

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 15 - n. 58 - abril / junho - 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 Kastrop
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 SUPLENTE

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

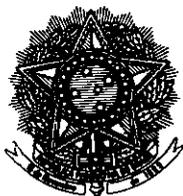
(**) Falecido

(***) 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. 58	p. 61-120	Abr./Jun.	1998
--------------------------------	----------	-------	-------	-----------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlke Braga Filho
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola
Luiz Sallin 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@mais.sul.com.br
Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>
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. Fone (041) 352-2872
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,
e está disponível na Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>

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. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem 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(s)

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 de 100 palavras, permitindo o entendimento do conteúdo do artigo. O Abstract deve conter antes o título em inglês.

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. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

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

Artigos - autor(es) 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 (seguido de abstract) 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.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos publicados, no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e disponível na Home-Page <http://mais.sul.com.br/crmpr/main.htm>

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

Emissão de Parecer Médico Sem Exame do Paciente - Segunda Opinião Médica Parecer CFM	61
Autorização Para Cirurgia Transgenital Resolução CFM Nº 1.482/97	63
Todo Paciente Hospitalizado Deve Ter um Médico Responsável Resolução CFM Nº 1.493/98	65
Quem Pode Internar Paciente Para Cirurgia Ambulatorial Parecer CREMESC	66
Culpabilidade do Médico e a Lex Artis Gilberto Baumann de Lima	69
Discussão de um Caso de Aborto Legal - Conduta do Médico em Caso de Gravidez Conseqüente de Estupro Carlos Ehlke Braga Filho / Marcia Rejane Vieira Marcondes Braga	83
O Erro e o Médico Antônio Celso Albuquerque	88
Você já Foi ao NINA ? Hildebrando Xavier da Silva	90
Ética na Relação Médico-Médico Reginaldo Werneck Lopes	95
Teste de HIV Para Admissão em Curso Parecer CFM	98
Regimento do Corpo Clínico - Corrigido e Atualizado Resolução CFM Nº 1.481/97	101
"Diretrizes Gerais Para os Regimentos Internos de Corpo Clínico Das Entidades Prestadoras de Assistência Médica no Brasil" Resolução CFM Nº 1.481/97	102
Laudo Pericial Para Portadores de Deficiência Física: Conceito e Cuidados Parecer CFM	105
Meta-Análise na Avaliação de Terapias Álvaro Azevum	109
Atendimento Médico à Distância Para Embarcações e Plataformas Parecer CFM	113
Atividades do Psicanalista Não é Exclusiva do Médico Parecer CFM	118
Museu de Medicina Ehrenfried Wittig	120

EMISSÃO DE PARECER MÉDICO SEM EXAME DO PACIENTE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Parecer CFM

EMENTA

Emissão de parecer médico sobre procedimento cirúrgico sem o exame do paciente configura infração ética prevista no art. 62 do CEM.

Em 08.11.96, o Dr. Cláudio Siqueira, assessor científico da empresa Marcos Perilson Produtos Hospitalares Ltda, com sede no Rio de Janeiro, solicitou manifestação do CFM após ter sido procurado por um grupo multinacional para implantar o sistema de SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA via satélite. Segundo o consulente, este procedimento médico já é, há alguns anos utilizado em Países de Primeiro Mundo.

CONSULTA

O que é a SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA?

Diz textualmente o consulente, a título de exemplo: "tomemos o caso de um paciente que apresenta um estudo de cateterismo cardíaco que deixa dúvidas sobre a decisão cirúrgica final. Este paciente tem então o direito a uma SEGUNDA OPINIÃO. Nosso Código de Ética, no Capítulo V, artigo 64, dispõe: "É vedado ao médico: opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal". Acrescenta o consulente "ser esta prática habitual entre nós. Em minha própria experiência de hematologista clínico, já tive vários pacientes que vieram ao meu consultório em busca de uma segunda opinião com respeito a submeter-se ou não a um transplante de medula óssea. Da mesma forma, o paciente, no exemplo citado da cirurgia cardíaca, teria direito a uma segunda opinião médica para realizá-lo ou não".

Indaga o Dr. Cláudio Siqueira:

"Haveria alguma diferença se esta segunda opinião viesse de um país estrangeiro? Estaríamos nós infringindo nosso Código, se fôssemos procurados para enviar ao exterior os dados fornecidos pelo paciente?"

PARECER

O Dr. Cláudio Siqueira reporta-se ao CFM demonstrando, inicialmente, a sua preocupação caso se implante no Brasil o sistema de SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA, no tocante a possível violação de algum dispositivo do Código de Ética Médica, especialmente o artigo 64 que textualmente veda ao médico opor-se à conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal. Todavia, a questão não se limita à eventualidade de uma segunda consulta ou o acréscimo de uma segunda opinião, como parece à primeira vista. Mais do que isto, trata-se da remessa de resultados de exames para o exterior, mediante a instalação de uma empresa "tira-teima" de consultoria, que funcionaria à revelia da categoria médica, portanto alheia aos médicos, muito embora podendo contar com a anuência induzida dos pacientes.

Iniciativa dessa natureza termina por se constituir em verdadeiro balcão de negócio, repassando para o paciente os custos já exorbitantes da medicina em nosso país.

Entendendo dessa forma, não devemos permitir que um escritório com essas características seja instalado em nosso país com o aval do CFM. Por outro lado, a concordância com esta nefasta iniciativa coloca em cheque o saber de nossos profissionais, vez que no limbo da dúvida nunca se omitiram em consultar um outro colega, seja pessoalmente, seja mediante outras vias de comunicação – a Internet tem sido de valor inestimável -, renegando por enquanto a participação de intermediários. É importante que a segunda pessoa consultada seja, na medida do possível, da estrita confiança do médico assistente que, após obter consentimento esclarecido do paciente, faz essa solicitação a outro colega motivado muito mais pelo interesse científico do que por questões mercantis.

O mesmo deve ser dito no tocante ao segmento mais frágil do exercício da medicina, justamente o paciente, sujeito a contar com escritórios sofisticados que ponham em dúvida o diagnóstico ou o tratamento preconizado pelo médico de sua inteira confiança. Ademais, a intermediação proposta fere o princípio da privacidade, da confidencialidade e da fidelidade, quando da troca de informações que terminam por não ser do interesse do médico, do paciente ou da sociedade.

Convém lembrar que o artigo 2º do Código de Ética Médica nos ensina que "o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional". Assim, o ato médico, em todas as suas etapas, deve ser exercido de forma racional tanto no âmbito técnico-científico como no ético, sendo indissociáveis as ações que traduzam o melhor para o bem-estar do paciente. Desta forma, o médico zeloso de suas obrigações sempre buscará o melhor em favor do paciente, preservando o sigilo do qual é fiel depositário. Por outro lado, o paciente mentalmente capaz está habilitado a exercer a sua autonomia, sendo-lhe facultado consultar outros profissionais por deliberação própria ou por sugestões de técnicos.

CONCLUSÃO

Pelas razões expostas, julgamos inoportuna a implantação ou instalação de qualquer sistema de consulta à distância, caracterizado por tráfico de exames que não expressam a visão holística do paciente, o que preceitua o art. 62 do CEM, principalmente quando os exemplos citados ficam caracterizados como avaliações de exames e de doenças sem qualquer menção do enfermo.

Este é o meu parecer, s.m.j.

Brasília, 25 de abril de 1997

Sérgio Ibiapina Ferreira Costa
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 12/06/97

Palavras-Chave: parecer médico, segunda opinião, confirmação diagnóstica, consulta a distância.

Key Words: expert's medical report, diagnosis confirmation, medical conference.

AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA TRANSGENITAL

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.482/97

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de junho de 1958 e,

CONSIDERANDO a competência normativa conferida pelo artigo 2º da Resolução CFM nº 1.246/88, combinado ao artigo da Lei nº 3.268/57, que tratam, respectivamente, da expedição de resoluções que complementem o Código de Ética Médica e de zelo pertinente à fiscalização e disciplina do ato médico;

CONSIDERANDO ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenotipo e tendência à auto mutilação e ou auto-extermínio;

CONSIDERANDO que a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários não constitui crime de mutilação previsto no artigo 139 do Código Penal, visto que tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico;

CONSIDERANDO a viabilidade técnica para as cirurgias de neocolpovulvoplastia e ou neofaloplastia;

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 199 da Constituição Federal, parágrafo quarto, que trata da remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como o fato de que a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de transexualismo;

CONSIDERANDO que o artigo 42 do Código de Ética Médica veda os procedimentos médicos proibidos em lei, e não há lei que defina a transformação terapêutica da genitália *in anima nobili* como crime;

CONSIDERANDO que o espírito de licitude ética pretendido visa fomentar o aperfeiçoamento de novas técnicas, bem como estimular a pesquisa cirúrgica de transformação da genitália e aprimorar os critérios de seleção;

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução CNS nº 196/96;

CONSIDERANDO, finalmente o decidido na Sessão Plenária de 10 de setembro de 1997,

RESOLVE:

1. Autorizar, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos do transexualismo;

2. A definição do transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

- desconforto com o sexo anatômico natural;

- desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- ausência de outros transtornos mentais.

3. A seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, obedecendo aos critérios abaixo definidos, após dois anos de acompanhamento conjunto:

- diagnóstico médico de transexualismo;
- maior de 21 (vinte e um) anos;
- ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia;

4. As cirurgias só poderão ser praticadas em hospital universitário ou hospitais públicos adequados à pesquisa.

5. Consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução CNS nº 196/98;

6. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de setembro de 1.997

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Raimundo Nonato Leite Pinto
2º Secretário

- Parecer Aprovado
Sessão Plenária 10/09/97

Palavras-Chave: cirurgia transgenital, transexualismo.

Key Words: transgender surgery, transexualism.

Nota da redação - Vide a respeito específico do assunto o Parecer CFM em "Arquivos" nº 57.

**TODO PACIENTE HOSPITALIZADO DEVE TER UM
MÉDICO RESPONSÁVEL
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.493/98**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a necessidade presente de situar e definir nos exatos e devidos termos a responsabilidade do médico com relação às internações hospitalares;

CONSIDERANDO que os pacientes internados, em instituições hospitalares não podem ser assistidos apenas pelos médicos plantonistas cujas atribuições devem ficar voltadas para situações não rotineiras;

CONSIDERANDO que a responsabilidade médica permanece individual para com o doente, em quaisquer tipos de organização de assistência médica;

CONSIDERANDO que é direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta;

CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que o Diretor Técnico é o principal responsável pelos atos médicos praticados no âmbito das organizações hospitalares ou de assistência médica;

CONSIDERANDO que o artigo 12 do Decreto nº 44.045/58 e a Lei nº 6.839/80 estabeleceram que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que o artigo 11 da Resolução CFM nº 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente que a ele ficarem subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária de 15 de maio de 1998.

RESOLVE:

1 - Determinar ao Diretor-Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

2 - Determinar que nas cirurgias eletivas o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive, quanto a necessidade de ter como auxiliar outro médico que possa substituí-lo em seu impedimento.

3 - Revogam-se as disposições em contrário.

4 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de maio de 1.998

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Edson de Oliveira Andrade
2º Secretário

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 10/09/97

Palavras-Chave: cirurgia transgenital, transexualismo.

Key Words: transgender surgery, Transexualism.

QUEM PODE INTERNAR PACIENTE PARA CIRURGIA AMBULATORIAL

Parecer CREMEC

EMENTA

Esclarece que a competência de internar um paciente para cirurgia é exclusiva do cirurgião, e que a expressão "cirurgia ambulatorial" é inadequada, pois o termo ambulatorial, refere-se aos pacientes. É contra o uso de artifícios semânticos para reduzir honorários médicos. A facectomia com implante de LIO, pode ser realizada, tanto em paciente interno, como em paciente ambulatorio.

CONSULTA

A Sociedade de Oftalmologia do Ceará pergunta a quem compete a decisão de internar um paciente cirúrgico. Solicita a definição de cirurgia ambulatorial e pergunta se a cirurgia de Facectomia com implante de lente intra-ocular (LIO) é ambulatorial.

PARECER

A palavra ambulatorio, do latim ambulatarius, significa: que se move de um lado para outro - que permite andar - local onde pacientes ambulatorios são tratados.

No decreto lei nº 52.464 de 12 de setembro de 1963, que regulamenta as instituições de assistência médico - social no País, o Art. 3 inciso 9, define **ambulatorio** como: "serviço destinado a diagnóstico ou tratamento de pacientes sem internamento".

Até pouco tempo o ambiente ambulatorial, era utilizado apenas para curativos, pequenas suturas, drenagem de abscessos, retirada de cistos entre outros, todos procedimentos simples, com um mínimo de riscos e complicações. Os pacientes na sua totalidade eram ambulatorios, ou seja: externos ao hospital. Nos últimos anos, os procedimentos cirúrgicos tornaram-se mais rápidos, seguros e menos invasivos. Por outro lado, mais sofisticados e com maior grau de dificuldade. Com isto, cirurgias que só eram realizadas em pacientes internos, passaram a ser realizadas em pacientes ambulatoriais, nivelando estes procedimentos sofisticados, com aqueles mais simples, através do termo "ambulatorial".

O próprio Conselho Federal de Medicina, sensível a esta evolução, publicou a resolução de nº 1.409/94, que cria normas para as unidades ambulatoriais. Esta resolução tem como base, três pontos principais:

1 - Condições da Unidade Ambulatorial

a) condições estruturais higiênico-sanitária do ambiente e condições de esterilizações e desinfecção dos instrumentos de acordo com as normas vigentes;

b) registros de todos procedimentos realizados;

c) condições mínimas para a prática de anestesia, conforme resolução 1363/93, do Conselho Federal de Medicina;

d) garantia de suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internamento, seja em acomodação própria, seja por convênio com hospital;

e) garantia de assistência após a alta dos pacientes, em decorrência de complicações, durante 24 horas por dia, seja em estrutura própria ou por convênio hospitalar;

II - Critérios para a seleção do paciente ambulatorial

a) paciente com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela doença cirúrgica, e paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada;

b) procedimentos cirúrgicos que não necessitem de cuidados especiais no pós-operatório;

c) exigência de acompanhante adulto, lúcido e previamente identificado;

III - Condições de alta para o paciente da Unidade Ambulatorial

d) orientação no tempo e espaço;

e) estabilidade dos sinais vitais, há pelo menos 60 (sessenta) minutos;

f) ausência de náuseas e vômitos;

g) ausência de dificuldade respiratória;

h) capacidade de ingerir líquidos;

i) capacidade de dificuldade respiratória;

j) sangramento mínimo ou ausente;

k) ausência de sinais de retenção urinária;

l) dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos e pós-operatórios, bem como a determinação da Unidade para atendimento de eventuais ocorrências.

Fica claro, que o ambulatório, desta resolução, é bem diferente de proposto no decreto nº 52.464/63.

Os questionamentos feitos pela Sociedade de Oftalmologia e por outras entidades médicas (estamos cientes da existência de consulta neste Conselho, semelhante, pela Cooperativa dos Anestesiologistas, protocolo 037/97), originaram-se de fato de que a maioria das empresas de saúde, cooperativas médicas e caixas de assistência, ainda hoje, pagam os honorários médicos, baseados na antiga Tabela de Honorários Médicos (THM) da Associação Médica Brasileira (AMB) de 1992. Esta tabela, nas instruções gerais, item 17, letra d, discrimina os procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes ambulatoriais daqueles realizados em pacientes internos, reduzindo em 50% os honorários médicos, mas, a própria tabela, diferencia os procedimentos, pelo grau de dificuldades e riscos de complicações, através do porte anestésico e número de auxiliares.

Algumas empresas, passaram então a fazer convênio junto a médicos e clínicas, incluindo os honorários médicos num "pacote cirúrgicos" e utilizaram o item 17, letra d, da THM da AMB para diminuir os honorários médicos. Em 07/04/97, o CRM aprovou parecer do Conselheiro Helly Ellery de número 08/97 que condena a inclusão dos honorários médicos nestes "pacotes".

Não tardou muito, para que, espalhando-se nos "pacotes", as empresas de saúde, cooperativas e caixas de assistência, considerassem como ambulatoriais, os procedimentos, e não, os pacientes. Passaram então, a negar a guia de internamento solicitada pelo cirurgião, impedindo assim, o médico de internar seus pacientes.

Na essência, os procedimentos cirúrgicos não se modificaram, o que

mudou foi o tempo de permanência hospitalar do paciente. Reduzir honorários médicos, por um artifício semântico, fere os artigos 3º, 8º e 10º do C.E.M.. Portanto deve ser considerado uma infração ética.

Na realidade, **ambulatoriais são os pacientes e não as cirurgias**. Em breve, quase todas as cirurgias poderão ser realizadas em pacientes ambulatoriais, cabendo ao médico cirurgião, a tarefa de decidir, qual paciente deve ser interno, e qual paciente deve ser ambulatorial, ao indicar um tratamento cirúrgico,

() art. 21 do Código de Ética Médica, dá ao médico o direito de indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País. Como se não bastasse este artigo, citamos o 2º, 5º, 8º, 17º, 29º, 30º e o 57º, todos demonstrando as responsabilidades do médico cirurgião. Responsabilidades estas, bem detalhadas no processo consulta - CREMEC nº 2231/97 do conselheiro Lino Antônio Cavalcante Holanda.

