁵ que, ao citar Eduardo Espínola Filho,

(24) CARVALHO, Jeferson Moreira de. "Sigilo Médico", RT 722/592, dezembro de 1995.

anotou que a justa causa para compelir ao desnudamento de segredo médico só pode ser um motivo legal, isto é, uma causa reconhecida pelo legislador como derogatória do direito de silêncio. Aliás, a inteligência dos dispositivos legais que envolvem o segredo profissional médico foi enfrentada com ímpar profundidade pela mais alta Corte do País, cujo julgado tornou-se famoso pela riqueza dos votos exarados por seus eminentes ministros, estando publicado na RT 562/407, donde se abstrai que "a pública potestade só forçará o desvendar de fato sigiloso se a tanto autorizada por específica norma de lei formal. Trata-se de atividade totalmente regrada, prefixados os motivos pelo legislador, a não comportar a avaliação discricionária da autoridade administrativa ou judiciária do que possa constituir justa causa para excepcionar o instituto jurídico da guarda do segredo profissional. Este tutela a liberdade individual e a relação de confiança que deve existir entre profissional e cliente, para a proteção de um bem jurídico respeitável, como o é o direito à salvação adequada da vida ou da saúde. No embate com o direito de punir, o Estado prefere aqueles outros valores".

Encontramos apoio para esta tese em venerando acórdão do TJSF, relatado pelo Des. Geraldo Gomes, publicado na RT 567/83, com a seguinte ementa: Embora a obrigatoriedade do sigilo profissional não se apresente em caráter absoluto, admitindo exceções, também esbarra em restrições o poder ou faculdade da autoridade em requisitar informes ou elementos para instruir processos criminais. Assim, não se cuidando de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou de moléstia de comunicação compulsória, em que fica o profissional desonerado do aludido sigilo, é de se ter por subsistente cuidando-se de tratamentos particulares, seja no tocante à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou a terapia aplicada. Por isso, neste mandado de segurança entendeu-se estar caracterizado o constrangimento ilegal, decorrente da intimação judicial feita ao médico e hospital para apresentar as fichas clínicas e prontuários da vítima de suicídio, sob pena de responsabilidade e desobediência. Entendeu-se, afinal, ser inadmissível a intimação por ofensa ao sigilo profissional, constatando-se, ademais, a ausência de justa causa para tal exigência.

Existem outros exemplos na jurisprudência confirmando o respeito que se devota ao sigilo médico. Conforme se verifica julgado prolatado pelo TASP, publicado na RT 643/304, a proceder o interrogatório judicial, o réu teria afirmado ser portador do vírus da Aids. Diante disso, o juiz requisitou informações ao hospital, sob pena de desobediência. Impetrando habeas corpus em favor da médica, seguiu-se a edição de acórdão relatado pelo juiz Walter Swensson, de cujo teor se destaca: "Existem restrições ao poder ou faculdade da autoridade judiciária de requisitar informações no que se refere a tratamento médico a que esta ou foi submetida determinada pessoa, seja no pertinente a espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou a terapia

(25) WOLFGANG STAIN, Joachim. "Prova, segredo médico, abortamento criminoso consentido", *Justitia* 114/235.

aplicada. O sigilo profissional a que esta sujeito o médico só pode ser dispensado para fornecimento de informes ou elementos para instrução de processos-crimes que visem a apuração de infrações criminais relacionadas com a prestação de socorro médico ou moléstia de comunicação compulsória. Assim, não caracteriza crime de desobediência a conduta do facultativo que deixa de atender a requisição judicial de informações sobre o estado de saúde de réu em processo-crime sob a violação de sigilo profissional uma vez que não necessária a providência a instrução de processo crime, podendo ademais, as informações respectivas, devidamente atualizadas, ser obtidas através de inspeção médica na própria comarca ou em hospital da rede penitenciária, sendo irrelevante o fato de ter o interessado anuído ao seu fornecimento se tal anuência não constava do ofício respectivo, lícito, portanto a médica supô-la inexistente”.

Bem por isso e em coerência com o que anotamos no item 3 deste trabalho, e considerando ademais que a proteção constitucional reservada ao sigilo garante a liberdade individual e a personalidade moral do indivíduo, com as ressalvas supramencionadas, entendemos que o médico ou hospital não estão obrigados a apresentar ao juízo as fichas clínicas e prontuários médicos constantes dos seus arquivos. Em caso de absoluta e superior necessidade de se conhecer os registros de tais documentos, aferível somente em casos excepcionais, poderá o juiz obter as informações mediante a realização de diligência de médico perito nomeado para esse fim, a quem não se impõe, como já foi dito, o dever de manter o segredo profissional.

13. O SIGILO DO JORNALISTA

E assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional (art. 5º, XIV, da CF).

Com sua arguta inteligência, João Bernardino Gonzaga,²⁶ tantas vezes lembrado, nos diz que o jornalista e, por natureza, um ser indiscreto, até porque jornalismo e segredo são institutos que não defendem a mesma bandeira.

O jornalista esta ou não submetido ao dever de segredo profissional? Eis aí outra questão que encontra acirrados e antagônicos enfoques.

Para livrar-se do aprisionamento do sigilo, o jornalista invoca a garantia constitucional da liberdade de informação e a utilidade pública da imprensa. Escudam-se, ademais, em outro cânone constitucional garantidor de que nenhuma lei conterà dispositivo que possa constituir embaraço a plena liberdade de informação jornalística em qualquer veículo de comunicação social” (art. 220 ~ 1º, da CF).

Tornamos a ressaltar, ainda uma vez, que o sistema das liberdades públicas ditado pela Constituição Federal (v. retro, n. 3) afasta o aparente absolutismo do direito à veiculação de informações. Assim, o jornalista, no exercício do seu mister deve respeitar os direitos fundamentais assegurados no capítulo VII da Lei Maior, que versam sobre a família, criança, adolescente e

(26) GONZAGA, João Bernardino. Op. cit., p. 127.

idoso. Não pode, por exemplo, esquecer que a liberdade da informação está limitada por outras liberdades, como sucede na proibição da divulgação, por qualquer meio de comunicação, do nome ou fotografia de criança ou adolescente envolvido em ato infracional, de forma a permitir sua identificação, direta ou indiretamente, configurando-se aí infração administrativa prevista no art. 247 da Lei 8.069, de 13.07.1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

De seu turno, a lei que regula a liberdade de manifestação do pensamento e de informações, assegura o sigilo dispondo que nenhum jornalista, radiorepórter ou comentarista, poderá ser compelido ou coagido a indicar o nome de seu informante ou a fonte de suas informações, não podendo seu silêncio, a respeito, sofrer qualquer sanção, direta ou indireta, nem qualquer espécie de penalidade (arts. 7º e 71 da Lei 5.250, de 09.02.1967).

Desobrigado de revelar as fontes de que se valeu para colher seu material informativo, isto é, onde e de quem colheu as informações, fica-lhe facilitada a obtenção de novas notícias junto à pessoas que sabem que suas identidades serão preservadas pelo sigilo profissional do jornalista. É nesse diapasão, gozando da confiança do informante, assume o jornalista o dever profissional de não identificá-lo para quem quer que seja.

Aqui também verificamos a subsunção do profissional a todo contexto ético que cerca sua atividade. Ele não apenas tem o direito de guardar sigilo sobre quem seja sua fonte, mas o dever de não revelá-la, sob pena de cometer o crime de violação de sigilo profissional.

