

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 16 - n. 61 - abril / junho - 99

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1998/2003
DIRETORIA

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Zacarias Alves de Souza Filho
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2º Secretário:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro-Adjunto:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor:	Cons. Hécio Bertolozzi Soares

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehlke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Daebes Galati Vieira
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Gerson Zafalon Martins
Hécio Bertolozzi Soares
José Luís de Oliveira Camargo
Kemel Jorge Chammas
Luiz Sallim Emed
Marcos Flávio Gomes Montenegro
Mariângela Batista Galvão Simão
Marília Cristina Milano Campos
Mauri José Piazza
Monica de Biase Wright Kastrup
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Bastos da Serra Freire
Rubens Kliemann
Sérgio Maciel Molteni
Wadir Rúpollo
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

Alexander Ramajo Corvello
Antonio Carlos de Andrade Soares
Célia Inês Burgardt
Cícero Lotário Tironi
Iwan Augusto Collaço (*)
Jorge Rufino Ribas Timi
José Eduardo de Siqueira
Lucia Helena Coutinho dos Santos
Luiz Antonio e Mello Costa
Luiz Jacintho Siqueira
Manoel de Oliveira Saraiva Neto
Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa
Mario Stival
Minao Okawa
Niazy Ramos Filho
Nilson Jorge de Mattos Pellegrini
Orlando Belin Júnior
Renato S. Rocco
Sérgio Luiz Lopes (*)
Sylvio José Borela

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. 16

n. 61

p. 1-64

Jan./Mar. 1999

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlke Braga Filho
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho
Iseu Afonso da 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.

ENDERECOS

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: Bio

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 e citação da fonte original.

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 I. Conselho Regional de Medicina do Paraná Arq. Cons. Region. Med. do PR. ISSN 0104-7620	ABNT
--	------

Sumário

A Perícia do Erro Médico Genival Veloso de França	1
Estudante de Medicina em Débito Com o Serviço Militar Obrigatório Parecer CFM.....	6
Limitação no Uso de Drogas Para Obesidade Resolução CFM N° 1.477/97	9
Equipe Buco-Maxilo-Facial: Cirurgião-Dentista e Cirurgião Médico Resolução CFM N° 1.536/98.....	11
A Relação Trabalhista Médico Empresário e Médico Empregado Parecer CFM.....	13
Há necessidade de Residência Médica Específica em Reprodução Humana? Parecer CFM.....	17
Quando em Concurso Público Pode Ser Exigido o Título de Especialista? Parecer CFM.....	19
A um Novel Cirurgião Genival Veloso de França	24
Pareceres CFM Que Devem Ser Recordados Conselho Federal de Medicina.....	28
Subordinação Hierárquica e Autonomia de Perito Parecer CFM.....	32
Conselho Nacional de Saúde Elimina Termo "Paramédico" Resolução N° 44 CNS	37
Análise de Paternidade em Seres Vivos Através do Exame de DNA. Ato Médico Parecer CFM.....	38
A Responsabilidade da Equipe Cirúrgica Resolução CFM N° 1490/98	42
Morte Encefálica Comissão Técnica em Transplante de Órgãos - CRMPR.....	43
Morte Encefálica Atestada Por Neurologista, Neuro-Cirurgião ou Neuro-Pediatra Resolução N° 063/98 CRMPR	45
Termo de Declaração de Morte Encefálica Resolução N° 076/98 CRMPR	46
Protocolo Padronizado Para os Hospitais no Paraná, do Termo de Declaração de Morte Encefálica CRMPR	46
Desejo de Vida Othelo de Carvalho Dias Filho	48
Ética Médica e o Aprendizado Acadêmico Com o Paciente Ana Carolina Silva Chuery, Angela de Oliveira Ferreira, Cícero de Andrade Urban, Caroline Amaral Ferraz, Elke Christine Ferreira, Lislaine Cilene Batista, Maria Alice Semeghini, Mônica Simeão Pedro, Patrícia Fucuta	49
O Médico e o Código do Consumidor. A Responsabilidade Médica Continua a Mesma: Baseada na Culpa Profissional Luiz Augusto Pereira.....	62
História da Medicina Ehrenfried Wittig.....	64

A PERÍCIA DO ERRO MÉDICO

Genival Veloso de França*

Certamente a avaliação do erro médico é a mais complexa e delicada tarefa da legisperícia.

Os objetivos essenciais desta avaliação pericial resumem-se em considerar o dano, estabelecer o nexa causal ou com-causal e avaliar as circunstâncias em que se verificou o ato médico.