A facectomia é um procedimento cirúrgico, que invade uma cavidade fechada do organismo (câmara anterior do globo ocular), e necessita, para sua realização, de aparelhagem sofisticada, ambiente asséptico, aprimorada habilidade cirúrgica, médico auxiliar e acompanhamento de anesthesiologista. Do ponto de vista técnico, quando as condições do paciente permitirem, pode ser realizada em unidade ambulatorial, segundo a resolução do CFM.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, e atento ao Código de Ética Médica. Resoluções do CFM e do CREMEC, já citadas neste parecer, responderemos as questões feitas pela Sociedade de Oftalmologia do Ceará.

1 - A quem compete a decisão de internar um paciente, para realização de procedimento cirúrgico no mesmo?

Resposta: Esta decisão é da exclusiva competência do cirurgião que realizará o procedimento.

2 - O que define uma cirurgia com AMBULATORIAL ?

Resposta: A expressão "cirurgia ambulatorial" é inadequada, já que ambulatorial é o paciente e não a cirurgia. Deste modo, um procedimento cirúrgico não pode ser definido pela condição do paciente ser interno ou ambulatorio. Pois em ambos os casos o procedimento é o mesmo.

3 - A facectomia com implante de LIO é uma cirurgia ambulatorial ?

Resposta: A facectomia pode ser realizada, tanto em paciente ambulatorial, como em paciente interno, em ambos os casos a cirurgia é a mesma.

Este é o nosso parecer, salvo melhor juízo.

Fortaleza, 02 de fevereiro de 1998.

Rafael Dias Marques Nogueira
Cons. relator

Paracer Aprovado
Sessão Plenária 9/02/98

Palavras-Chave: internação ambulatorial cirúrgica, cirurgia ambulatorial, assistência ambulatorial cirúrgica.

Key Words: day hospital surgery, outpatient surgery, outpatient surgery assistente.

CULPABILIDADE DO MÉDICO E A LEX ARTIS

Gilberto Baumann de Lima *

1. Culpabilidade do Médico

1.1. Considerações Gerais

Tormentosa é a posição do Direito Penal e do Direito Processual Penal frente à apuração da culpa do profissional de Medicina na ocorrência de conduta aparentemente criminosa.

As dificuldades são de monta. Do corporativismo à precariedade na coleta da prova, das limitações do Sistema Judiciário vigente, à tecnicidade reconhecida de campo profissional tão especial.

Inobstante, embora não haja dados estatísticos disponíveis, observa-se pelos compêndios, um significativo aumento no número de julgados de lavra dos nossos Pretórios, documentando a crescente busca do Judiciário para apurar práticas tidas como criminosas.

A realidade objetiva, na lida da Advocacia e do estudo do Direito, mostra que profissionais militantes na área de saúde têm sido processados e condenados criminalmente.

É sobremaneira delicado atribuir-se **culpa** a alguém por uma conduta penalmente típica, antijurídica e culpável, sem um profundo exame da realidade ínsita no caso determinado e, em especial, no campo das profissões ligadas direta ou indiretamente à saúde.

Por outro lado, não podemos perder de vista que, como ensina Carnelutti ¹ - **O Direito é o taipal de apoio, andaime do Estado. O Direito é aquilo de que o povo necessita para alcançar sua firmeza.**

Vale dizer, o Direito aí está para apoiar as mais significativas conquistas da humanidade ao longo dos séculos, o que nos conduz à certeza de que a ele não escapa qualquer segmento da nossa sociedade, estando contemplado o **homem**, pouco importando ser ele paciente, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, cirurgião-dentista ou farmacêutico. Daí a previsão constitucional de que **todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza** ².

Outra colocação que se impõe é a do reconhecimento da licitude do exercício da profissão legalmente prevista; como no caso da medicina, enfermagem, odontologia, etc., decorrendo daí, em princípio, a conclusão de que, desde que se evidencie o exercício **regular** de um direito, descabível cogitar de conduta criminosa. Tal questão se amplia quando analisarmos a **Lex Artis**.

1.2. Da Culpabilidade

Não trataremos, nesta oportunidade, da tipicidade ou da antijuridicidade; repousaremos nossa atenção, tão somente, no instituto da culpabilidade eis que,

* Advogado em Londrina - Pr.

(1) CARNELUTTI, Francisco - Arte do Direito, Ed. Livraria Progresso Editora, 1957, p. 15;

(2) Artigo 5º, caput, da Constituição da República Federativa do Brasil - Todos são iguais perante a Lei sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, e à propriedade ... ;

segundo Zaffaroni, é o **conceito mais debatido na teoria do delito** ³.

Ensina Aníbal Bruno - **não há pena sem culpabilidade, princípio que é hoje imperiosa exigência da consciência jurídica** ⁴, e mais, - **O Direito Penal de hoje é conceitualmente um Direito Penal da culpabilidade** ⁵.

Ponderável é reconhecer-se a grande evolução sofrida pelo instituto da **culpabilidade** que passou, necessariamente, pelas teorias Psicológica, Complexa e Normativa.

Nosso interesse, nesse escrito bastante sintético é considerar a conduta dos profissionais de saúde, e mais especificamente do médico, á luz do conceito moderno de **culpabilidade**. Uma **culpabilidade** que não resida no **tipo** ou na **antijuridicidade**, mas sim, no comportamento do agente.

Pierangelli, citando Zaffaroni, nomeia os elementos da culpabilidade como sendo - **Reprovabilidade, disposição interna contrária à norma, possibilidade de realizar outra conduta, possibilidade e motivação da norma, exigibilidade e âmbito de determinação** ⁶.

1.3. Reprovabilidade e Disposição Interna

É nosso consagrado Pierangelli quem explica da importância do **estado anímico** revelado pelo agente residir na **valoração da atitude anterior** ⁷.

Ora, anteriormente a uma ação (comissiva ou omissiva) do facultativo, tida como típica e antijurídica, haverá de se valorar todo um conjunto de fatores que se ligam à sua conduta profissional.

Na abstração dessa valoração crítica, ou seja, da possibilidade interna de reprovação da mesma conduta não sobrevive viável a constatação da **culpabilidade** e, **ipso facto**, não ocorrerá a conduta delituosa.

Decorre dessas considerações primeiras, o reconhecimento de que a conduta profissional do médico não pode ser tida apenas no seu momento externo. Apoia essa colocação o magistério de Paulo José da Costa Júnior, quando ensina : **Conduta não é apenas um fato físico, como também não se resume num fato psíquico. Todo comportamento é simultaneamente físico e psíquico** ⁸.

Tanto no âmbito da Teoria Psicológica como na Teoria Normativa (da Culpabilidade), o aspecto subjetivo da conduta é respeitado ⁹.

Nessa direção é a lição de Claus Roxin, quando conclui: **Os meros processos causais em que se faz a abstração do agente e do seu modo específico de conduta são produtos analíticos artificiais, que não existem na vida real e que por isso, apenas possuem um valor cognoscitivo muito limitado para a imputação jurídico-penal** ¹⁰.

O que se busca, de início, é demonstrar, independentemente da Escola

(3) ZAFFARONI, Eugênio Raul - Manual de Derecho Penal, Parte General, Ed. Ediar, 5ª ed., 1986, p.511 ;

(4) Direito Penal, Parte General, Tomo II, Ed. Forense, 3ª ed., 1967, p. 23 ;

(5) Ob. Cit., p. 24 ;

(6) PIERANGELLI, José Henrique - O Consentimento do Ofendido na Teoria do Delito, Ed. Revista dos Tribunais, 1989, p. 61 ;

(7) Ob. cit. p. 61 ;

(8) COSTA JUNIOR, Paulo José da - Comentários ao Código Penal, Vol. I, Ed. Saraiva, 1986, p. 31 ;

(9) MAGGIORI, Giuseppe - Derecho Penal, Vol. 1, Editorial Temis, Bogotá, 1971, ps. 453 a 457 ;

(10) ROXIN, Claus - Problemas Fundamentais de Direito Penal, Ed. Vega, Lisboa, 1986, p. 101 ;

Penal considerada, do relevo da apreciação do enfoque pessoal interno-externo da conduta do médico, antes de ser tentada ou excluída sua classificação como dolosa ou culposa em atendimento ao que dispõe o artigo 18, incisos e parágrafo, do Código Penal brasileiro vigente ¹¹.

Em se tratando de conduta do profissional de medicina que vem a ocasionar dano à saúde do paciente, morte ou perigo, a reprovabilidade inerente do agente não se situa apenas nos limites compreendidos por parâmetros pessoais, mas sim por balizamentos estabelecidos em sua **Lex Artis**.

1.4. Disposição Interna e Possibilidade de outra conduta

A disposição interna não é uma disposição qualquer, distante de verificação ou, simplesmente, de foro íntimo e secreto, não se exaurindo na chamada - **consciência do injusto** ¹².

Nada representa de útil ao Direito, a disposição interna de cometimento do injusto se, inexistente outra conduta alternativa. Essa disposição interna é relevante desde que se apresente ao agente - diferente opção de atuação.

O médico que atua de maneira ilícita necessita ter a possibilidade lícita de agir. Qual seria essa possibilidade ?

Pierangelli responde à presente questão de maneira esclarecedora - **Essa possibilidade de atuar de outra maneira deve ser entendida como uma possibilidade exigível e jamais como uma possibilidade física de assim proceder** ¹³.

Para melhor compreensão do que é exigível no procedimento do profissional de medicina, há de se conhecer sua **Lex Artis** - do contrário, poderemos incorrer em deslizos, pois, a expectativa do Direito com relação ao comportamento de um leigo, frente a uma situação comum deve ser distinta do que se aguarda do profissional específico, à luz de uma situação especial.

Conveniente se mostra lembramos, por exemplo, do artigo 13, § 2º, "a", do Código Penal vigente, estabelecendo que - **A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem : ... - tenha lei a obrigação de cuidado, proteção ou vigilância.**

Resta claro a expectativa, em relação ao médico, de que aja com cuidado, protegendo e vigiando o paciente, assim, estará excluída a ilicitude, identificando-se o exercício **regular** de um direito, conforme letra do inciso III, art. 23, do Código Penal.

In obstante, o direito do médico atuar não é ilimitado e, seus contornos são bem postos por Adelmo Manna, quando consagra: **Dalla intrinseca rischiosità della professione, emergerebbe pero l'esigenza de porvi alcuni limiti, quali ul consenso del paziente, non intenso più in funzione scriminante,**

(11) Artigo 18. Diz-se o crime: Crime Doloso - I- doloso, quando a agente quis o resultado, ou assumiu o risco de produzi-lo ; Crime Culposo - II- culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Parágrafo Único. Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime senão quando o pratica dolosamente ;

(12) ZAFFARONI, Eugenio Raul - Ob. cit., p. 526;

(13) Ob. cit., p. 61 ;

bensi come requisito e presupposto di legittimitá dell'atto medico, ... ¹⁴.

O limite mais geral da atuação do médico, juridicamente considerado, pode ser tido como o - **Direito de Curar** e, nesse âmbito é que se assenta toda a intervenção do profissional da saúde.

Dessa maneira, como decorrência do que foi exposto e mais, do bem jurídico protegido (a vida) - **La décision médicale un choix, celui de l'attitude thérapeutique la plus appropriée à l'état du patient** ¹⁵.

1.5. Disposição Interna e possibilidade de motivação da norma

Pierangelli, assim define essa questão: **A possibilidade de um atuar de maneira diversa começa a assumir relevância para a culpabilidade, quando ao autor foi possível motivar sua conduta na norma, ou seja, quando lhe foi possível não violar a norma.** ¹⁶

As normas penais aí estão, com o conhecimento generalizado de todos; decorrência da sua legalidade intrínseca e extrínseca, dirigida a todos os cidadãos, não excluindo qualquer indivíduo que preencha seus requisitos condicionantes. Desse entendimento não estão afastados os profissionais de medicina.

Exemplificativamente, o artigo 26, **caput**, do Código Penal estatui que - **é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.** São os denominados inimputáveis.

Os inimputáveis não são nem podem ser responsabilizados penalmente por condutas delituosas pois, suas condições pessoais não o habilitam a responder pela prática do fato punível.

Os médicos são, ao revés, pessoas imputáveis, vale dizer, possuem o conjunto de condições pessoais que lhes permite entender a previsão típica, bem como, determinarem-se de acordo com esse entendimento.

Pode-se, hipoteticamente, cogitar de estar o médico, no exercício de um direito e, portanto, seria caso de exclusão de ilicitude, conforme previsão expressa do art. 23, III, segunda parte, do Código Penal.

Porém, a letra da lei fala em exercício **regular** de direito, não apenas do exercício de um dado direito (direito de exercer **regularmente** a profissão médica).

Podemos entender, conseqüentemente, por exemplo, que todo tratamento médico-cirúrgico importa em lesão corporal, lesão essa que não é lícita desde que não abrangida **nos casos aconselhados pela arte médica.** ¹⁷

A esse respeito, ensina Edgard Magalhães Noronha: **Diga-se o mesmo da intervenção médico-cirúrgica, em que também, ao lado do consentimento do paciente, há a regulamentação da cirurgia, cuja**

(14) MANNA, Adelmo - Profili Penalistici Del Trattamento Medico-Chirurgico. Ed. Casa Editrice Dott. A. Giuffrè, Milano, 1984, p. 57 ;

(15) HENNAU-HUBLET, Christiane - L'activité médicale et le droit pénal - Les délits d'atinte à la vie, l'intégrité physique et la santé de personnes. Ed. Établissements Émile Bruylant, Bruxelles, 1987, p. 17 ;

(16) Ob. cit., ps. 61/62 ;

(17) HUNGRIA, Nelson - Comentários ao Código Penal, Vol. I, Tomo II, Ed. Forense, 5º ed., 1978, ps. 310/311 ;

necessidade é irrecusável, incumbindo-se o Estado de regulá-la, fiscalizá-la, etc. de tudo isso se originando o exercício regular de quem o pratica ¹⁸.

Ensina José Calvet de Magalhães - **podemos dizer que o fim da profissão médica consiste em "conservar e melhorar a saúde dos indivíduos"** ¹⁹. Nesse contexto é que se entende regular o exercício de medicar.

Como se ha dicho el médico se obliga normalmente a prestar sus cuidados al enfermo o, según la fórmula utilizada por la Corte de Casación francesa, a prestar sus cuidados conscientes, atentos y, reserva hecha de las circunstancias excepcionales, conforme a los conocimientos adquiridos por la ciencia ²⁰.

Com respeito à **disposição do médico e a motivação da norma**, o que se busca é a possibilidade do profissionalismo de saúde escolher conduta de acordo com a norma, cuja mais geral expressão encontra apoio na frase de Calvet recém transcrita.

1.6. Disposição Interna e Possibilidade exigível de motivação da norma
A Teoria Finalista conceitua a **culpabilidade - como um puro juízo de reprovação sobre o autor, por não haver este se omitido da ação antihurídica, ainda quando podia fazê-lo** ²¹.

Essa expressão - **quando podia fazê-lo** - não trata, no caso do médico, no exercício da sua profissão, de um poder geral ou difuso; ao revés, cuida de um poder exigível em relação a ele, enquanto profissional de saúde.

É, noutras palavras, a colocação de Pierangelli - **reclama-se uma possibilidade exigível de motivação nela** ²².

A vontade, portanto, inclui não somente o fim último, mas os meios escolhidos e as conseqüências secundárias previstas como possíveis - excluindo-se as não previstas - como consectário do uso dos meios ²³.

Essa colocação do professor Luisi nos dá condições de situar o médico frente à sua atuação e, particularmente, às opções que se abrem com o propósito de ser colimado o objetivo pretendido.

A escolha dos meios para obtenção do fim pretendido pelo facultativo são de sua alçada, havendo conseqüências previsíveis e as não previsíveis.

Sem dúvida, escapam ao Direito Penal os fenômenos imprevisíveis e, não necessariamente os imprevistos pois, há ocorrências que, embora não previstas por um dado profissional de medicina, eram perfeitamente previsíveis de acordo com a **Lex Artis**, aplicada à situação objetiva.

Hoje, a rigor, a medicina se apresenta com feições diversas das que

(18) NORONHA, Edgard Magalhães - Direito Penal, Introdução - Parte Geral, Ed. Saraiva, 5º ed., 1968, p. 199;

(19) A Responsabilidade Penal do Médico - Ed. Saraiva & Editores, São Paulo, 1946, p. 45;

(20) LOPES, Joaquim Ataz - Los Médicos y la Responsabilidad Civil. Editorial Montecorvo, S.A., 1985, Madrid, p. 166;

(21) WELZEL, H. - Derecho Penal-Derecho Penal Alemán - Trad. Chilena - J.B. Ramirez e S.Y. Perez, Ed. Jurídica de Chile, 1970, p. 197;

(22) PIERANGELLI, José Henrique - Ob. cit., p. 62;

(23) LUISI, Luis - O Tipo Penal - A Teoria Finalista e a Nova Legislação Penal - Ed. Sergio Antonio Fabris editor, 1987, p. 40;

apresentava faz trinta ou quarenta anos atrás. Não apenas o relacionamento jurídico (contrato) entre médico e paciente se alterou; igualmente, houve profundas modificações com relação aos limites de conhecimento dos facultativos após a generalização das chamadas - **especialidades** - e do advento de novas conquistas científicas, novas técnicas, equipamentos, drogas, etc.

Em razão dessas significativas reformulações operadas no universo de médico-paciente, médico-ciência e médico-profissão, sem contar a evolução experimentada pela sociedade como um todo e a precariedade dos serviços públicos colocados à disposição dos indivíduos, de maneira geral, torna-se evidente que a **possibilidade exigível** em relação ao profissional de medicina assume contornos próprios e, portanto, sua **culpabilidade** merece uma consideração esmerada.