Sempre útil a lição que Magalhães Noronha²⁷ nos deixou a respeito do debate. Para ele, "sem grande razão, se tem discutido acerca do jornalista, argumentando alguns que sua profissão é mesmo dar a publicidade fatos de que tem conhecimento. Não há dúvida de que ele goza, por esta razão, de maior amplitude, devendo a pessoa que lhe confia um segredo esperar a publicação. Todavia, a missão do jornalista é bem outra do que a de devassar a vida privada das pessoas, descobrir e expor a nu fatos, ocorrências e acontecimentos que nenhum valor tem, senão satisfazer a curiosidade mórbida de alguns, com prejuízo insanável para aquelas. O jornalista que deseja enaltecer sua nobre profissão não se pode conduzir desse modo. Por que estaria a salvo da sanção do art. 154 do CP o jornalista que, valendo-se de sua profissão, penetrasse a casa alheia e ali, surpreendendo um segredo, viesse depois a conta-lo ao público?"

Como visto, em nossa legislação o dever de sigilo profissional impõe limitações a persecução penal que tolhem do juiz a ampla verificação das provas, na medida em que o profissional esteja proibido de depor no processo penal ou possa escusar-se de fazê-lo no processo civil.

Isto não sucede na Itália. Assim como é possível partir-se ao meio a inviolabilidade sigilosa do advogado (v. retro, n. 11), o jornalista também

(27) NORONHA, E. Magalhães. Op. cit., p. 206.

poderá em ser forçado a desvendar o segredo e apontar a fonte informativa, sempre que as notícias se tornarem indispensáveis para os fins da prova do crime e se a sua veracidade somente puder ser verificada através da identificação da fonte da notícia, caso em que o juiz determina ao jornalista que a indique.²⁸

Em suma, no Brasil, advogados, médicos e jornalista tem o direito-dever do segredo profissional. Excetuadas as restritas hipóteses referidas neste contexto, esses profissionais não podem e não devem depor como testemunha ou fornecer dados que resultem na violação do sigilo, sob pena de incidirem em ilícito penal.

Todavia, se a violação do sigilo profissional tornar-se uma medida imperiosa no caso concreto, conforme situações excepcionálíssimas por nos já abordadas no item 10 retro, o juiz que dessa forma determinar a colheita da prova oral para o fim de atingir a adequada e justa aplicação da lei penal, ao tempo em que utiliza desse poder casuístico e de escopo definido se submete ao dever de restringir a publicidade ampla e genérica que marca os julgamentos dos órgãos do Poder Judiciário, encontrando dessa forma o equilíbrio e compatibilidade entre a relativa preservação da garantia da intimidade tutelada na Constituição (art. 5º, X) com a restrição de acesso a terceiros ao conhecimento do depoimento revelador do sigilo profissional. Permita-se, é claro, o livre acesso dos autos a defesa e a acusação, invocando-se, porém, como regra autorizadora da imposição do "segredo de justiça", ainda que na ausência de lei que o delimite, também a norma constitucional (art. 93, IX, in fine), pois o que tenha sido objeto da revelação interessa somente à justa prestação jurisdicional, almejada pelo Estado-Juiz e perseguida pelas partes e não à publicidade indevida e desnecessária.

14. CONCLUSÕES

1. A manutenção do sigilo profissional é um dever legal imposto pelo interesse social aos chamados confidentes necessários a fim de se preservar a intangibilidade do direito à intimidade, constitucionalmente garantido e inerente a toda pessoa. O direito ao segredo está inserido no rol de elementos personificados e acobertados pela garantia fundamental da inviolabilidade da intimidade (art. 5º, X, CF).

2. Como regra geral, o confidente necessário está proibido de prestar depoimento no processo penal e pode escusar-se de prestá-lo no processo civil. Todo depoimento testemunhal produto de violação do sigilo profissional é, em princípio, ilegal, e dessa forma considera-se prova ilícita.

3. Constituinte modalidade de prova ilícita, sua admissão, também como regra geral, deve ser absolutamente recusada pelo juiz e dela nenhuma influência no julgamento da causa será possível abstrair.

4. Em casos excepcionálíssimos, admitir-se-á como sendo válida a prova colhida mediante violação do sigilo profissional. A própria lei penal exclui

(28) BIONO, Carlos Eduardo de Athayde e VENTIVOGLIO, Antonio Tomás. "A reforma processual italiana, reflexos no Brasil", 1991, RT.

a ilicitude quando exista a justa causa. E sob o enfoque da ciência processual, doutrina e jurisprudência - repita-se, em casos excepcionais - aceitam a adoção do critério da proporcionalidade ou do princípio da razoabilidade para temperar a regra da inadmissibilidade das provas ilícitas, cuja norma constitucional não goza de caráter absoluto.

5. A eventual admissibilidade da prova ilícita pela via excepcional, não implica, necessariamente, a obrigatoriedade da prestação do depoimento. Advogado, médico e jornalista, ainda que liberados pelo próprio interessado da obrigação de guardar segredo, não podem ser, compulsória ou coativamente, obrigados a romper o segredo.

6. Nessa mesma linha de raciocínio, médico, advogado e jornalista não estão obrigados a apresentar ao juiz as fichas clínicas, prontuários médicos e outros documentos pessoais do paciente, cliente ou interessado, constantes dos seus arquivos e obtidos por força do exercício profissional.

7. Sempre que o juiz, em caráter excepcional, admitir a realização de prova com evidente quebra de sigilo, deverá, a nosso ver, restringir a publicidade ampla daquele ato, preservando, tanto quanto possível, a tutela do direito à intimidade.

Transcrição Autorizada
RT/Fasc. Pen. v.733 - 1996
Ano 85 p. 423-441

Palavras Chave - Confidência. Segredo médico. Segredo profissional. Sigilo médico.
Key Words - Confidence. Medical secrecy. Professional secret. Secrecy in practice medical.

**"É melhor tentar e falhar que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda, em vão, que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver ..."**

Martin Luther King

PLANTÃO ENCERRA-SE COM A PRESENÇA DO SUBSTITUTO

Parecer CREMESC

Em atenção ao ofício CREMESC nº 1218/97, onde fomos solicitados para apreciar e emitir parecer à consulta 380/97, encaminhada pelo presidente da Comissão de Ética da Meternidade Carmela Dutra, de Florianópolis, temos a relatar

Em 18 de março do corrente ano, médica encaminha ofício ao CREMESC solicitando esclarecimento no que se refere à eventual falta de plantonista, sem motivo de doença e faz os seguintes questionamentos:

1) Poderia seu antecessor ausentar-se sem a chegada do plantonista escalado ?

R.: Não. Os artigos 36 (É vedado ao médico afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave) e 37 do Código de Ética Médica (É vedado ao médico deixar de comparecer a plantão em horário pré-estabelecido ou abandoná-lo sem a presença do substituto, salvo por motivo de força maior) são muito claros nesta questão. Além disso, é comum que nos setores de Emergência dos Hospitais e Maternidades, sempre fiquem pacientes em algum tipo de observação. Nestes casos, a saída antecipada do plantonista (porque seu horário já terminou, mas seu sucessor ainda não se faz presente), configura-se negligência por abandono de paciente e aí poderá ser incluído nos ditames do artigo 29 do Código. O colega faltoso poderá estar infringindo aos artigos 19 e 35 do Código de Ética Médica. (Art. 19 - O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina. Art. 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria).

2) Em caso positivo, existe algum período de espera ?

R.: Não. O médico plantonista deverá permanecer no seu posto até que outro colega chegue para substituí-lo (idem artigos acima citados).

3) O Chefe de Serviço deverá ser localizado ?