1. O dano

Na avaliação qualitativa e quantitativa do dano deve-se utilizar uma metodologia onde se usem os meios médico-legais convencionais, os exames subsidiários necessários e se considerem todas as partes constitutivas do laudo pericial.

Este dano pessoal aqui considerado não é apenas aquele cujo resultado se traduz pela alteração anatômica ou funcional de uma estrutura, mas a qualquer desordem da normalidade individual.

Os padrões médico-legais utilizados na perícia do erro médico variam de acordo com os interesses analisados, podendo ser de natureza *penal*, *civil* ou *administrativa*.

1.1 – Nas questões de natureza penal buscam-se evidenciar o *corpus criminis* (corpo da vítima), o *corpus instrumentorum* (o meio ou a ação que produziu o dano) e o *corpus probatorum* (o conjunto dos elementos sensíveis do dano causado).

Em princípio, não se deve confundir corpo da vítima com corpo de delito. O corpo da vítima, agora considerado, tem o sentido apenas antropológico no que se refere a sua identidade. E corpo de delito como uma metáfora supondo o conjunto de elementos materiais interligados, dos quais se compõem as provas ou vestígios do fato ilícito.

O meio ou ação que produziu o dano está sempre representado por uma das modalidades de energias, destacando-se entre elas as mecânicas, físicas, químicas, físico-químicas, bioquímicas, biodinâmicas e mistas.

Para a caracterização da quantidade e da qualidade do dano é necessário que se responda sobre as seguintes eventualidades:

1.1.1 – Se do dano resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias. Esta incapacidade não precisa ser total, bastando que restrinja o indivíduo naquilo que ele faz por hábito, independente que isto lhe traga ou não prejuízo econômico. Ela deve ser apenas real e não hipotética.

1.1.2 – Se do dano resultou perigo de vida. Deve-se entender por perigo de vida uma situação de iminência de morte e não a simples presunção de risco remoto ou condicionado. O perigo é uma realidade, uma certeza, um diagnóstico. O risco é uma presunção, uma hipótese, um prognóstico.

* Ex-Professor de Medicina Legal nos cursos de Medicina e Direito da UFPB.

1.1.3 – Se do dano resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função. Deve-se entender tal condição como um enfraquecimento ou debilitação da capacidade funcional ou de uso de um membro, de um sentido ou de uma função. A debilidade transitória não caracteriza tal situação. Assim, a avaliação do membro, sentido ou função tem um significado fisiológico e não anatômico.

1.1.4 – Se do dano resultou aceleração do parto. Mesmo sendo uma situação rara e de difícil caracterização pericial, deve-se entender como a antecipação do parto provocada imediata ou imediatamente pelo ato lesivo.

1.1.5 – Se do dano resultou incapacidade permanente para o trabalho. Aqui deve-se considerar se o indivíduo em virtude do dano recebido está ou não privado de exercer qualquer atividade lucrativa. Ou seja, se existe uma invalidez total e permanente para exercer um ofício ou uma atividade laborativa. Também há de se distinguir se esta invalidez total e permanente é para o trabalho específico ou para o trabalho genérico. Vale apenas o trabalho genérico.

1.1.6 – Se do dano resultou uma enfermidade incurável. Nesta situação, deve-se entender que o indivíduo após o dano apresentou ressentimento ou perturbação de uma ou mais funções orgânicas e de grave comprometimento à saúde, em caráter permanente.

1.1.7 – Se do dano resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função. Agora não se considera apenas a debilidade, mas uma contingência mais grave acarretando o comprometimento máximo da funcionalidade daquelas estruturas. Tanto faz que isto seja pela perda ou ablação da estrutura lesado, como pelas suas permanências inúteis.

1.1.8 – Se do dano resultou deformidade permanente. Considera-se deformidade como toda alteração estética capaz de reduzir, de forma acentuada, a estética individual. É a perda do aspecto habitual. Este dano é antes de tudo um dano moral. Suas razões são sociais e morais em razão da sua forma visível e deprimente. São características agravantes: a localização, a extensão e o aspecto. Em questões de direito público a profissão, o sexo e a profissão da vítima têm um sentido relativo.

1.1.9 – Se do dano resultou aborto. Não se trata, é claro, da forma dolosa de abortamento. Mas do resultado aborto após um dano produzido à gestante, quando a gravidez é conhecida ou manifesta. Pouco importa que seja ovo, embrião ou feto prestes ao parto.