Igual conclusão se obtém no que toca à **motivação da norma** pois, tanto as normas legais tipificadoras criminais quanto as normas de conduta profissional exibiram enormes alterações nas últimas décadas, assim como sua interpretação.

1.7. Exigibilidade de motivação na norma e âmbito de determinação

Ensina Pierangelli - **A exigibilidade de outra conduta, ou, por outras palavras, a exigibilidade de motivação na norma, começa quando o agente teve um certo âmbito de autodeterminação** ²⁴.

O dimensionamento da **autodeterminação** do médico, no exercício do seu mister esbarra, é claro, em todas as questões levantadas no item anterior, somando-se, ainda, as limitações estabelecidas pelo Direito, na órbita pessoal (da pessoa do médico, do paciente e doutros profissionais de saúde).

Ao Direito tampouco são esquecidos os vícios da vontade decorrentes de inúmeros fatores, podendo levar ao impedimento da **autodeterminação** do médico de molde a refletir na manifestação da sua real vontade.

Abre-se, para o profissional de medicina, a discussão sobre as alternativas de que dispõe para aplicar no caso concreto.

Após exame e análise, poderemos então verificar os meios disponíveis externos (informações do paciente, exames, equipamentos, existência ou não doutros profissionais de saúde auxiliares, local, etc.)

Novamente, alguma conclusão apenas poderá ser obtida através do conhecimento da **Lex Artis** médica. Saber se este ou aquele caminho se mostrou ou não ao profissional médico para que ele livremente escolha dentre eles para minorar o sofrimento ou o risco do paciente.

O tema é complexo. O leque de opções que se abre ao médico formado por uma sofisticada faculdade de medicina é significativamente maior do que se apresenta ao facultativo diplomado por uma instituição modesta de ensino médio.

O acesso aos equipamentos e à literatura especializados também há de ser sopesado.

Outra vez, aqui, necessitamos do apoio da **Lex Artis** que nos indicará se o profissional em questão tinha ou não condições de opção para escolher dentre este ou aquele caminho inibidor da ocorrência criminal.

Os raciocínios até este ponto colocados emergem da retomada de uma

(24) PIERANGELLI, José Henrique - ob. cit., p. 62 ;

postura que se assenta nas bases da Teoria Finalista do Delito pois, salvo melhor juízo, parece atender de maneira mais precisa ao questionamento da culpabilidade em nossos dias.

Mesmo se fizermos um exame dos institutos como, por exemplo, o **erro, tipo, dolo e a culpa**, já se pode aferir da riqueza que a Teoria Finalista representa para a busca da verdade real, viabilizando meios acurados de apuração da reprovabilidade possível do agente.

Os elementos da culpabilidade extraídos de Welzel e citados por Juarez Tavares parecem de suma pertinência para os casos em que o agente seja médico e tenha: **a capacidade de culpabilidade (imputabilidade); a possibilidade da consciência do injusto; e a ausência de causa de exculpação, todos lastreados na exigibilidade de conduta adequada à norma** ²⁵.

Ou, como o mesmo nomeado jurista coloca: **O que marca de modo nítido a postura finalista na teoria do delito é a consideração da ação como atividade conscientemente dirigida a um objetivo. Ao contrário de tomar a ação como mero impulso causal, onde a vontade desempenharia apenas papel secundário no acontecimento, tal como foi concebido na teoria causal-naturalista, evidencia-se, aqui, a função decisiva dessa vontade, de forma que a atividade deixa de ser mecânica para se tornar finalisticamente orientada** ²⁶.

Conseqüentemente, a conduta médica, igualmente, deixa de ser tida por meramente mecânica, para se configurar em expressão da vontade do agente dirigida a um determinado fim, considerada a **Lex Artis**.

Estaremos, dessa maneira, atentos aos dois momentos da ação finalista, como considera Liz Luisi - **o momento da intimidade do agente e o da realidade física** ²⁷.

2. Lex Artis

2.1. Considerações Gerais

A atividade profissional do médico tem características e contornos especiais e, portanto, a apuração do cometimento de delitos no decorrer do seu trabalho requer conhecimento técnico de todos aqueles que militam na verificação da existência do crime.

Esse conhecimento nos dá a possibilidade de alcançar, de maneira satisfatória, o objetivo final do processo penal qual seja, o da **verdade real**.

No caso do exercício de uma determinada profissão a **verdade real** se vincula de maneira estreita com a legalidade praticada tecnicamente, com definições que lhe são próprias, inaplicáveis a profissões de diferentes searas.

O Direito Criminal se aplica ao caso concreto, não ao caso em tese e, sendo a questão em foco matéria médica, há de se ter acesso ao que é tido e concebido como corretamente indicado pela reunião dos seus pilares mestres contidos na

(25) TAVARES, Juarez - Teorias do Delito - Variações e Tendências. Ed. Revista dos Tribunais, 1980, p. 80 ;

(26) TAVARES, Juarez - Direito Penal da Negligência, Ed. Revista dos Tribunais, 1985, ps. 16 e 17 ;

(27) Ob. Cit., p. 40 ;

denominada - **Lex Artis**.

As conseqüências morais e profissionais que o processo criminal causa ao acusado, são de elevada monta. No caso do médico, suas cores tomam-se mais fortes, levando, não raro, ao fechamento da clínica, abandono da profissão ou à mudança do profissional para outra cidade onde não exista notícia do processo judicial sofrido.

Todo esse drama ocorre, independentemente de ser o médico julgado inocente ou culpado. portanto, todo esse desvelo jurídico possível deve ser aplicado em prol de um exame equilibrado de cada caso.

2.2. Conceito

O conceito de **Lex Artis** concebido pelo ilustre Magistrado espanhol, Luis Martinez-Calcerrada vem em nosso socorro:

... es el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médica - que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del actor, y en su caso, de la influencia en otros factores endógenos - estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria -, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado).²⁸

Cumpre-nos, de pronto, observar que - de maneira geral - os juristas em seus compêndios admitem a existência e a elevada significação da **Lex Artis** aplicada às questões médicas, porém, raramente buscam desenvolver sistematicamente o tema de maneira a propiciar maior proveito ao Direito.

No mais das vezes, quando algo é dito sobre a **lex artis**, o que se transmite é apenas um referencial no sentido de reconhecer na atividade profissional médica, a existência de regras próprias.

O Professor Calcerrada, ao revés, trata o assunto com a atenção merecida. Se, de um lado pode-se dizer que seu conceito é demasiado extenso, por outro ângulo, por ser detalhado, nos permite precisar de maneira mais apurada, sua especificidade.

Antes de iniciarmos o exame do conceito enunciado, convém deixar claro que esta matéria não implica na tentativa de ser conhecida a ciência médica por profissionais estranhos à essa formação. Cuida-se, isto sim, de alimentar o mundo jurídico com as informações fundamentais sobre suas **leis** sob as quais gravitam as decisões e práticas médicas.

Segundo o referido Magistrado-Jurista, o objetivo da **Lex Artis** é: **Valorar a correção ou não do resultado de dita conduta, ou sua conformidade com a técnica normal requerida, ou seja, que essa atuação médica seja adequada ou se corresponda com a generalidade de condutas**

(28) CALCERRADA, Luis Martínez, *Derecho Tecnológico*, La Nueva Inseminación Artificial, Ed. Central de Artes Gráficas, S.A., Madrid, 1989, ps. 473/474 ;

profissionais perante casos análogos ²⁹.

A culpabilidade do médico não pode ser aferida, no mais das vezes, sem o acurado estudo sobre a correção da conduta escolhida e aplicada ao paciente.

Inobstante, não cabe aos profissionais do Direito (advogados, juizes, promotores de justiça, etc.), invadir seara alheia, concluindo, temerariamente, que o médico deveria se utilizar, por exemplo, desta técnica, ao invés daquela.

Entretanto, essa impossibilidade não inibe o Direito de apurar a presença ou ausência de culpa do médico no caso concreto, pois, do contrário, nenhum profissional, de qualquer área, jamais seria responsabilizado criminal ou civilmente.

O que resta claro é que a medicina possui procedimentos reconhecidamente seguros e corretos, compatíveis com ocorrências semelhantes, ou, no caso de novas situações, indicações das atitudes mais aconselháveis e, essa realidade está aberta ao Direito.

a) Profissional de Medicina

A conduta que se perscruta enfocada é a do ser humano capaz e responsável criminalmente, tendo colado grau em medicina, em Faculdade de Medicina legalmente reconhecida, no exercício de sua profissão.

A atuação do profissional de medicina deverá ser de conformidade com a **Lex Artis**, ou seja:

Ya se ha visto que la jurisprudencia exige su concurrencia para que el acto sea legítimo, y pueda decirse que se ha hecho con la observancia del cuidado objetivamente debido; con la diligencia y pericia debidas. Por Lex Artis se entiende "la técnica correcta", o "aquellos principios esenciales que tiendan a su normal desenvolvimiento" ³⁰.

A exigência que se faz de que a conduta médica se dê em consonância ou, de acordo com a **perícia devida**, assume contornos nitidamente particulares nos casos das - especialidades. Sua atenção será tanto mais necessária, quanto maior sua especificidade.

Vivemos, **data maxima venia**, no que toca à medicina, um universo de especialidades, tornando raro encontrar-se, por exemplo, atualmente, o conhecido médico-clínico. Setorizou-se sobremaneira a profissão médica, não apenas no que diz respeito às partes do organismo humano mas, até no sentido da tecnologia aplicada.

Se, de um lado pode ser exigida uma conduta mais apurada no especialista, no campo da sua especialização, tal exigência há de ser abrandada ou até afastada em áreas estranhas a essa especificidade profissional.

Assim, não pode o Direito exigir que um cirurgião-geral atue eficazmente numa micro-cirurgia sofisticada; que um médico-anestesiista forneça, a contento, um diagnóstico preciso, frente a uma patologia desconhecida ou, que um oftalmologista execute com reconhecida destreza, um parto anômalo.

Claro está que essas ponderações só se tornam relevantes a partir do exame do caso concreto, com as análises que lhe são próprias.

(29) Ob. Cit., p. 474 ;

(30) CASABONA, Carlos Maria - La Actividad Curativa (Licitud y Responsabilidad Penal, Ed. Boch, Casa Editorial, S.A., Barcelona, 1981, p. 71 ;

A prática médica eletiva é completamente diferenciada de um atendimento de urgência; o serviço médico prestado em centro de saúde sofisticado, com pessoal bem aparelhado, pessoal e tecnicamente, é diverso daquele despendido em local ermo ou de precárias condições de higiene; o acesso do médico ao histórico do paciente produz nele convicções outras das que podem ser obtidas em quadros omissos por culpa do paciente ou dos seus familiares, por exemplo.

A importância de agir conforme a **Lex Artis** pode ser demonstrada pela lição de Adelmo Manna, ao concluir sobre a interpretação dos arts. 589 e 590 do Código Penal italiano, assim:

Le conclusioni cui siano giuntini de iure condito sono nel senso che il trattamento medico-chirurgico di carattere terapeutico, se eseguito lege artis, no integra le fattispecie dei delitti di cui all'art. 589 e 590 c.p.^{31 32}

A questão não se limita à formação profissional do médico ou à elaboração dos diagnósticos e prognósticos cuidadosa e responsabilmente; vai além, perscruta da prosperidade do tratamento escolhido, a sua consecução e do resultado então obtido, tipificado criminalmente.

À exceção dos casos de urgência e de impossibilidade absoluta de previsão por parte do médico, a escolha do tratamento deve se constituir no resultado dos exames realizados junto ao paciente, somados àqueles que se traduzem na prática reconhecida nas condutas médicas para casos similares.

Ser a opção do tratamento médico atribuição do profissional de medicina, não torna a escolha desmotivada, ao contrário, trata-se de opção técnica de pessoa capaz e responsável por decisão fundamentada. Parte desses fundamentos está presente no histórico do paciente, parte no seu exame clínico, parte nos resultados dos exames laboratoriais ou de outros profissionais competentes em áreas especiais da saúde e, finalmente, considerar-se-á o momento científico em que o ocorre a escolha, com todos os recursos inerentes.

b) Paciente

Para que o profissional de saúde possa se utilizar da **técnica normal requerida**, precisa ele estar munido das informações **possíveis** sobre a história do paciente obtidas por ocasião da anamnese regularmente procedida.

O paciente e ou seus familiares devem então fornecer ao profissional toda e qualquer informação útil a fim de propiciar os competentes diagnóstico e prognóstico médicos. É evidente, o entendimento do que seja **informação útil**, é técnico e, portanto, pressupõe a provocação do facultativo e não do leigo.

A prova de que uma anamnese se realizou e se fez de maneira a preencher as exigências técnicas específicas pode ser realizada por meio da chancela do paciente aposta no formulário próprio; o que se aplica também ao caso das prescrições médicas (receitas), as quais podem ser firmadas também pelos pacientes (na via-cópia).

[31] Profili Penalisici Del Trattamento Medico-Chirurgico, Ed. Casa Editrice Dott. A. Giuffrè, 1984. p. 176 ;

[32] N. do Autor - Os artigos 589 e 590 do Código Penal italiano capitulam, respectivamente, os crimes de homicídio culposo e lesão pessoal culposa (lesão corporal culposa), previstos nos Artigos - 121, § 3º e § 4º e 129, § 6º, todos do Código Penal Brasileiro.

Tais cuidados esclarecem sobremaneira os casos de omissão de informações errôneas destes, as quais podem levar os médicos a erros justificáveis. Assim se dá, por exemplo, na ministração de soro glicosado a pacientes diabéticos, aplicação de drogas às quais são os pacientes alérgicos, ocorrência de hemorragia em hemofílicos, etc.

Não se pode olvidar das características pessoais do paciente que pode abrigar anomalias não passíveis de constatação aos primeiros exames, embora metuculosos, o que, inobstante, às vezes, pode ensejar exames complementares para viabilizar conclusões responsáveis do profissional de saúde.

Embora existam possibilidades de haver intercorrências no estado do paciente ensejadoras de atuações outras que aquelas para as quais houve a contratação inicial, a vontade do paciente deve prevalecer, vale dizer, por exemplo, no caso do profissional de medicina, com a argumentação de aproveitar a aplicação de uma única anestesia, incorrer, além daquela contratada, noutra cirurgia, para a qual o paciente não fora informado ou consultado, podendo ter sido. Exemplificativamente, é o que pode se dar na cesariana seguida de ligadura de trompas sem o prévio e **necessário** consentimento da paciente.

Deve o paciente submeter-se à orientação do médico e, dessa submissão **ab initio** se depreende, quase sempre, não apenas consentimento mas o fornecimento das informações necessárias ao bom diagnóstico, assim:

Le malade, qund il consulte le praticien pour un problème, déterminé, s'ate, à l'exécution de certaines prestations: anamnèse, examen clinique, actes courants tantôt de prévention, tantôt liés à l'établissement d'un diagnostic et à l'instauration d'un traitement.

...

Il peut les accomplir jusqu'au point limite de refus formel du malade.³³

Dessa maneira, o paciente viabiliza ao médico, ministrar o cuidado **objetivamente devido**, como ensina Carlos Maria Romeo Casabona:

Ello implica que el médico o cirujano que en su actuación se ha sujetado a la Lex Artis no abrá infringido el cuidado objetivamente debido.³⁴

Considerado o exposto, resumidamente, o médico deverá sujeitar-se à *Lex Artis* porém, há no mais das vezes, necessidade da colaboração e participação do paciente para tanto.

Tirante a colaboração voluntária do paciente, considera-se, ainda, suas peculiaridades individuais que poderão facilitar ou dificultar a obtenção do resultado médico pretendido. É evidente a existência de peculiaridades previsíveis, ou constatáveis por meio de exames próprios, todavia, ao longo do tratamento específico poderão emergir situações totalmente imponderáveis.

Nesse último caso, mesmo havendo o dano físico tipificado pela norma penal, não incidirá em conduta criminosa o profissional de saúde. Primeiro, por obedecer a **Lex Artis** aplicável ao caso concreto; segundo por sua conduta não poder conter a censura interna, vez que agia com o cuidado objetivamente devido

(33) HENNAU-HBLET, Christiane - Ob. cit., p. 33 ;

(34) El Médico Ante El Derecho - Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo - Madrid, 1985, p. 70 ;

(35) HUNGRIA, Nelson; FRAGOSO, Heleno Cláudio - Comentários ao Código Penal, v. V, Ed. Forense, 5ª ed., 1979, ps. 185/186 ;

não sendo exigido, conseqüentemente, qualquer outro comportamento.

A culpa **stricto sensu** é tratada pelo Mestre Nelson Hungria, de maneira lapidar, unindo o requisito da **não exigibilidade**, à **previsibilidade**, no que, pode perfeitamente se ajustar aos casos médicos, assim:

No tocante à identificação da culpa stricto sensu é que se apresenta como irrecusável justa o critério da não exigibilidade (Nichtzumubarkeit) como causa de exclusão de culpabilidade, segundo uma recente orientação de penalistas alemães (Eb. Schmidt, Freudenal, Mezger, Siegert), e que assim pode ser fixado: Se o pressuposto da culpabilidade (falta moral) e a censurabilidade (Vorwerfbarkeit) da ação, segue-se que ela exprime a violação de um dever de conduta, do ponto de vista social; mas, conduta social não pode ser senão aquela que sendo exigível de um indivíduo, não é seguida por este.³⁵

Tanto parece presumível o insucesso de um dado tratamento escolhido a partir de falsas informações fornecidas pelo paciente, quanto o diagnóstico apressado, indicando técnica perigosa, sem a anamnese compatível.