R.: Sim. O chefe de Serviço deverá ser localizado, para que tome as providências necessárias. Saliente-se que se o mesmo não foi localizado, nem tampouco nenhum outro membro da Direção da Instituição (Diretor Clínico e Diretor Técnico) para solucionar o problema, o plantonista não poderá abandonar seu posto. Deverá permanecer ali e posteriormente discutir esta carga horária de plantão que teve em excesso. Convém aqui citar que, o Art. 11 da Resolução CFM nº 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal

responsável pelo funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos dos estabelecimentos, que a ele ficam subordinados hierarquicamente. Neste mesma linha, o Art. 1º da Resolução CFM nº 1342/91 determina que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal e civil.

4) Tem o mesmo o dever de substituí-lo ?

R.: Sim, o Chefe de Serviço sendo encontrado e não conseguindo outro substituto para o plantonista cujo turno está terminando, deverá encontrar uma solução de tal forma que os pacientes desta especialidade não fiquem desassistidos, até mesmo substituir o plantonista.

5) Caso alguém seja escalado ou se ofereça para substituir o médico faltoso, poderá o chefe escalá-lo para algum outro dia (de interesse daquele que o substituiu) ? Deve obedecer a seqüência lógica da escala ? Ex. final de ano, feriado, etc...

R.: Sim, neste caso o prejuízo correrá por conta do faltoso. Obedecerá ou não a seqüência da escala a critério da Chefia ou Diretor da Instituição.

É o parecer, s.m.j.

Ricardo Fantazzini Russi
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 03/07/97

Transcrito do Jornal do Cremesc nº 60/97

Palavras Chave - Plantão médico. Plantonista ausente. Substituto médico.
Key Words - Medical substitute. On call duties medical. Physician absenteeism.

O CONSENTIMENTO E OS TRANSPLANTES

Tereza Rodrigues Vieira *

Em matéria de transplantes, ainda paira grande polêmica na doutrina no que concerne à adoção do princípio da doação presumida e da doação consentida. Adverte o professor Luiz Henrique Pierangeli que o termo doador não é o mais indicado ao cuidarmos do transplante de órgãos retirados do cadáver, pois do doador exige-se a espontaneidade e a liberdade, o que se torna impossível quando o doador já é falecido, aliás, o mesmo se diz do termo disponente. Sob este foco de análise, a doação mais parece uma apreensão.

Os partidários do consentimento presumido consideram o cadáver como res communitatis, o qual é hoje valorizado em decorência do progresso das ciências biológicas. P. Remy lembra que antes era destinado a se decompor, liberando seus elementos físico-químicos, e estes eram reintroduzidos no ciclo geral da vida cósmica de uma forma lenta (inumação) ou brutal (incineração). Atualmente, estes órgãos podem ser reintroduzidos no ciclo da vida humana. Assim, a ética em relação ao cadáver varia de acordo com a Cosmologia, a Antropologia e a fé que temos. Em geral, na Europa, prefere-se o sistema de consentimento presumido.

A tendência na Itália, segundo Elio Sgreccia, é a de favorecer a idéia do consentimento presumido quando existe um motivo de urgência, justificando a agilização toda vez que o requeira o bem da sociedade. Sugere Sgreccia que a recusa deva ser explicitada por escrito ou por declaração substitutiva dos parentes, que atestem a recusa do doador enquanto vivo.

Essa sugestão foi acatada pelo art. 2º do projeto de lei de 1985. No entanto prevaleceu na proposta de lei aprovada pelo Senado, no dia 19 de outubro de 1988, o critério da manifestação explícita à retirada, a qual deveria ser efetuada por qualquer indivíduo maior de idade e registrado apropriadamente num documento de saúde.

Na Bélgica, todo indivíduo que não houver providenciado sua oposição junto à administração é presumido doador em potencial. Opor-se, então, é reagir negativamente a esta presunção.

Na França, a Lei Vaillavet, de 22 de dezembro de 1976, autoriza a retirada de um órgão na ausência de consentimento.

A doação presumida é adotada em diversos outros países europeus, v.g., Áustria, Chipre, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Irlanda, Luxemburgo,, Noruega, Portugal, Suécia, Suíça, Reino Unido, etc., permitindo a rápida expansão do número de cirurgias de transplante por existir maior oferta de órgãos.

Países latinos como Argentina, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Chile, Equador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Venezuela adotam o princípio da doação consentida.

Algumas restrições são estabelecidas na Bolívia e Peru. Excetua a lei boliviana os casos de embalsamamento ou incineração, quando "se puede usar automaticamente". No Peru, "si el fallecimiento se produce en un centro asistencial los órganos pueden ser extraídos sin consentimiento, a menos que el donante haya dejado constancia de su objeción en el registro".

* Mestra e Doutora em Direito Civil pela Puc-SP; doutoranda em Direito Privado pela Universidade de Paris e pesquisadora do CNPq junto à USP.

No Brasil, embora a matéria ainda gere polêmica não pacificada, em 4 de fevereiro de 1997, foi sancionada a Lei 9.434, a qual presume a intenção de doar toda vez em que não constar da carteira de identidade ou motorista a objeção à doação.

Os que defendem a doação presumida no Brasil fundamentam seus argumentos na dificuldade em se conseguir órgãos de acordo com a legislação anterior que consagrava a doação consentida (art. 3º da Lei 8.489), quando o número de doadores em vida é pequeno, compelindo a abordagem dos parentes ou responsáveis em um momento psicologicamente difícil.

Consoante autorizada lição de Antonio Chaves, "o progresso da ciência não pode esbarrar com o respeito tradicional aos mortos, a tal ponto que a salvação de um ser seja impedida com esse fundamento, quando as autópsias vêm sendo realizadas há muito tempo sem que a consideremos qualquer desrespeito ao morto, nada impedindo, igualmente, a retirada de sangue das vítimas para exames médico-legais". (Direito à Vida e ao Próprio Corpo, 2ª ed., São Paulo, RT, 1994, pág. 324).

Concluindo, em acréscimo ao que foi dito, o respeito ao corpo humano não é o mais concebido de forma absoluta, como anteriormente. As vezes, a sagração do corpo humano deve ceder lugar à liberdade de dispor de si mesmo para um melhor desenvolvimento da personalidade.

Cabe, no entanto, ao governo, acabar com a burocracia para o registro da informação "não-doador" e, paulatinamente, baixar o índice de analfabetos no País, que, por desinformação, nos moldes da atual lei, aplicaria o consentimento à doação após a morte.

Compreendemos o receio dos inúmeros defensores da doação consentida, os quais vêm na lei recém-promulgada uma prerrogativa estatal, privando as pessoas de impedir "mutilações" em parentes.

Sucedo que, com todo o respeito ao entendimento destes eruditos doutrinadores, o tratamento que a legislação anterior vinha dando à matéria dificultava muitíssimo a sua realização. Ademais, os profissionais responsáveis pelos transplantantes atuam com a ética de sempre, recompondo o cadáver, devolvendo o aspecto condigno, conforme prevê o art. 19 da nova lei. Aqueles que não obedecerem as condições impostas nos caps. II, III e IV, da Lei 9.434, incorrerão nas sanções penais e administrativas estabelecidas no cap. V.

Há de se ter em mente as vantagens advindas para o receptor, visando a atenuar os inconvenientes sofridos, prolongando sua vida. Tais indivíduos aplaudiram essa ousada reforma legislativa e, esperançosos, continuam aguardando que nossas instituições hospitalares (art. 2º) se modernizem para o cumprimento efetivo da lei, ampliando sua qualidade de vida.

Não podemos figurar nossa situação e a de nossos familiares apenas como doadores, mas também como eventuais receptores. O bom senso que deve presidir todas as ações não deve desconsiderar que a saúde de um indivíduo desesperançoso e que aguarda um transplante é muito mais importante que a manutenção de um cadáver intacto.

Transcrição Autorizada

Tribuna do Direito - Março/98

Palavras Chave - Consentimento de transplante. Consentimento presumido. Doação Presumida
Key Words - Informed consent in transplant. Presumed consent. Presumed donation.

COMENTÁRIOS À NOVA LEI DOS TRANSPLANTES

Genival Veloso de França *

Mais recentemente, o Poder Executivo sancionou a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que regulamenta a realização de transplantes no território nacional, dando ênfase principalmente a chamada "doação presumida", quando da disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post-mortem, não compreendendo para os efeitos do presente texto, a doação de sangue, esperma e óvulo.

Foi vetado o artigo 7º que determinava a remoção de tecidos, órgãos e partes do cadáver sujeito à necrópsia por força de lei, apenas com a autorização do médico legista e citado no relatório pericial. O veto foi justificado em vista de estar presente no Código Penal tal disposição, podendo, inclusive, trazer interpretações equivocadas a nova Lei.

Receberam vetos ainda os parágrafos 1º e 2º do artigo 90, que permitia a doação de órgãos em vida entre cônjuges, pais, filhos e irmãos e que, fora desses casos, qualquer doação só poderia ser possível mediante autorização judicial, ouvido o critério do juiz, o Ministério Público. A inclusão desses parágrafos no texto aprovado no Senado tinha o sentido de evitar o comércio de órgãos entre pessoas não aparentadas. Justificou-se o veto pelo fato de a comercialização dessas estruturas estar proibida em outros dispositivos na própria lei dos transplantes.

Vetado também foi o artigo 12 que criava e normatizava o funcionamento de centrais de captação de órgãos, por emender-se que cabia ao Poder Executivo e não ao Congresso a iniciativa de propor leis que disponham sobre a criação dessas centrais, o que será, em prazo fixado, regulamentado pelo Ministério da Saúde.

Um fato importante tratado no artigo 3º da presente lei é o que admite a utilização de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano, após o diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não pertencentes a equipe de remoção e transplante, mediante critérios definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina, sendo permitida a presença de médico da confiança da família do morto no ato da comprovação da morte. Os transplantes acima referidos somente podem ser realizados por equipes médico-cirúrgicas autorizadas pelo Sistema Único de Saúde.

Todavia, o ponto mais discutido e controverso no presente diploma é o que estatui o artigo 3º, quando estabelece que todas as pessoas são doadoras automáticas, desde que não tenham se manifestado em contrário na carteira de identidade ou de motorista, onde fique gravada a expressão "não doador de órgãos e tecidos", embora tal manifestação possa ser reformulada a qualquer tempo. No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes quanto a condição de doador ou não, prevalecerá

* Professor Titular de Medicina Legal da UFPB. Conselheiro do CRM-PB. Ex-Conselheiro do CFM.

aquele cuja emissão for mais recente. Nos casos de menores ou incapazes, a remoção poderá ser feita desde que permitam expressamente os pais ou os responsáveis legais. E por fim, ficam proibidas a remoção de órgãos ou tecidos de pessoas não identificadas.

Todo transplante será realizado com o consentimento expresso do receptor. Quando ele for juridicamente incapaz ou quando sua condição de saúde não permitir uma manifestação válida de sua vontade, o consentimento será dado pelos pais ou responsáveis legais.

Fica proibida qualquer veiculação nos diversos meios de comunicação social a publicidade de estabelecimentos de saúde autorizados a realizar transplantes, como também a veiculação de apelos públicos solicitando doação de órgãos ou tecidos, ou apelos de arrecadação de fundos para o financiamento do transplante.

Torna-se obrigatório também as instituições de saúde notificarem a central de captação de órgãos o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por elas atendidos ou internados.

Na presente Lei, como outra novidade, aparecem sanções penais e administrativas a quem remover tecidos, órgãos ou partes do corpo da pessoa ou do cadáver, em desacordo com seus dispositivos, agravando a pena se o crime for cometido mediante pagamento ou promessa de recompensa ou se a retirada resultar lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, ou se resultar a morte. Os estabelecimentos de saúde e as equipes médico-cirúrgicas envolvidas em tais ilícitos poderão ser descredenciadas temporariamente pelas autoridades competentes. Se a instituição for privada poderá ainda ser punida em 200 a 300 dias-multa e, na reincidência, poderá ter suas atividades suspensas definitiva ou temporariamente, sem qualquer indenização ou compensação pelos órgãos gestores ou financiadores do sistema de saúde.

O presente diploma obriga as instituições de saúde que promovem a cirurgia de transplantação de órgãos e tecidos manterem em seus arquivos os relatórios circunstanciados referentes as operações realizadas, sob pena de sofrerem punição equivalente ao valor de 100 a 200 dias-multa. A mesma pena se não enviarem os relatórios anuais dos pacientes receptores. Apenas não determina o tempo que os prontuários devem ser mantidos nos arquivos dos hospitais. Por fim, ficam revogadas as disposições não apenas da Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, mas também do Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993.

CRÍTICA

O que mais se estranha na discutida Lei é o fato da "doação presumida", cuja expressão em si já é controversa e absurda. Não pode existir doação compulsória nem presumida, como eufemisticamente vem sendo rotulada. A doação há de ser sempre manifesta e espontânea, traduzindo um gesto de solidariedade e altruísmo. A presunção deveria ser em sentido contrário, ou seja, o corpo só poderia ser usado após a morte se houvesse uma manifestação expressa de doação.

Se a justificativa para tal disposição for a de permitir a pretensa incrementação no número de transplantes entre nós, acreditamos, existir um grave

engano, pois na verdade se não há mais transplantados, isso se deve a inexistência de condições de atendimento a esse tipo de pacientes, vítima como outros do aviltamento do setor assistencial médico-hospitalar, que peca desde a falta de leitos até o desestímulo dos profissionais do setor público, ante seus vergonhosos salários.

O aumento de transplantes verificado noutros países, mesmo naqueles onde se adotou a chamada "doação presumida", deve-se muito mais a organização das estruturas que promovem a transplantação e as notificações mais precoces da ocorrência de morte encefálica, sem deixar de considerar que o esclarecimento e a conscientização da comunidade é muito importante em tais propostas. Acreditamos que será muito prejudicial aos programas de transplantes a retirada de órgãos de uma pessoa que não se manifestou como "não doadora", principalmente quando em confronto com a vontade dos familiares que, em muitas ocasiões, não aceitam ainda a suspensão dos meios artificiais de vida num quadro de coma "depassé". É muito justo que os familiares do doador decidam se os órgãos devem ou não ser retirados para os transplantes. Também é negativo para esse modelo de programa o indivíduo ser constringido a declarar em documento público que não quer doar seus órgãos.

Além do mais, entendemos que a atual lei dos transplantes é inconstitucional, uma vez que ela viola o princípio consagrado da liberdade individual, expressamente exaltado na Constituição Federal. Some-se a isso a gravidade da apropriação indevida do corpo humano. Essa é, sem dúvida, uma lei arbitrária. Outra coisa: a forma como se processa a doação no presente estatuto, transforma o corpo humano em simples objeto. Ninguém pode esquecer que esse corpo, mesmo inanimado, é integrante da personalidade de um indivíduo.