Questão de relevo, também, é a que envolve a possibilidade, o limite da vontade do paciente, relativamente a um dado tratamento médico. O paciente, no relacionamento médico-paciente é um leigo e, como tal haverá de ser considerado e tratado, mesmo que tenha formação médica.

Quem define a técnica que deverá ser ou não empregada na conduta, portanto, não poderá ser o paciente mas sim, o médico - legal e tecnicamente habilitado para tanto. Daí a importância do conhecimento da **Lex Artis**.

Convém não deixar de se considerar que o conhecimento da **Lex Artis** não se limita à questão técnico-científica. Abarca conceitos éticos e sociais correntes em certo momento histórico, em um dado local, numa considerada situação objetiva.

Destarte, se é de capital importância o conhecimento e a prática da **Lex Artis** por parte do médico, há que exigir como dever do paciente, a entrega das informações condizentes e possíveis para que o profissional de saúde possa exercer seu mister satisfatoriamente.³⁶

c) Ciência

○ Professor Calcerrada sustenta a seguinte máxima: **cada acto, una Lex**, referindo-se ao ato médico.³⁷

É impraticável, por exemplo, a aplicação de uma tecnologia atual a um caso pretérito, quando não existia tal benefício.

○ avanço científico ocorrido nos últimos tempos viabiliza tratamentos outrora impossíveis; são avanços relativos a novos conhecimentos, aparelhos, técnicas, drogas e até mesmo de novas profissões, as quais, aplicadas ao lado do tratamento médico alargam sua segurança, trazendo novos horizontes ao paciente.

Embora esses benefícios sejam muito significativos, não alcançam a

(36) FIGUEIREDO DIAS, Jorge; SIDE MONTEIRO, Jorge - Responsabilidade Médica em Portugal, Separata do Boletim do Ministério da Justiça, Lisboa, 1984, p. 58 - ... **para que a intervenção médica não se considere ofensa corporal, que ela tenha sido conduzida de acordo com as Leges Artis** ;

humanidade de maneira generalizada ou de forma homogênea.

Muitas conquistas obtidas pela ciência, aplicáveis à saúde não são acessíveis nem a grande parte dos médicos, nem aos pacientes, dado seu alto custo, complexidade e rápida evolução.

Dessa maneira, ao afirmarmos que a cada ato médico comporta a aplicação de uma certa **Lex Artis**, dizemos que o médico se utiliza ou indica o caminho não apenas desejável, porém, o aplicável ao caso objetivo, consideradas as limitações do paciente, inclusive financeiras; além, é claro, da possibilidade de acesso àquele considerado recurso científico.

Considere-se ademais que a conquista científica aplicada não deve ser temerária ou não comprovada, ao revés, há de ter o reconhecimento da classe.

Os meios de atendimento não de ser considerados também, a cada caso. Num grande e adiantado centro médico, por exemplo, o grau de recursos colocados à disposição do paciente é sensivelmente maior do que os disponíveis em região pobre ou de pouco desenvolvimento.

Outro aspecto ponderável é o do estado em que se encontra o paciente no momento em que é atendido (gravidade ou não do mal que o atinge, idade avançada ou não, consciente ou não, etc.).

É o caso de intervenção médica que admite programação prévia, com requisição de exames laboratoriais ou outros, ou a situação é emergencial em local ermo, onde o paciente não pode contar com a mínima assepsia.

Nota-se destas poucas linhas, das peculiaridades casuísticas que passam das grandes máximas científicas para o paciente na sua individualidade, em sua família, em sua comunidade.

A distância real existente entre o avanço científico e tecnológico, da realidade de cada paciente, na sua individualidade, é de ser levado em conta pelo Direito, para concluir da responsabilidade ou não criminal do médico.

3. Conclusões

Sem dúvida, a Teoria Finalista pode nos proporcionar enorme contribuição para que se examine eficientemente o comportamento do profissional de saúde de molde a aferir, de maneira adequada a existência ou não de sua culpabilidade.

Pesquisar sobre o profissional de saúde, quanto à reprovabilidade de sua atuação, de sua disposição interna frente à decisão admitida, da viabilidade de escolha de outra conduta, da possibilidade de pautar sua conduta na norma legal, da possibilidade de exigência legal e seu âmbito de determinação, certamente contribuirá para a eficaz constatação ou não da sua culpabilidade penal.

O Direito, através da corrente finalista, oferece modo mais rico e profundo de ser criticada a atuação do agente.

O mundo interno do profissional de saúde haverá de ser valorado e, dessa valoração resultará a maior ou menor exigência de um comportamento compatível com a realidade científica, fenomênica, ética e jurídica.

Final, o exercício da medicina, assim como de qualquer outra profissão de saúde, se faz em sociedade e, conseqüentemente, deve se submeter aos limites

(37) Ob. cit., p. 475 ;

impostos a todos os partícipes da comunidade.

Inobstante, a medicina, por exemplo, possui suas próprias leis específicas. Não leis na concepção técnico-jurídica, porém, entendimentos segundo os quais esta e não aquela conduta é indicada a ser aplicada ao paciente.

O conhecimento pois, da **Lex Artis** se impõe. Não no sentido do estudo das técnicas e procedimentos médicos, propriamente ditos. O que se vislumbra é o acesso ao entendimento das normas e conceitos indicadores de que certa técnica ou procedimento deverá ser adotado, respeitado.

Não se concebe a existência de bolsões sociais onde a norma jurídica não alcance ou atinja.

Parece evidente a relativa facilidade de compreensão frente a atuações comuns do ser humano. Ao revés, em se reconhecendo na conduta do profissional de saúde, uma conduta científica ou com base científica, haverá de se respeitar a existência de fontes especiais e, inclusive, um vocabulário particular. Mister se faz ao aplicador da lei, aos advogados, promotores de justiça e juristas, um conhecimento de maior profundidade sobre tal seara.

O conhecimento assim obtido, urdido na pesquisa da conduta do agente, frente a um momento preciso, específico e concreto, reduzirá a possibilidade de enganos nocivos à própria comunidade como um todo.

O paciente não desacreditará na Justiça e, o **profissional de saúde** quedará tranqüilo pois, a ele aplicar-se-a, cuidadoso e aprofundado estudo sobre a conduta por ele escolhida e aplicada, tendo em vista sempre o caso concreto.

Deixa de haver, no campo da prova, a condicionante constatação crítica doutro profissional de saúde que não o agente propriamente dito.

Restaura-se a utilização dos **indícios**, os quais constituem a prova indireta por excelência, cuja força Malatesta consagra:

A medida desta força probatória só pode encontrar-se na natureza íntima da prova que examinarmos; natureza íntima, que determinamos em uma relação específica de causalidade. É necessário, por isso, para conhecer a força probatória do indício, investigar em particular a força específica de causalidade que nele liga o desconhecido ao conhecido. ³⁸

Só nos aproximamos da prova criminal, no caso do profissional de saúde ao mergulharmos na sua natureza íntima, vale dizer, na **Lex Artis** peculiar, considerado o caso concreto.

Palavras-Chave: culpa médica, direito de defesa, erro médico, ato médico correto.

Key Words: medical guilt, medical error, correct medical act.

(38) MALATESTA, Nicola Framarino dei - A Lógica das Provas em Matéria Criminal, 2ª ed., Ed. Livraria Clássica, Lisboa, 1927, p. 208 ;

DISCUSSÃO DE UM CASO DE ABORTO LEGAL CONDUTA DO MÉDICO EM CASO DE GRAVIDEZ CONSEQUENTE DE ESTUPRO

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

INFORMAÇÕES SOBRE O CASO

· Em 12 de janeiro do corrente ano M.L.S.J., mãe de S.C.J. efetuou registro de boletim de ocorrência junto a Delegacia de Polícia.

· Em 14 de janeiro foi submetida a exame ecográfico, que demonstrou a existência de uma gestação de 11 semanas + ou - 0.5 semana.

· O exame psiquiátrico realizado em janeiro conclui "ser a periciada portadora de Deficiência Mental Moderada/grave (rebaixamento intelectual e das funções psíquicas numa pessoa que nunca atingiu o amadurecimento psíquico).

· Provocou a mãe de S.C.J. o Poder Judiciário que proferiu decisão no sentido de informar: que não existe base legal para a tutela antecipada (09/01/98).

· No mesmo dia o Presidente da OAB - Subseção regional, impetrou um *Habeas Corpus* em favor do nascituro.

· Ainda, no dia 10 de fevereiro, que a mãe de S.C.J., na qualidade de sua representante legal- expressamente autoriza que sejam realizados os procedimentos necessários à interrupção da gestação.

· Enfim, em 11 de fevereiro o Hospital Universitário foi procurado por M.L.J. representando sua filha S.C.J., a fim de que efetue o aborto.

· Em 12 de fevereiro de 1998, nos foi solicitado verbalmente, para que emitíssemos parecer a respeito.

LEGISLAÇÃO

Aborto é crime, previsto nos arts. 124 e seguintes do Código Penal:

Art. 124 "Provocar aborto em si mesma ou permitir que outrem lho provoquem"

Art. 125 "Provocar aborto, sem o consentimento da gestante"

Art. 126 "Provocar aborto com consentimento da gestante"

Art. 127 - "Forma qualificada".

Mas nas hipótese do art. 128 incisos I e II do Código Penal, há previsão de permissão:

* Médico. Professor Adjunto da Disciplina de Deontologia Médica da Universidade Federal do Paraná. Advogado. Fiscal do CRM/PR.

** Delegada de Polícia

Art. 128 " Não se pune o aborto praticado por médico:

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal."

1) aborto necessário: previsto no inciso I – quando a continuidade da gravidez importar em risco para a gestante, decisão esta que é técnica do médico, não devendo haver outra influência, que não seja a própria vontade da gestante; deve a avaliação do médico concluir :

a) que a mãe está em situação caracterizado como risco de vida:

b) se esse perigo está diretamente relacionado à gestação;

c) a interrupção da gestação é o único meio de salvar a vida da gestante.

2) aborto sentimental: previsto no inciso II - quando a gestação é produto de estupro, a decisão aqui parte da gestante ou seu representante legal, que terá de convencer o médico da origem da gestação, e este convencido, poderá realizar o procedimento.

O **estupro** vem a ser um crime contra a liberdade sexual da mulher previsto no Código Penal em seu artigo 213:

"Constranger mulher a conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça".

Este ato deve ser, praticado contra a vontade da mulher e para tanto , utilizando-se de ameaça ou de violência física, o tipo penal vem em defesa da liberdade sexual da mulher. Prevê, ainda, a presunção da violência, no art.224 do mesmo documento regulador:

"Presume-se a violência, se a vítima:

a) não é maior de catorze anos;

b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância;

c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência."

A existência de qualquer destas circunstâncias já informa a existência do estupro, pois a vítima não tem condições de manifestar sua vontade.

Já o Código de Ética Médica art. 43 formula que:

"É vedado ao médico:

Descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento."

E ainda , no art. 57

"É vedado ao médico:

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

DISCUSSÃO

S.C.J. é uma pessoa, que conta com 23 anos, mas que possui uma deficiência mental, razão pela qual é representada por sua mãe, que alega que S.C.J. teria sido vítima de estupro por autor desconhecido, inclusive apresentando Boletim de Ocorrência, onde traz a notícia do abuso as autoridades locais.

Tendo a vítima as características supra citadas em conformidade com o previsto no art. 224 do Código Penal, então não há que se provar da violência, apenas e tão somente da existência ou não do ato sexual, nas palavras de Nelson Hungria: “Nos casos de violência ficta ou presumida (art. 224), a própria gravidez, via de regra constitui a prova evidente do estupro”.

Como nos ensina Celso Delmanto, sobre o aborto sentimental “Trata-se do aborto também denominado ético ou *humanitário*. Exige-se para que seja lícito: 1. Gravidez conseqüente de estupro. Inclui tanto o estupro praticado com violência real como presumida. Hoje, prepondera a doutrina que entende que a permissão também alcança, por analogia, a gravidez resultante de atentado violento ao pudor. 2. Prévio consentimento da gestante ou de seu representante legal. Observe-se, porém que a lei não exige autorização judicial para a prática do aborto sentimental, ficando a intervenção ao inteiro arbítrio do médico.”

A autorização judicial para a interrupção da gestação, tanto na hipótese de aborto necessário, quanto na hipótese de aborto sentimental é dispensável e mesmo juridicamente impossível de ser atendido por falta de previsão legal.

O poder judiciário não deve ser consultado pois a matéria é de competência médica e não jurídica.

A Assessoria Jurídica do CRM-PR instada a pronunciar-se sobre o tema esclarece: “não se trata no caso de obter autorização judicial para a prática do aborto, desde que provado o estupro e também existe a autorização dos representantes legais da vítima, a realização desse procedimento médico é um direito já previsto em lei, e portanto dispensável a anuência do Poder Judiciário (parecer emitido em 19/02/98).

Essa posição é refendada por Celso Delmanto na sua obra Código Penal Interpretado que cita grandes penalistas que compartilham desta posição como Custódio da Silveira, Leite Fernandes, Júlio Mirabete, Mayrink da Costa.

A Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei que torna obrigação o atendimento dos hospitais da rede pública nos casos que a lei autoriza o aborto, mas bastava que o Ministério da Saúde baixasse uma Portaria disciplinando o atendimento do chamado aborto legal, através da rede pública, estaria assim simplesmente cumprindo a lei.

Esse projeto de lei permite a possibilidade de exercer o direito conferido

pela lei mas inacessível a população carente, é uma questão de direito a isonomia, não seria humano e eticamente justificável deixar um casal sem opção e sem atendimento médico, reservando-se apenas aqueles que por serem privilegiados atuam independente da lei.

O Código de Ética Médica em seu art. 43 diz ser vedado ao médico "descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento".

O art. 57 disciplina que é vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente.

A gestante através de seu representante legal deseja a interrupção da gravidez, tem o direito a que este seja realizado, ficando o serviço médico público obrigado a provê-lo, não tendo por condão obrigar o médico ao atendimento, se suas convicções pessoais não o permitirem, o que deve ser preliminarmente informado.

Caso fosse a gestante pessoa de posses, não faltariam médicos para realização do ato, sendo a pessoa carente a legislação tardia mas sabiamente determinará que os hospitais públicos também sejam responsáveis pelo atendimento, conforme já aprovado pela Comissão de Justiça da Câmara dos Deputados.

Sobre o tema o "Forum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto legal previsto em lei" realizado em Brasília em dezembro de 1997, entre outras conclusões cita:

1) os hospitais públicos devem ter equipes de saúde multiprofissionais treinados para o atendimento à mulher violentada sexualmente;

2) o Boletim de ocorrência e o laudo do I.M.L. não são exigidos pela lei para caracterizar o estupro, fica a critério do serviço de saúde o atendimento sem estes documentos;

3) caso o médico seja induzido a erro e, assim por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, suponha estar praticando aborto legal, estará caracterizada a discriminante putativa e o médico ficará isento de pena.

CONCLUSÕES

a) é necessário que o médico tome conhecimento formal da existência de uma gestação como conseqüência de abuso sexual, o que pode se dar pela existência de um Boletim de ocorrência registrado em Delegacia de Polícia, ou de documento declaratório proveniente da própria vítima ou de seu representante;

b) é imprescindível a autorização da paciente ou de seu representante legal, que ela seja realizada ou na presença de duas testemunhas ou em documento público, mas que de qualquer forma seja documento escrito;

c) o pedido de autorização judicial para a realização do aborto em gravidez conseqüente de estupro, como já ficou demonstrado não é só dispensável, bem como, não há previsão legal para tal autorização ;

d) é dever do hospital público o atendimento das situações que a lei autoriza o aborto; caberá a direção clínica do hospital determinar ao serviço de gineco-obstetrícia a indicação da equipe médica para realizar o ato cirúrgico, no menor tempo possível para diminuir os riscos do ato;

e) respeita-se ainda assim a autonomia do médico que realizará ou não o ato conforme os ditames de sua consciência;

f) caso o ato seja efetivado, é necessário respeito ao paciente e aos profissionais que atuaram no caso, mantendo o sigilo, pois as informações são de publicidade restrita e só devem ser fornecidas ao paciente ou seu representante legal.

Curitiba, 22 de fevereiro de 1998.

Referências Bibliográficas:

- 1 – Delmanto, C. – Código Penal Interpretado 3ª Edição
- 2 – Código de Ética Médica – Resolução 1246/88 do C.F.M.
- 3 – Croce, D. & Croce Jr., D. - Manual de Medicina Legal, 1995. Editora Saraiva
- 4 – França, GU, Direito Médico, 4ª Edição, 1987
- 5 – Fragoso, HC - Lições de direito Penal, São Paulo , Bushatsky, 1976

Palavras-Chave: aborto, aborto legal, aborto e estupro, estupro, estupro e gravidez, gravidez indesejada.

Key Words: abortion, legal abortion, abortion and rape, rape, rape and pregnancy, undesired pregnancy.

O ERRO E O MÉDICO

Antônio Celso Albuquerque *

Um dos assuntos preferidos dos entrevistados de programas de televisão e da imprensa de modo geral, vem sendo o que se convencionou denominar de "erro médico". Embute-se nesta expressão, todas as intercorrências danosas oriundas de um procedimento médico, imputando-se quase sempre aos facultativos a responsabilidade pelos maus resultados advindos aos pacientes.

Dias atrás assisti alguns trechos de um programa em nossa televisão local, muito bem conduzido aliás, onde o tema do debate era "O médico pode errar?".