Situação séria também é a falta de estruturação para a captação de órgãos, omissa no discutido texto, pois como já se falou não existe insuficiência de doadores, mas de meios para a transplantação. Basta ver o que se perde por inadequação na manutenção do doador. É muito importante que após o diagnóstico de morte encefálica, existam condições nas Unidades de Terapia Intensiva para acompanhamento dos possíveis doadores. E essas unidades, infelizmente, ainda são precárias até mesmo para os pacientes salváveis.

Corre-se o risco também de desestimular as campanhas de doação de órgãos, em virtude da existência de uma norma que pode dar a entender como solução do problema.

A não informação sobre pacientes descerebrados nas unidades hospitalares é outra questão muito delicada num programa dessa ordem. Os médicos, na sua maioria não sabem a quem e como informar a existência de um doador potencial, por fim, é necessário enfatizar que o problema dos transplantes não será resolvido apenas com a edição de uma lei. Nem muito menos a questão da doação de órgãos. É preciso implementar uma política de redefinição e reestruturação mais profunda no setor de saúde, bastando para tanto, entre outros, pensar no que representa em termos de custos um transplante de coração, de fígado ou mesmo de rim.

Palavras Chave - Consentimento de transplante. Consentimento presumido. Doação Presumida
Key Words - Informed consent in transplant. Presumed consent. Presumed Donation.

TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA PRECISAM DE ATUALIZAÇÃO

Parecer CFM

EMENTA

A Resolução nº 1358/92, que adota as normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida, proíbe o descarte ou destruição de pré-embriões criopreservados. Porém, necessário se faz que o CFM promova estudos com o objetivo de aprofundar estudos sobre a necessidade de atualização das referidas normas sobre esta e outros questionamentos a respeito.

CONSULTA

A presente consulta, originária do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, foi motivada pela Unidade de Reprodução Humana - HIAE do Hospital Israelita Albert Einstein, que solicitou manifestação daquele Regional sobre o descongelamento de embriões e sua conseqüente inutilização. Eis a íntegra da consulta:

"A UNIDADE DE REPRODUÇÃO HUMANA - HIAE, iniciou seus trabalhos em setembro de 1990, desde o início realizando a criopreservação de embriões. A relação entre o casal e a URH estava estabelecida no contrato anexo, onde previa-se o descongelamento dos embriões, e a sua conseqüente inutilização quando o casal se manifestasse. Entretanto, após a resolução nº 1358/92 do Conselho Federal de Medicina - CFM, ficou proibido a inutilização destes embriões. No momento vários casais manifestaram seu desinteresse pela preservação dos embriões congelados. Desta maneira solicitamos a este Conselho que se manifeste sobre o que fazer com estes embriões? - No momento da assinatura do contrato a opção pela destruição do embrião era viável, pois não existiam recomendações contrárias. No aguardo de seu breve pronunciamento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,
Dr. Sidney Glina
Coordenador Equipe URH

Em anexo a consulta vinham vários termos de autorização de descongelamento e descarte de embriões de casais que participaram de procedimentos de fertilização assistida (FIV, PROST, ZIFT e GIFT) na referida Unidade de Reprodução Humana, tem como cópia de informe consentindo para congelamento e preservação de pré-zigotos, onde se esclarecia a técnica de fertilização "in vitro" e o conseqüente congelamento dos pré-zigotos que excedam o número de quatro, que serão transferidos "a fresco".

O informe explica, ainda, que a criopreservação procura beneficiar os participantes dos programas de fertilização assistida reduzindo os riscos de gestações

múltiplas e suas complicações obstétricas, ao mesmo tempo que cria a oportunidade de novas transferências para a obtenção de gravidez com a transferência de embriões desenvolvidos a partir de pré-zigotos criopreservados.

Tece comentários detalhados sobre a criopreservação e informa que os pré-zigotos serão guardados enquanto participarem do programa de FIV. Frisa, porém, que em qualquer case os mesmos serão descongelados e descartados após decorridos três anos. Por fim, informa que o HIAE cobrará uma taxa trimestral de manutenção dos pré-zigotos criopreservados.

PARECER

Através da Resolução CFM nº 1358/92, de 11 de novembro de 1992, o Conselho Federal de Medicina normatizou as técnicas de Reprodução Assistida, preenchendo um vazio na legislação haja vista que a medicina brasileira já dominava a técnica há alguns anos através de Centros de Reprodução Assistida instalados em vários estados do país. Para tanto, o Conselho Federal de Medicina convidou a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, a Sociedade Brasileira de Genética Clínica e a Sociedade Brasileira de Pediatria, além de especialistas renomados nacionalmente sobre o assunto, para conjuntamente proceder a revisão bibliográfica nacional e internacional e oferecer ao plenário do CFM, para discussão e aprovação, um conjunto de normas que disciplinasse o uso da técnica no país, dentro de padrões internacionais. A comissão lastreou o seu trabalho com a preocupação do rigor técnico e ético, procurando adequar-se as normas legais existentes, sem no entanto impor barreiras ao seu desenvolvimento, buscando o melhor da experiência internacional no desenvolvimento das várias técnicas de Reprodução Assistida.

Visando sempre o bem-estar do homem e a sua satisfação biopsicossocial, e com a convicção de que os avanços da ciência e da medicina devem estar sempre voltados para esse objetivo, o CFM regulamentou um procedimento médico que envolve aspectos da natureza científica, ética, legal e filosófica, tocando em um assunto até então privativo do Criador. Portanto, esse conjunto de normas, fruto de amadurecido debate e profunda reflexão, visou permitir o desenvolvimento médico-científico sem infringir as normas legais ou violentar os códigos sociais. Dentro desse espírito, o capítulo V criopreservação de gametas ou pré-embriões das normas adotadas pela Resolução CFM nº 1358/92 expressa:

"2 - O numero total de pré-embriões produzidos em laboratórios será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos pré-embriões serão transferidos "a fresco", devendo o excedente ser criopreservado, não podendo ser descartado ou destruído".

Desta forma, os Centros de Reprodução Assistida no país estão

subordinados a Resolução CFM nº 1358/92, que permite a criopreservação de pré-embriões, porém impede o seu descarte ou destruição. Mesmo reconhecendo os custos financeiros que a sua conservação por tempo indeterminado exige, não há no momento outra alternativa a não ser o seu cumprimento.

Os princípios éticos que norteiam a medicina devem estar sempre acima de qualquer interesse que não seja o bem-estar do homem e o desenvolvimento científico contido em limites rígidos estabelecidos pela sociedade, que é sua única beneficiária. Do contrário, a ditadura da ciência e o autoritarismo do conhecimento conduziria os destinos da humanidade sem conhecer as fronteiras, tornando-se senhora e senhor absolutos da verdade. O "clic" que permitirá o avanço dos limites que a ciência e a medicina podem ultrapassar terá que ser sempre determinado pelas transformações do pensamento social, e após a certeza do seu significado para o bem do homem e da humanidade.

A Resolução CFM nº 1358/92 tem apenas quatro anos de existência e constituiu-se em importante instrumento para o desenvolvimento da técnica em nosso país, colocando-o em situação de igualdade com os países que possuem as legislações mais modernas sobre o assunto. Como exemplo, só recentemente a Inglaterra pioneira da fertilização "in vitro" de gametas humanos, permitiu o descongelamento e descarte de pré-embriões criopreservados.

No entanto, necessário se faz realizar algumas considerações sobre a técnica de Reprodução Assistida através da fertilização "in vitro" com transferência de embriões, permitida e regulamentada por este CFM, particularmente no que diz respeito aos pré-embriões criopreservados. Após estimulação química da ovulação são colhidos um número indeterminado de óvulos que, em contato com os espermatozoides, são fertilizados e desenvolvem-se "in vitro" até alcançar o estágio de 8 células, momento em que são selecionados os pré-embriões a serem transferidos para a cavidade uterina. Os restantes são, então, criopreservados.

A Resolução CFM nº 1358/92 limitou a transferência de quatro pré-embriões visando impedir que os Centros de Reprodução Assistida, na busca de melhores resultados, transferissem um número maior de pré-embriões, aumentando os riscos já existentes de gravidez múltipla, com sérios agravos para os fetos e a mãe. Da mesma forma, permitiu a criopreservação possibilitando, em caso de insucesso ou desejo de nova gravidez, novas tentativas de transferência sem necessidade de novos procedimentos de indução ovulatória, coleta de óvulos e nova fertilização "in vitro."

Caso não fosse permitida a criopreservação e como não se pode determinar laboratorialmente o número exato de óvulos a serem fecundados e levando-se em conta que a Resolução nº 1358/92 limita a transferência de quatro pré-embriões, os excedentes seriam necessariamente descartados. Sabemos que após a transferência dos pré-embriões a probabilidade de gravidez situa-se, em média, em torno de 20%, variável em função da idade da receptora, o que significa a "rejeição" natural dos pré-embriões transferidos. Por outro lado, nos resultados positivos desenvolvem-se, em média, dois embriões, com o descarte natural dos restantes. Também é fato sabido que após o processo de descongelamento um número variável de pré-embriões não continuam o seu

desenvolvimento, permitindo a sua transferência, o que significa o descarte de pré-embriões independente de vontade. Ressalte-se, ainda, que durante a fecundação natural através do ato sexual muitos pré-embriões não conseguem o seu desenvolvimento no leite materno, sendo descartados por determinação da mãe natureza.

A técnica de fertilização "in vitro", portanto, independente da nossa vontade determina o descarte de pré-embriões. E como não poderia ser diferente, a técnica imita e ajuda a natureza para que o homem consiga realizar o seu desejo e cumprir o determinismo biológico da reprodução.

Finalmente, entendo que um pré-embrião em estágio de oito células sem desenvolvimento da placa neural não pode ser considerado um ser humano. É uma expectativa potencial de vida. Assim como também são expectativas de vida os gametas masculinos e femininos, isoladamente. São partes que se completam para permitir através de sua fusão, a mágica maior da vida: o ser humano.

Com todo o cuidado que o assunto exige, temos a considerar que em algum momento este Conselho Federal terá que pronunciar-se a respeito da "guarda" por tempo indeterminado dos pré-embriões criopreservados. O acesso cada vez maior da população aos procedimentos de Reprodução Assistida irá exigir em momento muito próximo, uma tomada de posição a esse respeito sob pena de colocar em risco, por questões puramente econômicas, os benefícios que este avanço da medicina colocou a disposição do ser humano, restringindo cada vez mais o seu acesso apenas as camadas da população melhor colocadas na escala social.

Portanto, como este e outros questionamentos a respeito das técnicas de Reprodução Assistida tem chegado a este Conselho e por entender que é através da regulamentação que se evitam os desvios e a prática do fato consumado, muitas vezes ferindo princípios éticos e a margem dos dispositivos legais, sugiro a reativação da comissão que elaborou as normas adotadas pela Resolução CFM nº 1 358/92, com o objetivo de aprofundar estudos sobre a necessidade de atualização das referidas normas.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 30 de agosto de 1996.

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Cons. Relator

Parecer Aprovado

Sessão Plenário de 11/09/96.

Palavras Chave - Reprodução humana assistida. Destruição de embriões. Criopreservação.
Key Words - Assisted human reproduction. Embryo elimination. Embryo Cryopreservation.

SOBRE O ATO MÉDICO

Edson de Oliveira Andrade *

Durante os vários anos de atividade por mim desenvolvidas nos Conselhos de Medicina, inicialmente no Conselho Regional de Medicina do Amazonas e, atualmente, como Conselheiro Federal, sempre me chamou a atenção a imensa dificuldade de conceituação do ato médico. A gênese dessa preocupação foi o fato de que todas as conceituações propostas terminavam invariavelmente com os dizeres "...realizado por médico".

Essa expressão sempre me pareceu uma demonstração de incapacidade em definir o nosso próprio fazer, já que nos parecia extremamente óbvia uma conceituação que ancorasse o conceito do ato médico no próprio profissional. O purismo perseguido sempre nos fez considerar que estes tipos de conceitos eram por demais personalistas e corporativistas, já que enfeixavam no fazer médico um poder quase que imensurável.

Com o passar do tempo, e convivendo mais de perto com os problemas nacionais da categoria, vêm-me à mente, agora, que talvez estívéssemos errados ao sermos tão rigorosos com os que ligavam o conceito de ato médico à sua necessária execução por um médico.

Hoje, existem inúmeras áreas de conflito, que eufemisticamente chamamos de interfaces, entre a medicina e outras profissões. É do conhecimento dos médicos que os citopatologistas encontram-se em litígio com os farmacêuticos-bioquímicos e com os bio-médicos; que os técnicos de radiologia querem ter o direito de emitir laudos radiológicos; que os pneumologistas estão às voltas com os fisioterapeutas que se acham capazes de realizar e avaliar uma espirometria; além, é claro, da eterna luta entre fisiatras e fisioterapeutas. Aparentemente, trata-se apenas de uma luta de mercado, com profissões mais novas buscando um lugar ao sol. Isso, entretanto, é apenas uma verdade parcial, como tentaremos demonstrar a seguir.

Com o avanço tecnológico cada vez mais marcante na área médica, o médico foi rapidamente seduzido pelo poder e ganho que estas máquinas maravilhosas (e às vezes necessárias) proporcionam. Reproduzindo no seu dia-a-dia o abandono já crescente do paciente, o médico transfere para terceiros a incumbência de realizar os exames. Assim, dificilmente se encontra um radiologista fazendo um exame radiológico convencional e, mesmo, pasmem, até as ressonâncias magnéticas já são realizadas por técnicos. Como desvincular o ato médico do fazer ?

Ainda no exemplo dos aparelhos, temos os pneumologistas preocupados com os fisioterapeutas que, por sua vez, querem o direito de realizar e interpretar os exames espirométricos. Louvável intenção, se estes mesmos colegas não estivessem estimulando o desvinculamento do ato médico ao quererem instituir

* Médico Pneumologista. Conselheiro CFM.

a figura do técnico de espirometria. Como a legitimidade na luta quando, por livre e espontânea vontade, deixamos de lutar ?

Mesmo quando deixamos de lado a sofisticação tecnológica, podemos ter exemplos de médico abrindo mão da guarda da herança hipocrática. Os citopatologistas, ao concordarem em examinar apenas um percentual das lâminas vistas e diagnosticadas pelo citotécnico, imobilizam-se na luta pela defesa de sua exclusividade profissional. Cabe lembrar o exemplo dos patologistas clínicos, cujo especialidade médica encontra-se em franco declínio frente à ocupação definitiva, pelos bioquímicos, do campo de atuação.

Todos estes exemplos, e muitos outros que facilmente afloram à lembrança dos leitores, servem apenas para sustentar a minha formulação de (re)pensar o ato médico. É claro que um determinado procedimento, apenas por ter sido executado por um médico, não se transforma em uma ato médico, pois a ele deve estar agregado o sentido profissional. Por outro lado, todo e qualquer ato profissional médico só pode ser assim caracterizado se realizado pelo médico. Se concordamos com a assustadora tendência de se delegar cada vez mais as nossa atribuições a terceiros, brevemente só restará como ato médico a assinatura do recibo de prestação de serviços profissionais. Nesse momento, infelizmente, não mais existirá a medicina como a herdamos dos que nos precederam e a humanidade aprendeu a respeitar.