Me surpreendi realmente com a pergunta que servia de fundo para os debates no programa. Afinal, o médico não pode errar. Mas não apenas ele. Também o advogado, o odontólogo, o piloto de avião ou o motorista de ônibus. Na verdade, ninguém deve errar. O erro é a antítese de certo. E homem foi dotado pela natureza com os mecanismos necessários para não errar, mas como infelizmente, não lhe foi concedido também o dom da infalibilidade, às vezes erra, ou por vontade própria ou involuntariamente.

No caso do médico, há que se definir, quando não obtenha o resultado de cura que busca, se efetivamente errou na sua atuação, por que, e em que circunstância. E mais, há que se separar sempre o "erro" do "acidente", pois o primeiro decorre da atividade do profissional e o segundo independe desta.

Ademais, nem todo "erro médico" merece sanção. Existem situações complexas em que o erro é escusável.

A exemplo, um paciente que seja portador de uma doença de difícil diagnóstico e que seja avaliado erroneamente por seu médico. Por este erro, não pode ser responsabilizado, salvo se comprove tenha agido com culpa nos meios empregados na busca do diagnóstico.

De outro lado, sempre deve ser considerado, quando se discute danos advindos do exercício da medicina, que existem riscos inerentes a todo procedimento médico, especialmente os cirúrgicos, quando então, um mau resultado pode advir, porém, sem que para ele tenha havido a contribuição do facultativo. São os chamados "acidentes", que independem da perícia, zelo e proficiência do cirurgião. É claro que estas situações, obviamente, decorrem do ato cirúrgico. Quer dizer, persiste o nexó causal entre o procedimento e o dano. Mas a prova de culpa do facultativo é indispensável para se definir a sua responsabilidade. Existem situações que dada a falibilidade do ser humano, o mau resultado deve ser reputado ao infortúnio e não ao profissional médico, a par de sua perícia e zelo, não pode evitá-lo.

Durante a discussão patrocinada pelo canal de televisão de nossa capital, o presidente do CRM Dr. Wadir Rupollo, citou um exemplo hipotético mas típico de erro médico, que pelas circunstâncias não seria punível. O local seria um pronto socorro de intenso movimento, ao qual dera entrada uma vítima de acidente

* Consultor jurídico do CRM-PR

de trânsito, com várias lesões e abundante hemorragia interna. Levada à cirurgia, o médico utilizou várias pinças para sustar o sangramento de veias e artérias ao mesmo tempo que suturava outras. Tudo isto realizado no campo cirúrgico ensangüentado e é claro, com pouquíssima visibilidade. Ao final salva o paciente. Tempos depois se descobre que esquecera no corpo daquela vítima, um dos instrumentos que utilizara na sua luta para vencer a hemorragia.

Na análise fria do princípio da responsabilidade, teria agido com negligência, posto que, deveria ter contado quantos instrumentos cirúrgicos utilizara, para recontá-los ao final do procedimento. Mas as circunstâncias do atendimento o isentariam desse dever, desde que sua atenção estava inteiramente voltada na preservação da vida do paciente e não na possibilidade de que viesse a esquecer um dos instrumentos no corpo do mesmo. Existem portanto situações, que apesar de comprovação de erro, este não pode ser analisado à fria definição da lei.

Outro aspecto que deve ser considerado sempre que se discute a medicina praticada no Brasil, é o estado calamitoso da maioria dos hospitais brasileiros, quase todos praticamente falidos, principalmente aqueles que ainda prestam serviços à Previdência Social. Independentemente do baixo salário auferido pelos médicos, estes ainda trabalham sob constante risco sem aparelhagem disponível, em salas de cirurgia, onde, não raras vezes, inexistem material cirúrgico compatível. Na sua grande maioria, estes profissionais, principalmente os que atuam nos prontos socorros das grandes capitais, devem ser considerados verdadeiros heróis do cotidiano, embora geralmente não se contem as vidas que salvam, mas os erros que cometem, assim computados indevidamente, os acidentes inevitáveis numa profissão, atualmente, de alto risco.

Por isto tudo, não se deve questionar se o médico pode errar. Não pode, isto é óbvio. Nem ele, nem ninguém. O que se deve é separar-se o erro que ocorre fruto de engano grosseiro, decorrente da imperícia, da negligência e da imprudência, da intercorrência inerente ao risco que que é inafastável, em grau maior ou menor, em todo procedimento médico. E por fim, deve se indagar ainda, quando os erros ou acidentes provêm mais como consequência da péssima estrutura hospitalar brasileira, do que por culpa dos médicos que estão na ponta do falido sistema.

Transcrito da Gazeta do povo
14/08/95

Palavras-Chave: acidente médico, erro médico, culpa, culpa médica, responsabilidade médica.

Key Words: medical accident, medical error, Guilt, medical guilt, medical responsibility.

VOCÊ JÁ FOI AO NINA?

Hildebrando Xavier da Silva *

Um museu tem como função principal a reconstrução histórica, "mostrando como se desenvolveram as artes, as técnicas, a cultura e a civilização".

Uma das preocupações que aflige atualmente os museólogos é o de desvincular os museus de um dos mais arraigados preconceitos perante a sociedade, qual seja, de que "memória é coisa de velho", com diz a museóloga prof^a Heloísa Helena Gonçalves, buscando-se maior interação com o público.

Este objetivo certamente vem sendo plenamente atingido, há décadas, pelo "Museu do Nina", a julgar pelo número de visitas que recebe.

Uma crônica sob o título "Você já foi ao Nina?", publicada pelo jornal A TARDE, por ocasião das comemorações do seu 80º aniversário, em 1992, no caderno intitulado os "80 anos de medicina", informa-nos desta preferência popular desde os primórdios do museu do Nina.

A referida crônica científica de que "nos idos de 40 e 50, o Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues fazia parte das atrações turísticas da cidade" e, o que movia esta atração era o interesse pela história que o museu despertava.

O Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues desde sua fundação, até 1979, localizava-se à rua das Portas do Carmo, hoje Alfredo Brito, ali construído após o incêndio que destruiu grande parte da Faculdade de Medicina, ocorrido às 9.30 horas da noite de 2 de março de 1905.

Até esta data, o Laboratório de Medicina Legal, com o seu Museu, já bastante enriquecido, funcionava na ala que fora adaptada do antigo Hospital da Caridade, após a transferência deste, para o bairro de Nazaré.

Neste incêndio, dentre as perdas sofridas com o sinistro, incluíram "algumas preciosidades do Museu de Medicina Legal", como se refere Agenor Bonfim, secretário da Faculdade, em relato de 30 de junho de 1923 e, "dentre estas, o crânio de Antônio Conselheiro, que fora enviada pelo Major Dr. José de Miranda Curió, ao Prof. Nina Rodrigues, para estudo antropológico, tendo este publicado a respeito, o trabalho "La folie des foules. Nouvelle contribution a l'étude des folies épidémiques au Brésil", na revista Ann. Méd. psych., mai-juin-1898.

Após o incêndio, a reconstrução da Faculdade contou com uma significativa ampliação de sua área com a demolição de 13 prédios, ficando o Laboratório de Medicina Legal localizado na área nova, com entrada pela rua Alfredo Brito, tendo sido inaugurado por Oscar Freire em 1911, então Professor Substituto da Cadeira de Medicina Legal.

Em 1915, Diretor do agora denominado Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues, Oscar Freire refez o museu, inaugurando-o à 3 de outubro.

Em 1940, registrava Eduardo Mamede, que o museu do Nina "colecciona avultado número de peças de convicção, armas de crimes, projéteis, e

* Médico-legista do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues. Prof. de Medicina Legal da FAMED-UFBA.

ainda valiosos objetos que muito perto se relacionam com os estudos afro-brasileiros”.

Prof. Nina Rodrigues foi, sem dúvida, um grande estudioso do “negro africano e seus descendentes crioulos e mestiços brasileiros, escrevendo sobre eles 21 trabalhos que cobrem suas manifestações culturais e civilizatórias, inclusive religiosas, literárias, artísticas e políticas”, diz Lamartine Lima. Informa ainda este autor, que Nina Rodrigues “estudou as inter-relações do negro, do crioulo e do mestiço com a miscigenação e a aculturação, apontando o relevo das ilusões catequéticas coloniais e as sobrevivências religiosas ancestrais, em cujo conhecimento aprofundou-se, tanto com referência ao panteon iorubano quanto ao mina-jejê e cafre, como ainda aos pretos maometanos ou malês, em todos estes ramos de religiosidade aproximando-se dos seus sacerdotes e freqüentando seus locais sagrados e descrevendo as suas liturgias, com pioneirismo científico”.

Como se vê, o museu do Instituto Médico-Legal nasceu dos estudos do Prof. Nina Rodrigues sobre a cultura afro e sua influência em nosso meio.

O Prof. Nina Rodrigues foi, reconhecidamente, o nacionalizador da medicina legal e, fortemente influenciado pelas idéias de Lombroso, que de sorte predominavam em todo mundo, à sua época, nos estudos do comportamento humano, desenvolveu inúmeros estudos, como referido, buscando nesta nacionalização, identificar os elementos que exerciam ação sobre o comportamento de nossa gente. A respeito destes estudos, porém, com muita propriedade, adverte Lamartine Lima : “Não é justo querer-se analisar com a ótica equipada dos instrumentos mais avançados do progresso atual, cem anos depois do seu tempo, a obra de um pesquisador científico honesto e sério, para fazer-lhe uma crítica desproporcional, em que esteja implícita a exigência do deslocamento do seu pensar para muito adiante de sua época. É de justiça, sim, o reconhecimento da prioridade absoluta de Nina Rodrigues no **levantamento científico antro-po-sócio-etno-cultural religioso do universo do negro africano, neste cenário**”. (grifamos).

Apesar de Oscar Freire ter retomado o Museu do Nina quando assumiu a direção do Instituto, após o falecimento do Prof. Nina Rodrigues, logo transferiu-se para São Paulo, em 1918, seguindo-se um período de interinidades na direção do instituto, ficando então o museu bastante descuidado, até que, em 1926, o Prof. Luiz Estácio Valente de Lima assumiu, tanto a cátedra de Medicina Legal da Faculdade de Medicina, bem como, por acordo desta, com a Secretaria de Segurança Pública, a direção do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues.

Relatando a situação em que encontrou o Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues, relativo ao ano de 1926, em documento datado de 29 de janeiro de 1927, o Prof. Estácio de Lima, reclamando da situação de certo abandono em que encontrou o museu disse a respeito do mesmo: “Departamento de alta monta, preciosíssimo relicário, jóia inestimável, é um Museu de Medicina Legal. Sua razão de ser ninguém mais indagará. De grande valor para o ensino, de maior importância, ainda, social e histórica, seu mister belíssimo, enfim, impunha se não deixasse perecer, nem desvitalizar”.

E assim o fez. O Prof. Estácio de Lima ficou na direção do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues até 1967, período este interrompido, apenas por curto período,

durante o Estado Novo, em 1937, quando o convênio entre o Serviço Médico-Legal do Estado e a Faculdade de Medicina foi desfeito.

As peças do museu, durante a administração do Prof. Estácio de Lima, foram novamente destruídas, desta vez, criminosamente, segundo relato do mesmo em o **Velho e Novo Nina** levando-o a refazer, no porão da biblioteca, o Museu de Medicina Legal.

Diz a Prof^a Maria Theresa de Medeiros Pacheco que, "pesquisando e organizando como verdadeiro Mestre da Medicina Legal, o Professor Estácio de Lima seguindo o exemplo do mundo civilizado que o acolheu em suas perquirições pela Europa e a África, e no entendimento da importância de um Museu que representasse as origens da antropologia cultural, especificamente na Bahia, mais os assuntos relativos à Medicina Legal e seu vasto campo de conhecimento, procurou ampliar o já existente acervo oriundo de Nina Rodrigues e Oscar Freire, surgindo assim o velho e primeiro documentário da Antropologia Cultural na Bahia sobre o negro, que, a bem da cultura, por onde andou em terras estrangeiras, notadamente na África, adquiriu, por conta própria, muitas peças para o seu Museu".

Em nota publicada pelo Diário Oficial do Estado em 28-11-96, destaca-se à pág. 6: "Museu Estácio de Lima atrai jovens", informando-se que o "espaço expõe algumas das mais importantes relíquias da história recente da Bahia" e, depois de citar todas as seções do museu, conclui a nota dizendo que "como Estácio de Lima era um grande estudioso da cultura negra, o museu reúne um vasto acervo das religiões africanas".

Em reconhecimento aos seus esforços, em 11 de junho de 1959, pelo decreto nº 17369, foi o museu do Nina denominado de "Museu Estácio de Lima".

Com a inauguração do novo prédio do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues, situado no Vale dos Barris, à 10 de março de 1979, já sob a direção da Prof^a Maria Theresa de Medeiros Pacheco, primeira dos discípulos do Prof. Estácio de Lima, título que para si reivindicava Afrânio Peixoto com relação a Nina Rodrigues, "como seu direito e mais alta condecoração", o Museu Estácio de Lima foi instalado em amplas acomodações localizadas na extremidade direita do ala frontal do pavimento térreo do edifício, onde até hoje se situa.

Não tem sido fácil a subsistência do museu do Nina, agora Museu Estácio de Lima, ao longo de sua quase centenária existência, o qual tem sofrido percalços de toda ordem na sua luta pela sobrevivência, que se nutre apenas pela razão consciente daqueles que lhe cabe cuidar, de ser um instrumento de preservação de nossa cultura, que não se constrói apenas de coisas boas, mas que coexistem com as mais variadas manifestações do comportamento humano.

Certamente o Museu Estácio de Lima apresenta um grande potencial para a pesquisa histórica e social justamente pelo fato de contextualizar tanto física, quanto social e cultural, diversas fases de nossa sociedade, integrando toda uma obra que permite observar a evolução do pensamento, e do comportamento humano na ótica das ciências sociais, como em essência se caracteriza a Medicina Legal.

Pertencendo à estrutura administrativa do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues, o Museu Estácio de Lima, conta com o mais dedicado empenho

do seu atual Diretor, Prof. José Américo Seixas Silva, que tem envidado todos os esforços na preservação de seu "acervo de peças de grande valor histórico" como faz registrar em seu relatório de atividades do Instituto relativo ao ano de 1996, o qual informa ainda "ter elaborado projeto de recuperação das obras de arte do museu".

O museu do Nina, ou melhor, Museu Estácio de Lima é, como se vê, uma instituição secular, iniciada pelo patrono do Instituto Médico-Legal e tendo, como qualquer organização do gênero o objetivo fundamental de preservação da história.

"Era difícil resistir a uma vista d'olhos no museu do Nina", dizia a crônica, mas sem dúvida, nos dias que correm, continua sendo, posto que, em 1996, recebeu 20.298 visitantes e, no mesmo ano, 83 grupos de pesquisas utilizaram de seu acervo, como registra o Prof. José Américo Seixas Silva, em seu relatório relativo às atividades do Instituto neste ano.

Como se sabe, a "principal função de um museu é a reconstrução histórica, mostrando como se desenvolveram as artes, as técnicas, a cultura e a civilização", sendo o Museu Estácio de Lima caracterizado como um museu científico e, consoante a tendência moderna destas instituições, permite uma maior integração com o público.

O patrimônio construído é uma acumulação de esforços, contanto seu acervo inclusive com obras de grande valor financeiro, como telas de Di Cavalcanti, perfeitamente integradas no contexto, visto que este pintor "foi um dos primeiros artistas nacionais a defender a necessidade de uma pintura cujos temas refletissem os valores da estrutura social brasileira, descobrindo assim, na gente de terra, os valores e expressões de uma nova modelação plástica, representada, dentre outras, por suas 'mulatas' e assim, basicamente, o conjunto está alicerçado nas raízes culturais da Bahia, como se pode distinguir pelo conjunto de suas várias secções temáticas.

Nada mais expressivo para demonstrar a importância do Museu Estácio de Lima, que os números que apresenta, tanto de visitantes, quanto de pesquisadores, o que torna ainda hoje verdadeira a afirmação do cronista, interpretando tal interesse por um museu de medicina legal, como interesse pela história.

Tal fato é corroborado por uma pesquisa feita há 3 anos pelos alunos do curso de Museologia de Salvador, na qual se constatou que o Museu Estácio de Lima era o mais visitado e popular de Salvador.

Referências

1. BONFIM, AGENOR. Faculdade de Medicina da Bahia. Diário Oficial do Estado. Edição Comemorativa do Centenário. p. 464-473.
2. ENCICLOPÉDIA ABRIL. Museu. Vol. 8, p. 294-96. São Paulo: Abril Cultural e industrial, 1976.
3. Experiência demonstra que museu é agradável a todos. Ciência Press – nº 131 – 18-4-95. http://www.ufba.br/instituições/ufba/imprensa/ciencia_press/press131/
4. LIMA, ESTÁCIO. Velho e Novo Nina. Governo Roberto Santos. Secretaria da

Segurança Pública. Polícia Civil da Bahia, 1979.

5. _____. Relatório do Serviço Médico Legal do Estado da Bahia. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1927.

6. LIMA, LAMARTINE. Atualidade de Nina Rodrigues. A TARDE, 04/1/97. <http://www.atarde.com.br/mat.html>

7. MONIZ, GONÇALO. A medicina e sua evolução na Bahia. Diário Oficial do Estado – Edição Comemorativa do Centenário, p. 401-436.