Transcrito do Jornal do CFM nº 82/97

Palavras Chave - Ato médico. Conceito de ato médico.

Key Words - Medical act. Medical act concept.

Suplemento I

No mês de Dezembro de 1997 foi editado o único Suplemento (I) dos "Arquivos", contendo um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores. Índices remissivos parciais foram editados nos "Arquivos" números 30 e 36.

EVASÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Parecer CFM

Ementa

Evasão de pacientes internados em estabelecimentos de saúde mental. Responsabilidade de instituição e do médico assistente. Limitações e abusos do poder médico. Obrigações da instituição em casos de fuga do paciente. Tais responsabilidades serão avaliados levando em consideração o estado clínico do paciente, as condições oferecidas pelo estabelecimento para o seu tratamento e as circunstâncias em que ocorreu a fuga.

Discussão

O consultante dirige-se a este egrégio Conselho Federal de Medicina no intuito de receber orientação sobre conduta de médicos psiquiatras, em caso de fuga do paciente das instituições onde exercem a sua atividade profissional

A solicitação que nos é feita busca uma resposta para o amparo ético e jurídico do médico que, como assistente, vê-se às voltas com o abandono do tratamento pelo paciente, sob a forma de fuga da instituição hospitalar na qual estava internado e com esquema terapêutico instituído.

No documento enviado a este Conselho, a Clínica de Repouso do Planalto, por seu advogado, refere-se a uma situação para a qual devemos voltar especial atenção pelo que representa de risco para os médicos psiquiatras e para a medicina dedicada ao portador de transtorno mental: a transformação de instituições destinadas à assistência médica psiquiátrica em estabelecimentos de custódia e de zeladoria; pelo menos as cobranças de responsabilidade são nesse sentido, confundindo as tarefas de abrigar e tratar com as de encarcerar e de contribuir para a infinitude do isolamento social do paciente.

É indispensável que se faça entender à sociedade e a seus organismos a distinção entre a internação e a carceragem, entre um isolamento parcial, temporário e necessário para se estabelecer uma terapêutica médica e científica e uma prisão referente a uma pena imposta por conta de delito contra a ordem social; temos que convencer a todos que o médico psiquiatra não pode ser confundido com carcereiro, pois enquanto este se encarrega de uma função de guarda a um apenado, aquele tem a função, e a vem exercendo dignamente, de assistir a um portador de transtorno mental no seu sofrimento, utilizando-se de conhecimentos científicos agregados a uma formação humanística que deve possuir. Além de imposta, é agressiva à profissão médica e ao psiquiatra em particular a cobrança de uma responsabilidade que não lhe cabe.

Ao médico é vedado discriminar o ser humano (art. 47 do CEM). Sendo o psiquiatra um médico, é de se esperar um retorno da sociedade, o profissional em questão não pode ser discriminado (art. 20 CEM) pois, na realidade, apenas ao psiquiatra é cobrado a guarda do paciente, tal exigência não se estende à outros

profissionais médicos. O médico está proibido, pelo seu código de ética, de limitar o direito de seu paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar; não será o portador de transtorno mental um paciente? Da mesma forma, o médico não pode participar nem ser conivente com práticas de procedimentos degradantes ou cruéis, desumanos; aceitar ou determinar recolhimento forçado de uma paciente não seria isso?

O Conselho Federal de Medicina posiciona-se firmemente na questão da assistência ao portador de transtorno mental, ao determinar através da Resolução nº 1407/94 que os médicos brasileiros estão obrigados a cumprir os "Princípios para proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental", da Assembléia Geral das Nações Unidas (1991), onde pontuamos por achar oportuno: "Estabelecimento de saúde mental significa qualquer estabelecimento ou qualquer unidade de um estabelecimento de saúde que, como função principal, oferece assistência à saúde mental".

- "Todas as pessoas acometidas de transtorno mental ou que estejam sendo tratadas como tal, têm o direito à proteção contra abusos físicos ou de outra natureza e tratamento degradante".

- "Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, sociais ..."

Ainda reza o Código de Ética Médica (art. 53) que o médico não pode desprezar o interesse do paciente quando o mesmo esteja recolhido contra a sua vontade em instituição.

Será que o cidadão, involuntariamente internado, não tem o interesse em sair do hospital?

E como o médico deverá contrariar tal vontade sob suposta necessidade médica? Seria impossível provar isso em qualquer demanda. Quando pacientes abandonam a casa onde moram, a quem responsabilizar? Certamente não é comum a cobrança aos seus familiares, que mesmo com o envolvimento de interesses outros além do afetivo com o paciente não o detém, valendo-se quase sempre para isso da polícia e até de terceiros para contê-lo e conduzi-lo à força, exatamente para um hospital. Podendo inferir-se que muito mais para livrar-se do seu parente que perturba a rotina caseira e familiar, do que visando a um tratamento médico.

É preciso lembrar que a internação involuntária não é provocada no hospital e nem por médico, mas sim pelos personagens que posteriormente se transformam em acusadores de médicos e hospitais, exigindo e cobrando responsabilidades que não competem nem a uns e nem a outros.

A regra é o esquecimento de médicos, hospitais e de pacientes, só cobrados quando familiares e autoridades são incomodados pelo retorno intempestivo ou até alta de pacientes que não lhes convenham.

Os reclamos são compreensíveis mas as acusações são injustificáveis, pois que o compromisso do médico com a sociedade é cumprido com a boa assistência ao paciente dentro das suas próprias limitações e das que a própria sociedade lhe impõe; no caso específico do paciente internado, cabe ao médico assisti-lo durante o período

em que esteja no hospital. Cessando o seu comprimento com a saída daquele por alta, óbito ou abandono do tratamento (fuga). É aconselhável que haja entendimento entre o médico que interna e o responsável ou acompanhante do paciente, visando estabelecer as regras e as responsabilidades da internação e da permanência do paciente na instituição.

A psiquiatria é uma área da medicina, portanto os psiquiatras têm que ser compreendidos como médicos. Não podemos aceitar a discriminação de que tem sido alvo por extensão da que seus pacientes sempre sofreram; temos que combater sistematicamente a discriminação e o preconceito de que médicos psiquiatras e pessoas portadores de transtorno mental são vítimas, sendo assim excluídos da medicina e da sociedade como profissionais uns e como cidadãos os outros. Por outro lado, será temerário não exigir que as instituições hospitalares mantenham acomodações adequadas, estrutura e dispositivos para a permanência de seus pacientes em suas instalações enquanto durar o período de internação necessário para a sua recuperação.

Não temos conhecimento de acusações ou quaisquer demandas contra hospitais ou contra médicos, em outras áreas da medicina, quando alguém não aceita a internação ou dela se retira por não aceitar ou não concordar com o tratamento instituído ou com o período de internação proposto. No entanto, a internação em psiquiatria reveste-se de características específicas, o que deve ser levado em conta quando da avaliação de responsabilidades.

Entendemos, por fim, que as responsabilidades da instituição e do médico assistente deverão ser avaliadas de acordo com as circunstâncias em que ocorreu a evasão, cabendo, ainda, ao estabelecimento hospitalar a imediata comunicação da ausência do paciente à família ou responsáveis, e às autoridades policiais e sanitárias, com registro no prontuário, com ênfase ao estado clínico do paciente imediatamente anterior à fuga.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 08 de maio de 1.997.