8. O museu do Nina atrai jovens/José Américo Seixas Silva. Diário Oficial do Estado, 29/11/96.

9. O direito à memória: patrimônio histórico e cidadania/DPH. São Paulo: DPH, 1992.

10. PACHECO, MARIA THERESA DE MEDEIROS. Carta aberta ao governador Waldir Pires. s.d.

11. Você já foi ao Nina? A TARDE – 80 ANOS DE MEDICINA. 10/10/92, p. 4.

Hildebrando Xavier da Silva
Rua Edito Gama Abreu, 300/204
41840-320 - Itaigara - Salvador - Ba.
Tel: 358-8527
brando@ufba.br

Palavras-Chave: museu de medicina, museu Nina Rodrigues, museu médico legal, história da medicina.

Key Words: medical museum, Nina Rodrigues museum; forensic museum, history of Medicine.

Quando a vida é reduzida ao simples fato de existir, e quando nada mais tem significado, existe ainda a liberdade básica, quer dizer, a liberdade de escolher a atitude a tomar para com o próprio destino. Isto pode não modificar o destino, mas modifica enormemente a pessoa.

Rollo May

ÉTICA NA RELAÇÃO MÉDICO-MÉDICO

Reginaldo Werneck Lopes *

Entre as inúmeras maneiras de se distinguir o humano do irracional, uma delas é a da aplicabilidade de preceitos éticos ao humano, no afã do convívio social aceitável.

Os preceitos éticos, entretanto, em si não modificam de maneira eficiente, os impulsos de temperamento e as manifestações de caráter induzem a maioria dos indivíduos à transgressão de regras estabelecidas. Assim, certos indivíduos, compelidos a proceder de acordo com normas éticas, as respeitam apenas quando sob vigilância ou enquanto perdura o perigo para si das desvantagens que a transgressão possa trazer.

No que tange ao trabalho científico o maior estimulante para as transgressões da ética consiste na intenção de tentar suplantar o outro, não pela verdadeira potencialidade do saber, mas pelo volume ou peso do currículo.

Nos países de menor desenvolvimento ou de precário cabedal científico existem poucos grupos de pesquisa tradicional, sendo mais prevalente o trabalho científico oriundo de atividade individual, estabelecendo-se, destarte competição mais acirrada entre pessoas que almejam galgar posições mais elevadas na carreira. Embora tal fato retrate apenas a mediocridade da qualidade científica que nessas condições geralmente existe, quando se resguardam os preceitos de urbanidade e boa convivência, tais manifestações são toleráveis e perfeitamente explicáveis porque, afinal, representam a reafirmação da lei darwiniana, que se aplica também, ao animal homem. Entretanto, nestas condições, a imposição de preceitos éticos como mecanismo controlador se faz mais necessária e é a divulgação das normas já estabelecidas e aceitas que poderá contribuir para desmistificar conceitos espúrios, geralmente adotados e defendidos pelos que pretendem angariar vantagens pessoais com o trabalho alheio.

A co-autoria em trabalhos científicos vem sendo hodiernamente objeto de preocupação também das editoras. O Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (International Committee of Medical Journal Editors) estabelece como premissa para co-autoria a **participação ativa e a capacidade de assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho**. Segundo os termos de manifesto deste comitê, mesmo a **condição de supervisor geral de um grupo de pesquisa não justifica co-autoria**. Oportuna, também é aceitação de um parecer do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, aprovado em reunião plenária de 12 de julho de 1988, que em um de seus trechos diz assim: "... com o intuito de manter o respeito mútuo entre colegas e a ética do trabalho científico é necessário que, desde o seu início, ou seja, desde a sua idealização, sejam definidos os nomes dos participantes e a importância de cada um na realização do mesmo...".

* Membro Titular da Academia Paranaense de Medicina. Prof. de Gastroenterologia da UFPR. Ex-Conselheiro do CRM/PR.

Atualmente, há também preocupação quanto ao número excessivo de co-autores que aparecem nos trabalhos, sendo que vários periódicos estrangeiros já vêm restringindo para seis o número de autores, requerendo justificativa quando este número for maior.

Destacamos três situações distintas de que trata a ética na elaboração de trabalhos, no que diz respeito à co-autoria:

- 1) O autor solicita um auxílio de um colega;
- 2) O autor é membro de um serviço ou grupo onde o trabalho foi realizado, mas o chefe e demais colegas não tiveram participação ativa no trabalho;
- 3) O autor é chefe de um serviço ou grupo, mas seus assistentes não participaram ativamente do trabalho;

Analisaremos as eventualidades que possam levar o autor a solicitar auxílio de um colega. Uma delas é no planejamento da pesquisa, quando o autor possui todos os elementos para traduzir em trabalho de divulgação a pesquisa ou investigação a que está afeito, mas não tem a necessária experiência para fazê-lo. Nessas circunstâncias pode recorrer a um colega ou pessoa conhecedora desse mister o que não caracteriza qualquer obrigação de co-autoria. Se o planejamento não for pago, bastará simples agradecimento no texto introdutório do trabalho.

Outra situação de pedido de auxílio consiste na solicitação de causística que venha contribuir para a validade estatística do trabalho. O colega que fornece os casos, de forma alguma poderá reivindicar co-autoria e qualquer alegação neste sentido se afigura como antiética. Entretanto, se para o desenvolvimento da pesquisa o autor solicita os préstimos de um colega que virá contribuir com a revisão bibliográfica, com o delineamento da metodologia, com a análise dos resultados e elaboração das conclusões, torna-se obrigatória a inclusão do colega como co-autor.

O autor pode ainda recorrer a um colega para avaliação de resultados, ou seja, um pré-exame do trabalho antes da publicação. O consultado poderá fazer sugestões que venham melhorar a publicação no que tange ao seu aspecto didático e científico. Em geral, nesta situação também apenas se configura a obrigação de um agradecimento no texto. Esporadicamente, nesta situação, pela importância fundamental que a intervenção do colega tenha representado, a co-autoria pode ser aceitável.

Se o colega chamado a colaborar venha a ser o redator do texto, fica implícita a participação ativa no trabalho, em todas as suas fases de desenvolvimento. Neste caso fica caracterizada co-autoria no trabalho.

Uma última hipótese de pedido de colaboração seria a de um colega ser chamado para a apresentação pública do trabalho. Esta hipótese desdobra em duas outras eventualidades: o colega é solicitado para simplesmente ler o trabalho durante a sessão ou evento onde ele é apresentado, em virtude de impedimento do titular. Neste caso, o favor prestado recebe apenas os agradecimentos do autor. Entretanto, quando o autor desde a elaboração de trabalho lança mão dos préstimos de um colaborador que deverá fazer a apresentação pública do trabalho, estando ele capacitado a responder as questões que surgirem do plenário e habilitado a defender os objetivos e conclusões, é justa e ética a apresentação do apresentador como co-autor.

Na eventualidade de o autor ser membro de uma equipe ou grupo cujos elementos não colaboram ativamente na elaboração do trabalho, não cabe nem ao chefe o direito de figurar como co-autor. Naturalmente, em nosso meio esta é uma situação que não se verifica na prática, pois as pressões sofridas pelo autor para incluir como co-autores participantes do grupo que não tiveram a mínima contribuição é muita intensa e a negação, não aceita pelas chefias. Isto representa o exercício do poder para acúmulo imeritório de títulos, o que é antiético e imoral.

Também, muitos serviços produzem trabalhos em que figuram todos os elementos da equipe como autores. Frequentemente, o chefe do serviço produz o trabalho e arrasta consigo toda a equipe em co-autoria. Assim, fica estabelecido um conluio entre as partes, de maneira a que o chefe passe também, a fazer parte de todos os trabalhos produzidos individualmente pelos demais membros da equipe, e o que é mais grave, muitas vezes como autor, sujeitando-se o verdadeiro autor à condição de co-autor, somente para lisonjear o chefe, geralmente mais influente para conseguir a publicação em determinados periódicos.

Palavras-Chave: autoria e co-autoria, co-autoria, ética na autoria, publicação de trabalho, publicações médicas, trabalho científico.

Key Words: authorship, co-authorship, ethical authorship, paper publication, medical publication, scientific paper.

Código de Ética Médica

É vedado ao Médico -

"Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador".

TESTE DE HIV PARA ADMISSÃO EM CURSO

Parecer CFM

EMENTA

A realização de testes sorológicos para o vírus da imunodeficiência humana sem prévio conhecimento do candidato a concursos civis ou militares, bem como a incapacitação destes candidatos pelo fato de apresentarem tais exames sorológicos positivos constitui violação aos Direitos Humanos, afronta a Constituição Federal e caracteriza conduta antiética por parte do médico que respalda tal normativa.

I - DA CONSULTA

O Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo - CRM/ES, Dr. Moacir Soprani, encaminhou, para avaliação do Conselho Federal de Medicina - CFM, as normas para admissão ao Curso de Formação e Graduação do Instituto Militar de Engenharia da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério do Exército.

Na sua correspondência ao Conselho Federal de Medicina, o Dr. Moacir pede destaque ao item 7 - b, página 6, e anexo C, página 10, que destacamos a seguir:

"7 - Inspeção de saúde

a -

b - O candidato, na data da inspeção de saúde, deverá apresentar à JIS os resultados dos seguintes exames complementares:

- abreugrafia; sorologia para lues e HIV; reação Machado-Guerreiro; hemograma completo; tipagem sanguínea; parasitológico de fezes; sumário de urina; eletroencefalograma.

Anexo C - Causas mais comuns que poderão incapacitar na inspeção de saúde:

1 -

2 - Reações sorológicas positivas para sífilis, doença de Chagas ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), sempre que afastadas as demais causas de positividade, confirmem a existência daquelas doenças.

3 - Campos pleuropulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões graves anteriores.

....."

II - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Acreditamos que, ao elaborar as normas para admissão ao Curso de Formação e Graduação do Instituto Militar de Engenharia da Secretaria de Ciência e Tecnologia, o intuito do Ministério do Exército seja o de relacionar os melhores alunos dentre os candidatos inscritos.

Entretanto, à luz do conhecimento médico atual, não podemos concordar

com a obrigatoriedade da realização de determinados exames sem o consentimento prévio do candidato/paciente, nem tampouco com a sua reprovação ou exclusão pelo simples fato de apresentar resultados de exames alterados para determinadas patologias.

Na própria Constituição Federal de 1.988, no Título II, Capítulo I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, artigo 5º, inciso X, está escrito: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Em relação às doenças infecciosas, cujos agentes etiológicos podem ser transmitidos exclusivamente através de relações sexuais ou através de contaminação pelo sangue (doença de chagas, sífilis, SIDA/AIDS, hepatite viral B e C), não existe nenhuma justificativa técnica plausível para que as pessoas portadores de tais agentes discriminadas, já que não oferecem nenhum tipo de risco para seus companheiros de trabalho.

Neste aspecto, achamos oportuno mencionar a Portaria Interministerial nº 869, de 11 de agosto de 1.992, publicada em 12/08/92 no Diário Oficial da União, transcrita abaixo:

“- Os Ministros de Estado da Saúde e do Trabalho e da Administração, no uso das atribuições que lhes conferem o art. 87, parágrafo único, inciso IV, da Constituição Federal e,

Considerando que os artigos 13 e 14 da Lei nº 8.112/90 exigem tão somente a apresentação de um atestado de aptidão física e mental, para posse em cargo público;

Considerando a sorologia positiva para os vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) em si não acarreta prejuízo da capacidade laborativa de seu portador;

Considerando que os convívios social e profissional com portadores do vírus não configuram situações de risco;

Considerando que as medidas para o controle da infecção são a correta informação e os procedimentos preventivos pertinentes;

Considerando que a solidariedade e o combate à discriminação são a fórmula de que a sociedade dispõe para minimizar o sofrimento dos portadores do HIV e das pessoas com AIDS;

Considerando que o manejo dos casos de AIDS deve ser conduzido segundo os preceitos da ética e do sigilo;

Considerando que as pesquisas relativas ao HIV vêm apresentando surpreendentes resultados, em curto espaço de tempo, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos infectados e doentes, resolvem:

- Proibir, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de teste para detecção do vírus da imunodeficiência adquirida, tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde.

ADIB D. JATENE

Ministro da Saúde

JOÃO MELÃO NETO

Ministro do Trabalho e da Administração”

Na última reunião da Comissão Nacional de AIDS, realizada em 15.01.97, foi discutida a realização de testes sorológicos para HIV nos egressos às Forças Armadas. Participaram da discussão representantes do Setor de Saúde das três Forças (Exército, Marinha e Aeronáutica). Os membros da Comissão Nacional foram unânimes em solicitar aos representantes das Forças Armadas que revejam as normas que tornam obrigatória a testagem sorológica.

Sendo assim, nosso parecer relativo à consulta encaminhada pelo Presidente Regional de Medicina do Espírito Santo é de que a obrigatoriedade dos testes sorológicos constantes das normas do Ministério do Exército constitui violação aos Direitos Humanos, afronta a Constituição Federal e é antiética. Além do mais, sempre existe a possibilidade de erros, já que tais testes tanto podem apresentar resultados falso positivos como falso negativos.

Sugerimos que este parecer deve ser encaminhado ao Ministro do Exército, ao Ministro da Saúde e à Comissão Nacional de AIDS, enfatizando que o Conselho Federal de Medicina se compromete a participar dos debates que se fizerem necessários junto aos dois Ministérios, a fim de que, através do diálogo franco, possa ser feita uma revisão das normas que tornam a sorologia para o HIV e outros exames compulsórias nas Forças Armadas.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 09 de abril de 1.997

Raimundo Nonato Leite Pinto
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 09/04/97

Palavras-Chave: teste de HIV; HIV na admissão, solicitação do HIV, exame complementar HIV.

Key Words: HIV test, pre-admittante HIV test, HIV request.

**REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO - CORRIGIDO E
ATUALIZADO
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.481/97**

O conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos dos estabelecimentos de assistência médica do País, que assegurem condições de relacionamento harmonioso entre instituições e profissionais visando a melhoria da assistência prestada à saúde da população;

CONSIDERANDO que nesses Regimentos devem estar claramente expressos os deveres e direitos dos médicos e dos dirigentes das instituições prestadoras de assistência médica, visando garantir o exercício de Medicina;

CONSIDERANDO ainda, ser obrigatório o registro e aprovação desses Regimentos nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme dispõe a Resolução CFM 1.124/83;

CONSIDERANDO o aprovado em Sessão Plenária de 08 de agosto de 1997,

RESOLVE:

Art. 1º. Determinar que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais abaixo relacionadas.

Art. 2º. Os Diretores Técnicos e Clínicos das Instituições acima mencionadas terão o prazo de 60 dias para encaminhar ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que atuam documentação comprobatória do atendimento a esta Resolução, a saber:

Parágrafo 1º. Cópia do Regimento Interno com as devidas alterações;

Parágrafo 2º. Cópia da ata da Assembléia do Corpo Clínico que aprovou o Regimento interno com as alterações previstas nesta Resolução.

Parágrafo 3º. Caso o Regimento Interno da Instituição já atenda o previsto nesta Resolução, os Diretores Técnicos e Clínico deverão encaminhar cópia do mesmo e da ata da Assembléia que o aprovou.

Art. 3º. Revogar a Resolução nº 1.445/94.

Art. 4º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 20/05/98

"DIRETRIZES GERAIS PARA OS REGIMENTOS INTERNOS DE CORPO CLÍNICO DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL"

DEFINIÇÃO: O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Obs. Nas instituições em que a expressão "corpo clínico" designar a totalidade de profissionais de nível superior que nela atuem, estas diretrizes aplicar-se-ão ao conjunto de médicos reunidos sob qualquer outra denominação.

OBJETIVOS: O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

- contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;
- colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição
- estimular a pesquisa médica;
- cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada;
- estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

COMPOSIÇÃO: O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição (art. 25 do Código de Ética Médica).

ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO: O Regimento Interno deverá prever a existência do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos Diretores Técnicos e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

ELEIÇÃO: O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

COMPETÊNCIA: O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

- freqüentar a Instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- participar das suas Assembléias e Reuniões Científicas;
- votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;
- eleger o Diretor Clínico e seu substituto, Chefes de Serviços, bem como a Comissão de Ética Médica;
- decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes.
- colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médico, os regulamentos e as normas existentes.

DELIBERAÇÕES: O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar assembléias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

DIREITOS E DEVERES: O Regimento Interno deverá prever os direitos dos seus integrantes, respeitando como fundamentais:

- a autonomia profissional;
- a admissão e exclusão de membros será decidida pelo Corpo Clínico garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- o acesso à Instituição e seus serviços;
- a participação nas Assembléias e Reuniões;
- o direito de votar, e conforme o caso, ser votado;
- de receber a remuneração pelos serviços prestados de forma o mais direta e imediata possível;

- compete aos membros do Corpo Clínico, a decisão final sobre a prestação do serviço médico do hospital. Fica resguardado no limite dos preceitos éticos o direito do médico decidir autonomamente em atender pacientes vinculados a convênios mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico.

- comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Os **deveres** dos integrantes do Corpo Clínico também deverão ser claramente expressos, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da Instituição, por fatos da natureza administrativa, através de sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados. A penalidade de exclusão deverá ser homologado em assembléia do Corpo Clínico. Devem ser claramente mencionados os deveres de:

- obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao Regimento Interno da Instituição;
- assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

- participar dos atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática, em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico.

- cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação de caso em qualquer momento;
- colaborar com as Comissões específicas da Instituição.
- deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de emergência.

Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição.

Palavras-Chave: regimento clínico, corpo clínico, resolução CFM nº 1481, correção,
Key Words: medical board regiment, medical board, CFM resolution nº 1481/97.

Nota da Redação - A repetição de publicação desta resolução CFM nº 1.481/97 é para promover as correções em 2 itens no texto de resolução publicada anteriormente pelo CFM. O texto corrigido está em moldura nesta edição nas páginas 103 e 104.

LAUDO PERICIAL PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA: CONCEITO E CUIDADOS

Parecer CFM

EMENTA

O laudo de avaliação para pessoa portadora de deficiência pode ser emitido por médico não necessariamente perito oficial, devendo os médicos, nestes casos, aterem-se exclusivamente as conclusões médicas.

I - A CONSULTA

Médicos da cidade de Caruaru, estado de Pernambuco, encaminharam ao Conselho Regional um expediente no qual expõem suas preocupações quanto a emissão de Laudos de Avaliação para Pessoa Portadora de Deficiência.

Nesse expediente, perguntam:

1) Pode o profissional médico, da rede pública, ser obrigado, nos casos referidos, a atuar como Perito, sem qualificação científica específica e sem designação oficial para tal?

2) Será ético, será legal, a emissão de um laudo definitivo acerca da incapacidade de um indivíduo, elaborado por um único médico, destituído da qualificação específica de Perito e sem designação oficial e legal para funcionar como tal?

II - ATESTADOS DE LAUDOS - CONCEITOS

Com o intuito de simplificar, não raro são desrespeitados conceitos e regras básicas, e com isto o resultado é funesto.

Atestado Médico é uma declaração conclusiva a respeito do estado de saúde ou doença de alguém, podendo incluir o prognóstico ou conseqüências daquela condição. Exemplos:

"Atesto que o Sr. Fulano de Tal é portador de Tetraplegia conseqüente à traumatismo cranioencefálico ocorrido em janeiro de mil novecentos e noventa e cinco".

Comentário: Quer seja acrescentado ou não "Em conseqüência, está incapacitado para o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho" é evidente que ele é incapaz. A natureza da afecção atestada por si só diz tudo.

Vejamos outro exemplo:

"Atesto que o Sr. Beltrano de Tal apresenta surdez completa bilateral".

Comentário: Neste caso não podemos concluir "a priori" pela invalidez,

que é física no exemplo anterior. Ele pode, com algumas limitações, cuidar-se e inclusive trabalhar, especialmente se a surdez não é de nascença. E mesmo nesta última hipótese, se teve assistência e educação em escolas especiais não será um inválido no sentido restritivo do termo.

Laudo: É um documento descritivo, onde todos os atos do exame, anamnese, exame físico, avaliação de exames complementares são registrados para, ao final, concluir e responder a quesitos, se existentes. Todo médico tem obrigação de saber emitir um laudo, tanto quanto um atestado. A limitação que pode existir é quanto a especialidade exercida pelo profissional. Como exemplo, será temerário o obstetra emitir laudo para avaliar condição de saúde ou doença mental, ainda que não esteja impedido. Poderá fazê-lo, se com segurança, ante quadros clínicos evidentes.

III - O FORMULÁRIO

O modelo de laudo impresso, Anexo IV, tem um campo referente a dados pessoais do periciado, com endereço; um campo destinado ao profissional da área médica; e um terceiro, destinado aos profissionais da área terapêutica ou educacional.

Estão também anexos formulários a serem preenchidos por outros profissionais e notas de esclarecimento para orientação, documentos estes integrantes deste parecer.

O Anexo IV traz, no campo destinado ao profissional da área médica:

"História da doença:" Para este registro há 4 linhas;

"Diagnóstico:" uma linha;

"Cid:" uma linha.

Na seqüência está impresso o seguinte quesito: "O examinado acima é portador de deficiência e está incapacitado para o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho?"

Seguem dois quadrinhos, SIM ou NÃO, para assinalar com "x", conforme o caso. A seguir, local e data, nome de profissional, instituição e assinatura.

O que são atividades da vida diária? Pentear os cabelos? Ler o jornal? Tomar banho? Que trabalho? Carregar pedras? Escrever? Anotar horário em que caminhões saem de uma empresa?

O formulário não permite, por falta de espaço, que seja elaborado um laudo na verdadeira acepção conceitual. Ele é, de fato, um atestado apelidado de laudo.

Incapacitado para as atividades da vida diária, no sentido de poder sobreviver, excluindo o trabalho, só está quem necessita da assistência de terceiros para satisfazer suas necessidades de locomoção, relação e fisiológicas, dentre estas especificamente alimentar-se e praticar a higiene corporal, ou seja, o indivíduo não poderá sobreviver sem a assistência de outrem. Nestes casos, salvo raríssimas e especiais situações, ele estará também incapacitado para o trabalho. É isto o que estabelece a Lei nº 8.742, de 07/12/93, em seu:

"Art. 20 – O benefício da prestação continuada é a garantia de 01 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovarem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º

§ 2º - Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência física é aquela incapacitada para a vida independente e o trabalho."

É importante dizer que não cabe ao médico informar, nem assumir responsabilidade por informações outras, também indispensáveis para a obtenção de benefício, como: se os familiares responsáveis têm fonte de renda e seu valor; se ele próprio, o periciado, tem fonte de renda. Isto será atribuição do Serviço de Assistência Social ou de órgão específico da Previdência. Para isto há o Anexo III.

Salvo o primeiro exemplo, da tetraplegia, o médico não pode aceitar a imposição de pura e simplesmente preencher aquele "Anexo IV", sob pena de correr o risco de ser-lhe imputada a acusação de atestar falsamente. Ele pode e deve, sempre que necessário, especificar para que atividades da vida diária ou laborativas o indivíduo está incapacitado, utilizando folhas de bloco de receituário ou outras, anexando-as ao formulário.

IV – OBRIGATORIEDADE DE PREENCHIMENTO

Quanto a estar ou não obrigado a emitir o laudo, temos:

- ele é médico assistente. Se solicitado está obrigado a emitir o laudo (artigos 71 e 112 do CEM);
- ele é funcionário, ou credenciado para atendimento pelo SUS, ou pertence ou trabalha em instituição credenciada para atendimento pelo SUS. Está também obrigado a emitir o laudo, seja na condição de médico assistente, ou não. Neste caso, o seu laudo será ainda avaliado por perito oficial do INSS.

É também importante e oportuno lembrar que o médico deve certificar-se da identidade do periciado, pois não estará livre de examinar Pedro por João, outra fonte de fraudes pelas quais o médico pode "pagar" inadvertidamente.

Quanto ao campo destinado a **Profissionais da Área Terapêutica ou Educacional**, pode também ser preenchido por médico, porém nunca o mesmo que emitiu e assinou o previsto no campo anterior, pois o parágrafo 6º do artigo 20 da Lei nº8.742/93 diz claramente:

"§ 6º - A deficiência será comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde – SUS ou do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social."

V - CONCLUSÃO

Tendo em vista as considerações emitidas podemos, agora responder às perguntas formuladas.

- 1) Sim, mesmo porque a emissão de laudo não é necessariamente na condição de perito. Poderá sê-lo na de médico assistente conforme exposto.
- 2) Sim, por todo o exposto e pela resposta anterior.

Observando as recomendações contidas nesta parecer, o médico, se na condição também descrita, está obrigado a emitir o laudo solicitado.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 06 de maio de 1996.

Léo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 06/05/96

Palavras-Chave: laudo pericial, conceito de laudo, preenchimento de laudo.

Key Words: skillfull report, report concept, fulfilling report.

META-ANÁLISE NA AVALIAÇÃO DE TERAPIAS

Álvaro Azevum *

INTRODUÇÃO

Meta-análise ou revisão sistemática descreve uma abordagem sistemática para sintetizar qualitativamente as informações oriundas de vários estudos que avaliam uma questão relacionada. Este processo avalia criticamente e combina estatisticamente os resultados de estudos prévios, tendo sido extensivamente utilizada em Cardiologia, utilizando uma metodologia rezoavelmente bem estabelecida. Constitui-se em um instrumento que quando aplicado adequadamente permite uma melhor avaliação da totalidade das evidências em relação a uma determinada estratégia terapêutica.

RACIONALIDADE

Devido à crescente inundação de informações não manuseáveis, propiciando assim a dificuldade na atualização dos conhecimentos, torna-se fundamental e oportuno uma integração eficiente da informação existente para a tomada de decisão clínica. Grandes quantidades de informações devem ser reduzidas em pequenas quantidades palatáveis para digestão. Meta-análises, quando adequadamente realizadas, permitem obtenção de uma estimativa estável do efeito de tratamento, exame da variabilidade entre os estudos, resolver incertezas quando há discordância entre estudos, avaliação da generalização dos resultados e identificação da necessidade e planejamento de ECRs maiores. O uso dos estudos controlados randomizados (ECRs) tornou-se uma etapa fundamental e necessária na avaliação desprovida (ou minimizada) de erros sistemáticos ("bias") das terapias. A habilidade dos ECRs detectarem confiavelmente diferenças moderadas, plausíveis e clinicamente úteis em efeitos de tratamentos requer estudos com centenas a milhares de eventos. O desenvolvimento de ECRs amplos e simples avaliando a terapêutica no infarto do miocárdio (ex: ISIS-1,2,3, etc) foi uma etapa fundamental e relevante para esta meta. Meta-análise fornece uma abordagem complementar onde as informações provenientes de todos ECRs são sintetizadas de uma maneira quantitativa. Esta técnica, quando realizada adequadamente, seguindo princípios metodológicos, pode fornecer uma avaliação desprovida ou minimizada de erros sistemáticos sobre os benefícios ou riscos de um determinado tratamento, podendo conseqüentemente, auxiliar no processo de decisão clínica dos médicos.

* Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

SEQÜÊNCIA PRÁTICA E PRINCÍPIOS DA META-ANÁLISE

Conceitos fundamentais: geralmente, na melhor das hipóteses, a maioria das intervenções em uma condição relativamente comum com o infarto agudo do miocárdio (IAM) apresenta apenas efeitos moderados (10-20% na redução de risco) sobre os objetivos principais (óbitos ou morbidade maior). Mesmo se a estratégia terapêutica afetou um processo importante na patogênese do IAM, seria surpreendente se grandes benefícios sobre benefícios clinicamente relevantes fossem conseguidos. Este julgamento é apoiado pela experiência com várias intervenções em IAM, onde o impacto de tratamentos sobre mortalidade tem sido apenas moderado. Os efeitos de uma terapia sobre um objetivo específico, em diferentes pacientes e em situações relacionadas, são prováveis de diferir em magnitude (interações quantitativas são comumente esperadas), mas são muito menos prováveis de diferir em direção (interação qualitativa). Obviamente, estudos diferentes com populações de pacientes não são exatamente comparáveis, entretanto, é razoável assumir que se estudos diferentes avaliam aproximadamente a mesma questão, então haverá uma tendência em seus resultados apontarem para a mesma direção. Em estudos individuais isoladamente, o efeito do acaso ("play of chance") pode exagerar, diluir ou mesmo reverter esta tendência. Contudo, em geral, a estimativa do efeito de tratamento e a direção deste efeito provavelmente aproximarão da "verdade", dependendo da quantidade de informação disponível a partir destes estudos.

FORMULAÇÃO DA QUESTÃO

O propósito da meta-análise deve ser o de fornecer uma resposta confiável a uma questão específica, e não simplesmente um processo de "soma de informações" de estudos disponíveis que avaliem uma questão similar, no qual os dados publicados são reformatados e publicados novamente, fornecendo assim muito pouca informação adicional em relação a uma simples revisão de estudos individuais. Recomenda-se que toda meta-análise deve ter um protocolo formal que especifique os objetivos, elegibilidade, definições relevantes e métodos estatísticos, assegurando-se assim rigor, consistência e validade à abordagem.

IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DE ESTUDOS

A fonte de material para uma meta-análise deve ser cuidadosamente identificada e selecionada. A única fonte confiável de dados são ECRs individuais, desprovidos de fatores e confusão que avaliam a questão em estudo. Os aspectos principais da qualidade metodológica de cada estudo devem ser avaliados criticamente, como: designação randomizada verdadeira, princípio de intenção - de tratar (todos os pacientes são contabilizados na análise final nos grupos em que foram originalmente randomizados) e seguimento completo dos pacientes.

COLETA DE DADOS

Esta etapa consome muito tempo, entretanto através da correspondência com os autores originais é essencial para assegurar que os dados são completos e para esclarecimento de eventuais tópicos em áreas não adequadamente claras. Uma vez coletados, os dados devem ser computadorizados em um formato comum, e então checados à procura de dados inconsistentes e faltantes.

ANÁLISE

Os princípios e métodos estatísticos envolvendo análise dos dados em meta-análise são atualmente bem aceitos. Estes métodos não assumem implicitamente que a redução de risco em diferentes estudos são de mesma dimensão, mas se eles apontam para a mesma direção. O princípio básico envolvido no método estatístico mais comumente utilizado (modificação Yusuf – Peto da abordagem Mantel-Haenszel) é de efetuar comparações do grupo tratamento com grupo controle dentro de um estudo, evitando completamente qualquer comparação direta de pacientes de outro estudo. Isto é obtido calculando separadamente para cada estudo a quantidade “observada menso esperada” (O-E) do número de resultados adversos (geralmente óbitos) entre os pacientes designados para tratamento. O-E será um valor negativo se o grupo tratamento for melhor que o controle e positivo se for pior. Os valores O-E de cada estudo são então adicionados e a variância total será a soma das variâncias de cada estudo.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados de uma meta-análise devem ser interpretados à luz do conhecimento do processo biológico, mecanismos conhecidos das estratégias de tratamento e da história natural da condição em estudo. Em muitas situações é possível que mesmo os resultados combinados dos objetivos principais de interesse podem não ser suficientes para fornecer uma interpretação clara de dados. Nestes casos, torna-se necessário rever os dados em relação aos objetivos secundários relacionados. Como regra geral a interpretação dos resultados de uma meta-análise deve ser conservadora, sendo que a significância estatística para valores “P” bicaudal deve ser somente considerada quando a diferença entre grupo de tratamento e controle forem extremamente importantes (ex: $p < 0,001$), baseado em um número suficientemente grande de eventos (500 ou mais), permitindo assim o que denominamos de resultados robustos. Isto ajudaria assegurar que a falta de dados de pequenos estudos não publicados não alteraria as conclusões. Adicionalmente, os limites de confiança (intervalos de confiança) da estimativa devem ser sempre considerados para que a precisão desta estimativa seja conhecida. Intervalos de confiança amplos ($> 30\%$) podem revelar falta de confiabilidade da estimativa de efeito de tratamento encontrada. Atualmente, há

poucas evidências sugerindo que os resultados de uma meta-análise isoladamente tenha uma influência fundamental sobre a prática clínica, em contraste com alguns ECRs amplos no tratamento do IAM, como aqueles avaliando terapia trombolítica e aspirina. Meta-análise revendo dados de estudos menores devem ser utilizadas para gerar ou confirmar hipóteses para preparação de um ECR bem conduzido definitivo. Estas meta-análises de estudos menores não são planejadas para fornecer recomendações clínicas definitivas. Entretanto, uma vez que ECRs bem conduzidos com adequado poder estatístico sejam realizados, meta-análises destes estudos permitem uma análise "post-hoc" mais confiável de efeitos em subgrupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Obviamente, como em qualquer método de pesquisa, deve-se estar ciente das limitações do mesmo para não incorrerem no erro de extrairmos mais informações (muitas vezes inválidas e conflitantes) do que aquelas que o método destina-se a fornecer. Os seguintes itens podem ser considerados como limitações: heterogeneidade entre planejamento, pacientes, tratamentos e objetivos dos estudos analisados, ausência de todos os estudos relevantes na análise, validade questionável em incluir estudos não publicados, falta de concordância quanto ao método estatístico a ser utilizado e direção versus extensão do efeito de tratamento. Existem critérios metodológicos objetivos para serem utilizados na análise crítica das meta-análises no que diz respeito à validade, dimensão e precisão dos resultados, como também, se estes resultados irão auxiliar o manuseio clínico dos pacientes. Muitas vezes o aparente benefício sugerido deve ser confirmado para afastar um benefício inflacionado através de erro sistemático de seleção (inclusão de alguns e exclusão de outros estudos voluntaria ou involuntariamente). Em resumo, com o objetivo de se fornecer recomendações baseadas em evidências tornam-se necessários ECRs com poder estatístico suficiente para avaliação confiável dos efeitos dos tratamentos. Meta-análises não são instrumentos para gerar resultados positivos e sim resultados apurados e válidos.

Transcrição
E-mail: azevum@lee.dante.br

Palavras-Chave: meta análise, análise de terapias. Análise - meta, interpretação de resultados.

Key Words: meta analysis, interpretation of results, therapy analysis.

ATENDIMENTO MÉDICO À DISTÂNCIA PARA EMBARCAÇÕES E PLATAFORMAS

Parecer CFM

EMENTA

Pode o médico que, excepcionalmente por força de lei ou função, por obrigação a exercer plantão telefônico para assessoria a situações de urgência ou emergência ocorridas em embarcações e plataformas, oferecer integralmente opinião dentro de princípios éticos e técnicos para tratamento de pessoa necessitada, correlacionando-a às informações obtidas, não sendo responsável pelo exame físico e execução do procedimento a ser adotado por terceiros.

DA PARTICIPAÇÃO

O Sr. Arlindo Gomes encaminha a seguinte solicitação ao Conselho Federal de Medicina:

"Com o objetivo de instruir os órgãos de saúde ocupacional da PETROBRÁS em todo o Brasil, solicitamos orientação desse egrégio Conselho sobre as questões a seguir descritas.