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 06/97

Palavras Chave - Evasão hospitalar. Fuga de hospital psiquiátrico. Responsabilidade médica.
Key Words - Physician responsibility. Psychiatric non authorized patient discharged.

AUDIOMETRIA: ATO MÉDICO E FONOAUDIOLÓGICO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.475/97

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1.957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1.958 e,

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a competência profissional para realização dos exames audiológicos;

CONSIDERANDO os diplomas legais que regulamentam as profissões de médico (Lei nº 3.268, de 30.09.57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045 de 19.07.58) e de fonoaudiólogo (Lei nº 6.965, de 09.12.81, regulamentada pelo Decreto nº 87.218, de 31.05.82);

CONSIDERANDO as normas constantes dos artigos 2º, 4º, 5º, 8º, 29 e 30 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o exame audiológico é um procedimento técnico para avaliação da capacidade auditiva;

CONSIDERANDO que compete exclusivamente ao médico realizar diagnóstico e prescrição do tratamento das patologias auditivas;

CONSIDERANDO que compete ao médico a indicação para realização de exames audiológicos;

CONSIDERANDO que audiometria é parte integrante do exame audiológico;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de junho de 1.997.

RESOLVE

Art. 1º - Os exames audiológicos, incluindo a audiometria, deverão ser executados exclusivamente por médicos e fonoaudiólogos.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de junho de 1.997

Waldir Paiva Mesquita
Cons. Presidente

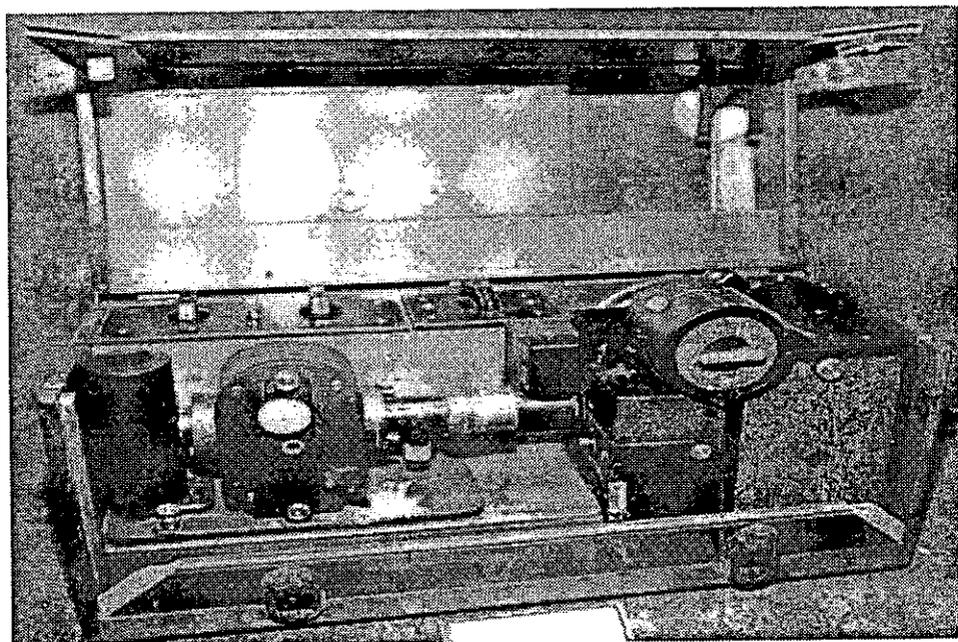
Antônio Henrique Pedrosa Neto
Cons. Secretário-Geral

Palavras Chave - Audiometria - Fonoaudiologia. Resolução CFM nº 1475/97

Key Words - Audiometry - Phonoaudiology.

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig *



ELETROCARDIÓGRAFO: Este magnífico e funcionante aparelho foi adquirido pelo Prof. Gastão Pereira da Cunha há 50 anos, no início de sua profissão de cardiologista. Segundo informações, o primeiro eletrocardiômetro do Estado foi adquirido pelo Dr. Máximo Pinheiro Lima; o segundo pelo Dr. Eugênio Lopes e a presente peça, doada ao acervo do Museu pelo Prof. Gastão P. Cunha, foi a terceira. Além de ser um eletrocardiômetro com registro fotográfico, era também utilizado como um fonocardiômetro e permitia o registro da pressão arterial e venosa.

Palavras Chave - História da medicina.

Key Words - History of medicine.

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - (041) 342-1415

COMISSÃO DE TRABALHO DO CRM-PR

1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Máio Lobato da Costa
Cons. Roberto Bastos de Serra Frere
Cons^a. Ana Zulmira Eschholz Deniz
Cons. Antonio Carlos Bagatini
Cons. Moacir Pires Ramos
Cons. Donizete Dimer Giannicardino Filho

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Cons. Álvaro Réa Neto
Cons. Luiz Carlos Sotania
Cons^a. Wílma Brunetti
Cons^a. Zaira Lúcia Leitchacovski de Mello

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares
Cons. Antonio Katsumi Kay
Cons^a. Maria Cristina Milano Campos
Cons. Ricardo Røydyger de Ruediger
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

4 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizetti Dimer Gamberardino Filho
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)
Cons. Máio Luiz Luvizotto
Cons^a. Mara Alboneti Dudeque Pianovski

5 - COMISSÃO DE TOMADAS DE CONTAS

Presidente: Cons^a. Eleusis Ronconi de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons^a. Mônica De Biase Wright Kastrup

6 - COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Cons. Carlos Castello Branco Neto
Cons. José Carlos de Miranda
Cons. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Cons^a. Mônica De Biase Wright Kastrup
Cons. Nelson Antonio Barulati Filho (Foz do Iguaçu)

7 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS E REGIONAIS

Presidente: Cons. Gerson Zalalon Martins
Cons. Gilberto Sacilotto (Guarapuava)
Cons. Luiz Salim Ermed
Cons. Odair de Floro Martins

8 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

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

9 - CORREGEDORIA DO CRM/PR

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

10 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zalalon Martins
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons^a. Mara Alboneti Dudeque Pianovski

11 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Cons. Gerson Zalalon Martins
Contadora: Ivanira Maria Martins
Cons^a. Mônica De Biase Wright Kastrup

12 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda
Cons^a. Mônica De Biase Wright Kastrup

13 - COMISSÃO DE SEDE

Cons. Luiz Salim Ermed
Cons. Gerson Zalalon Martins
Cons. Wadir Rüpöck

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. Ivan Pozzi
Dr. Junot Cordeiro
Dr. Antonio Celso Busnardo
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas
Dr. Edgard Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Máio Tadaí Iria
Dr. Sinésio Moreira Junior
Dr^a. Sueli Aparecida Kuback Gorja

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kernei Jorge Chammias (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Minao Okawa
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)
Dr. Paulo Alfonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Máio Massaru Myazato
Dr. Cláudio Cordeiro Albino
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Tesoureiro)
Dr^a. Maria Tereza de Mello Cerqueira Coimbra
Dr. Murilo Narciso

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Isac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Erno Garletti (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sacilotto (Presidente)
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)
Dr. Argos Von Lusingen (Colaborador)
Dr. Antonio França de Araujo (Suplente)
Dr^a. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)
Dr. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

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

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zaions (Secretário)
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)
Dr. Renato Shiguemi Futagami (Suplente)
Dr^a. Luiza Helena Thomaz de Aquino Schaidt (Suplente)
Dr. Valtter da Cruz Teixeira (Suplente)
Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)