2. Nas atividades da Companhia, há situações em que grupos de empregados permanecem durante algum tempo em regime de confinamento (embarcações, plataformas marítimas, instalações na selva), sem assistência médica direta;

3. Quando necessário, o médico da PETROBRÁS pode ser contactado, via telefone ou rádio, a fim de orientar, à distância, atendimento a empregado doente ou acidentado. Eventualmente, o médico pode comparecer ao local para atendimento direto, porém, isso é às vezes impossível, como no caso de navios em cabotagem ou em rotas internacionais. Neste caso, procuramos atender a normas de proteção, à vida e sobrevivência no mar adotadas internacionalmente.

4. Não conhecemos, entretanto, manifestação dos Conselhos Regionais de Medicina que dê respaldo a essa atividade médica, sob os aspectos de delegação de condutas e procedimentos médicos, exercício ilegal da profissão e omissão de socorro. Assim, aguardamos parecer do Conselho Federal de Medicina que esclareça estes pontos e sirva de base para a organização de sistema de assistência à saúde em situações de confinamento."

O Conselheiro e 1º Secretário do Conselho Federal de Medicina encaminhou a solicitação para o CREMERJ, pela origem jurisdicional da consulta. O Conselheiro do CREMERJ, Dr. Sérgio Albieri, Coordenador de Câmara Técnica da Medicina do Trabalho, assim responde ao Conselho Federal:

"A Câmara Técnica de Medicina do Trabalho do CREMERJ, acusa o recebimento do Ofício nº 532/95, e em resposta, esclarecemos, que tendo em

vista que a empresa Petrobrás é uma estatal de abrangência nacional, com órgãos em várias unidades da Federação, não cabe ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, manifestação isolada a respeito do problema levantado.

S.M.J. o respaldo à atividade médica por delegação, não deveria ser nunca concedido à distância.

Talvez o mais correto fosse a presença de um médico nas referidas viagens."

O 1º Secretário do CFM, considerando o compromisso público de substituições conselhais no sentido de oferecer normas para o exercício ético da medicina ou, senão, contribuir para a interpretação das normas preexistentes, designa este Conselheiro para emitir parecer.

DAS NORMAS

Foi solicitado ao Ministério da Saúde, à Diretoria de Saúde da Marinha, à Diretoria do Departamento de Marinha Mercante e à Representação no Brasil da OMS, informar ao Conselho Federal de Medicina a legislação atualmente seguida pelos serviços instalados, para que esta relatoria pudesse correlacionar tais dados com a consulta em tela.

O que se apurou, inicialmente através de contato telefônico, é que a Marinha do Brasil não passa por esse tipo de problema, até porque, pelas características próprias da atividade militar, todas as embarcações e unidades militares têm médico sempre presente, o que contribui também para o salvamento de terceiros.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância Sanitária, responde oficialmente que não existem normas específicas para o atendimento médico em alto mar, ressaltando, no entanto, a existência do GUIA INTERNACIONAL DE BORDO, publicação da Organização Mundial da Saúde.

O Ministério da Marinha, através do Chefe do Estado Maior do Comando de Operações Navais, participa ao Conselho Federal de Medicina que as atividades de orientação médica aos navegantes, em situações de emergência, são exercidas por força da Convenção Internacional sobre Busca e Salvamento Marítimos (SAR), aprovado pelo Congresso Nacional por meio de Decreto Legislativo nº 34, de 21/05/82, posteriormente regulamentado pelo Decreto nº 7.273, de 10/12/84, e promulgado pelo Decreto nº 85, de 11/04/91.

Em cópia reprográfica de comunicação entre Superintendências da Petrobrás, consta:

"Na Petrobrás, a maioria das plataformas já dispõe de comunicação direta por telefone. Lembramos também que o médico encarregado da supervisão de saúde nas atividades "offshore", deverá ter conhecimento de medicina hiperbárica, posto que poderá ser eventualmente consultado em caso de acidente com mergulhadores. Informamos ainda que os procedimentos relativos à dotação de farmácia de bordo, prescrição aplicação ou fornecimento de medicamentos, bem como a orientação médica via rádio ou telefone, estão respaldados em Convenções Internacionais, Regulamento de Tráfego Marítimo e Instruções Normativas da Marinha do Brasil..."

Do Manual Geral de Segurança da Petrobrás, foi encaminhado cópia do tópico "Procedimentos em caso de acidentes", o qual normatiza minuciosamente a distribuição e hierarquização de responsabilidades para a organização e agilização do salvamento embarcado, citando o médico como autoridade para decidir sobre a conduta e remoção do acidentado, ou mesmo como integrante da equipe de buscas.

Não é explicitada, mas é citada uma escala de plantão da equipe de saúde em algumas centrais ou sedes da PETROBRÁS.

Existe ainda portaria da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, do Ministério da Saúde, datada de 26/10/96, resolvendo "pela aprovação de relação de medicamentos e de material médico-cirúrgico nas quantidades mínimas indispensáveis às embarcações que não contém um médico a bordo, conforme as instruções anexas, as recomendações estabelecidas na Convenção de Viena e promulgada pelo Decreto 79.388/72". Ali consta:

"... a empresa de Navegação, deverá providenciar para que todo tripulante receba, anualmente, treinamento em Primeiros Socorros, através da Diretoria de Portos e Costas do Ministério da Marinha.

- define o número de dias de viagem e correlaciona com o tempo e número de tripulantes."

Recebemos ainda uma publicação da Diretoria de Portos e Costas, datada de 23/04/93, intitulada PORTOMARINST nº22-14^A, que é um conjunto de normas para estabelecer a dotação de material de salvatagem para as embarcações nacionais, bem como para as plataformas marítimas, e utiliza como referência:

- a) Conservação Internacional para a Salvaguarda da Vida Humana no Mar (solas-74) e suas emendas em vigor;
- b)
- c) Lei complementar nº 69, de 23/7/91;
- d) Regulamento para o tráfego marítimo (Decreto nº 511, de 27/4/92);
- e) Guia Médico Internacional para Navios, estabelecido pela ILO, WHO e IMO/69.

Em anexo, publicada múltiplas tabelas de dotação, dentre elas a de medicamentos. Nas observações, consta que a embarcação que tiver autorização para mais de 12 pessoas e destinar-se a viagens de mais de três dias é obrigada a possuir enfermaria. Requisita que a armação do navio deve ter documento assinado por médico inscrito no Conselho Regional de Medicina. Caso a empresa não possua médico próprio, aceita outro médico inscrito no Conselho Regional de Medicina da jurisdição da Capitania dos Portos pertinente à inscrição da embarcação. Cita um "auxiliar de saúde" que será responsável pelo material médico-cirúrgico e os medicamentos controlados, sob guarda do comandante. Refere ainda "consulta ao médico pelo rádio".

É importante ressaltar que no art. 2º da Lei nº 7.273/84 consta: "Compete ao Ministério da Marinha adotar as providências para prover adequados serviços na busca e salvamento de vida humana em perigo no mar, nos portos e nas vias navegáveis interiores. O Ministério da Marinha pode delegar a execução à outros órgãos federais, municipais e por concessão a particular."

A preocupação expressa pelo solicitante por certo não é unilateral, pelo lado do profissional, mas compreende em especial o interesse dos trabalhadores que podem se acidentar no decorrer da labuta.

O que temos a discorrer não deve estar relacionado somente à Petrobrás, já que a Marinha Mercante, bem como o turismo marítimo e fluvial, estão todos enquadrados nestas preocupações.

O que fazer ?

O Conselho Federal de Medicina recentemente emitiu sua opinião oficial, normatizando a atividade de pronto socorro, emergências e atendimento pré-hospitalar (resgate em vias públicas). No entanto, nestes casos, já existe o natural referencial de capacidade de atendimento instalada (hospitais). E no interior, ao longo dos rios, ou no imenso oceano, e porque não dizer no espaço aéreos nas longas viagens aéreas como será referenciado ? Onde o médico estará a postos para o atendimento ?

Pode o Conselho Federal de Medicina exigir que em cada aglomerado de trabalhadores, de moradores ou de turistas deve existir médicos ?

Na essência, todas as leis e normas aqui apresentadas, as nacionais e internacionais, preocupam-se em distribuir responsabilidades, para quem nenhum momento de urgência ou emergência não se titubeie e a presteza seja a tônica deo atendimento e a atenção a pessoa necessitada. Para isso, o ideal seria sempre a presença próxima de um médico. Porém, isto não depende do médico, mas sim da contratação do seu trabalho, ou até de sua passagem eventual pelo local, se o dono local ou de uma embarcação não contratar um médico, naquele local não existirá médico. Se exigem deste a presença como plantonista ao lado de um telefone, estão contratando uma opinião técnica, com risco único e exclusivo do contratante. É bem diferente do caso de um paciente que em seu domicílio telefona para o seu médico e este resolve por oferecer a orientação à distância. O risco é todo do médico, até porque já conhece o paciente, já o examinou e já tem um pensamento clínico a seguir. Ao contrário, na situação do plantão telefônico, não se pode considerar que exista diagnóstico ou prescrição adequada ou responsabilidade pela execução quando todo o atendimento, do início ao fim, é realizado por terceiros.

CONCLUSÕES

1 – Existe já normatizada minuciosamente a dotação do material para atendimento médico-cirúrgico embarcado;

2 – Existe já definida por lei e acordado em normas internacionais a distribuição e hierarquização das responsabilidades para o acesso e execução da salvatagem;

3 – A Petrobrás não só está subordinada a esta legislação como, pelo que parece, já a segue;

4 – Se não acontece, dada a importância da vida humana, deve a Petrobrás reavaliar a otimização da presença de médicos em regiões por grandes aglomerados de trabalhadores, na forma de regionais embarcadas, e devidamente equipadas para situações de urgência e manutenção da vida, multiplicando assim a possibilidade do atendimento ágil, eficaz e seguro com o profissional para o fim;

5 – O médico de plantão telefônico ou por rádio tem a sua responsabilidade pelo tratamento limitada, relacionada direta e dependentemente das informações que obtém por leigos com treinamento parcial e deve servir somente como assessor técnico da situação de exceção. Tem por isso a obrigação de, logo após cada contato, emitir minucioso e detalhado relatório sobre as informações obtidas e a opinião médica exarada, além de arquivar obrigatoriamente a gravação do contato via rádio ou telefone.

6 – Deve o CFM estender a normatização, colhendo o fulcro desta discussão, para o transporte aéreo, instando a DAC para que dote as aeronaves de material médico-cirúrgico mínimo, assim como obrigar o treinamento das tripulações para os primeiros-socorros. De nada adianta a presença eventual de um médico a bordo de uma aeronave, se não há material e medicamentos para atender a uma emergência durante o voo.

Brasília, 8 de maio de 1.997

Lúcio Mário da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 9/04/97

Palavras-Chave: atendimento médico a distância, atendimento sem exame, assistência à distância.

Key Words: on call assistance, assistance without physical examination, assistance at distance.

ATIVIDADES DO PSICANALISTA NÃO É EXCLUSIVA DE MÉDICO

Parecer CFM

EMENTA

Psicanálise. A atividade exclusiva de psicanálise não caracteriza exercício de medicina. A titulação médico-psicanalista não tem amparo legal, não sendo portanto permitida a sua utilização.

O consulente solicita respostas oficiais deste Egrégio Conselho Federal de Medicina acerca da atividade de psicanalista, pontuando questões das quais adianta saber as respostas, mas as deseja receber de forma oficial.

O interessado anexa informações objetivas e claras a respeito de assunto, fazendo-nos entender que domina ampla e profundamente a matéria para a qual, no entanto, solicita a nossa posição.

Á parte o interesse não revelado do consulente pelo pronunciamento deste Conselho, passamos a manifestar o nosso entendimento sobre a atividade psicanalítica.

CONSULTA

- A atividade de psicanalista é exclusiva de médico ou psicólogos ? Não ou sim e por quê ?

Resposta:

- Não. A atividade psicanalítica é independente de cursos regulares acadêmicos, sendo os seus profissionais formados pelas sociedades psicanalíticas e analistas didatas. Apesar de manter interfaces com várias profissões pela utilização de conhecimento científico e filosófico comuns a diversas áreas do conhecimento, não se limita a especialidades de nenhuma delas, constituindo-se em uma atividade autônoma e independente.

- Existem Conselhos (Federais ou Regionais de psicanálise) ? Não ou sim e por que ?

Resposta:

- Não. Os Conselhos são autarquias federais criadas por lei, com as atribuições de supervisionar eticamente, disciplinar e julgar os atos inerentes e exclusivos das profissões liberais de formação acadêmica reconhecida oficialmente

no país; estando a atividade psicanalítica à parte desta conceituação. Não se lhe aplica a vinculação a Conselhos.

- Um médico ou um psicólogo que também seja psicanalista está exercendo a medicina ou a psicologia ao atuar exclusivamente como psicanalista ? Não ou sim e por quê ?

Resposta:

Não. Não sendo a psicanálise reconhecida como especialidade médica e não utilizando a sua prática atos médicos é cabível a sua caracterização como exercício da medicina e, tampouco, pode o médico intitular-se médico-psicanalista.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília, 16 de novembro de 1997.

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 11/02/97

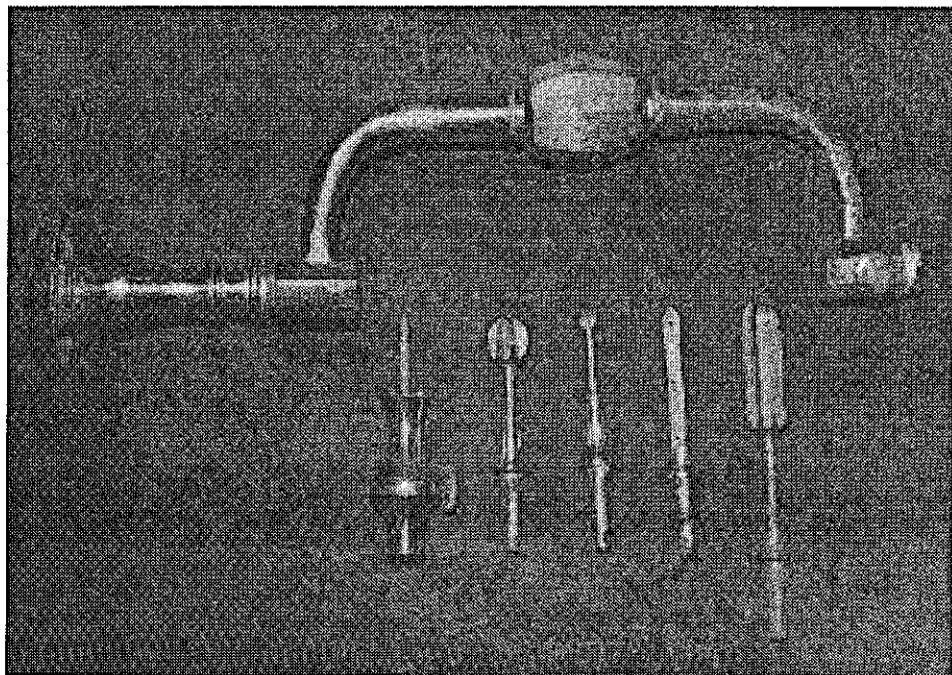
Palavras-Chave: psicanalista, médico psicanalista, especialista.

Key Words: psycanalist, psycanalist physician, specialist.

"Dia virá em que muitos terão, no arrependimento, a paga pelo recuo ante o desafio da história pátria. Triste herança para gerações que despontam perdidas no vendaval das incertezas, vendo fenecer as ilusões de conquista de exemplos encorajadores. Aos poucos que se imolaram no pelourinho glorioso da defesa das tradições nacionais, o consólo de dever cumprido".

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig *



TRÉPANO MANUAL: Aparelho destinado à abertura de crânio, com um coleção de modelos de brocas perfuradoras. Instrumento muito útil para a época, mas considerado hoje rudimentar. Foi utilizado em alguns hospitais até a década de 1950/60. Doação do Prof. Newton Carvalhal dos Santos.

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. Mário Lobato da Costa
Cons. Roberto Bastos de Serra Freire
Cons^a. Ana Zulmira Eschholz Diniz
Cons. Antonio Carlos Bagatin
Cons. Moacir Pres Ramos
Cons. Donizete Dimer Gamberardino Filho

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Cons. Álvaro Réa Neto
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons^a. Wilma Brunetto
Cons^a. Zaira Lúcia Letchacovski de Mello

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

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

4 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS
MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizete Dimer Gamberardino Filho
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Luvizotto
Cons^a. Maria Albonei 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 Kastrop

6 - COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

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

7 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS
DELEGACIAS SECCIONAIS E REGIONAIS

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

8 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO
INTERNO

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

9 - CORREGEDORIA DO CRM/PR

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

10 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO,
RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons^a. Mara Albonei Dudeque Pianovski

11 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Contadora: Maria Maria Martins
Cons^a. Mônica De Biase Wright Kastrop

12 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

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

13 - COMISSÃO DE SEDE

Cons. Luiz Salim Emed
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Wadir Rúpolo

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. Mário Tadaiti Iria
Dr. Sinésio Moreira Junior
Dr^a. Sueli Aparecida Kublack Gorá

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Keruel Jorge Chammás (Presidente)
Dr. Dacymer Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Minao Okawa
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)
Dr. Paulo Alonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Mário 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. Enio Garletti (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)
Dr. Ildelfonso Amoedo Canto (Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut 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 Alterez (Suplente)
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Mello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zaians (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. Rowilson Ravagnani (Suplente)