1.2 – Nas questões de natureza civil procura-se estimar o dano sofrido como bem pessoal patrimonial, a fim de reparar através de um montante indenizatório as perdas físicas, funcionais ou psíquicas causadas à vítima.

Os parâmetros desta avaliação devem incidir sobre as seguintes eventualidades:

1.2.1 – Se do dano resultou incapacidade temporária. Esta incapacidade corresponde a um tempo limitado de inaptidão que vai desde a produção do dano até a recuperação ou a estabilização clínica e funcional das lesões verificadas. No primeiro caso, há a cura. E no segundo, a consolidação. Esta forma de incapacidade pode ser total ou parcial e se traduz pelo tempo necessário para o tratamento clínico, cirúrgico ou reparador, seja em regime hospitalar ou ambulatorial.

1.2.2 – Se do dano resultou quantum doloris. Durante o período de incapacidade temporária é importante que se determine o tempo de dor física resultante das lesões e de suas consequências, assim como o sofrimento moral traduzido pela angústia, ansiedade e abatimento, face o risco de morte, a expectativa dos resultados e os danos psicológicos ante as intervenções e o destino dos negócios da vítima. Esta avaliação é eminentemente subjetiva, mas pode ser motivo da apreciação pericial e ser quantificada em níveis de pouco significante, significante, moderado, importante e muito importante. Ou ser calculado numa escala de valores que varie de 1 a 5.

1.2.3 – Se do dano resultou incapacidade permanente. Este parâmetro permite consignar se o prejuízo anátomo-funcional ou psicosensorial é de caráter permanente e se total ou parcial. Ela é parcial quando o dano embora duradouro não torna a vítima inválida e definitivamente incapaz para as suas ocupações ou trabalho. É total quando a vítima passa a ser assistida de forma permanente por alguém. Hoje a tendência nas lides cíveis é avaliar o que o indivíduo ainda é capaz de produzir, dentro de uma política de “capacidades possíveis”, ao invés de se fixar em tabelas em busca das chamadas “taxas de incapacidade permanente”.

1.2.4 – Se do dano resultou prejuízo estético. Aqui, diferente da avaliação de natureza penal, leva-se em conta a personalização do dano, no que diz respeito ao sexo, idade, estado civil, profissão, situação anterior e comportamento da vítima em relação ao dano estético. Pode ser avaliado este dano em grau mínimo, moderado ou grave. Pode também ser classificado em prejuízo estético, deformidade e aleijão. Ou se estabelecer uma escala de valores que varia de 1 a 7.

1.2.5 – Se do dano resultou prejuízo de afirmação pessoal. Significa no que alguém foi prejudicado em suas realizações pessoais e é tanto mais grave quanto mais jovem é o indivíduo e quanto mais intensas forem suas atividades de lazer, de dotes artísticos e de capacidade intelectual. Alguns admitem que este parâmetro de avaliação não é da competência pericial, deixando este “préjudice d’agrément” para a consideração do magistrado. No entanto admitimos que a escusa da avaliação pericial em tal circunstância é perder uma face muito importante da questão. Deve-se também quantificar este prejuízo através de uma escala de valor que vá de 1 a 5. Neste particular, pode-se discutir também o que se chama de “prejuízo do futuro”, desde que esta avaliação não seja hipotética, mas certa. Assim, no caso de uma criança vítima de um dano por erro médico não é difícil dizer-se dos seus prejuízos e de suas frustrações, do atraso escolar e das perdas na sua formação.

1.3 – Quando da avaliação da responsabilidade profissional em determinado ato médico, no âmbito administrativo, por interesse da função pública ou dos Conselhos Regionais de Medicina, é imperioso que se levem em conta os deveres de conduta do acusado. Isto nada tem a ver com os parâmetros utilizados na avaliação do dano de natureza cível ou criminal.

As regras de conduta, argüidas quando de uma avaliação de responsabilidade profissional médica, são relativas aos seguintes deveres:

1.3.1 – Deveres de informação. Fazem parte desses deveres todos os esclarecimentos necessários e devidos na relação médico-paciente que se consideram como incondicionais e obrigatórios, tais como: informação ao paciente sobre a necessidade de certas condutas ou intervenções ou sobre possíveis conseqüências, pois só assim é possível um consentimento esclarecido, obtido por meio de uma linguagem adequada e compreensível; informação aos familiares, principalmente quando eles são os responsáveis legais do paciente; informações claras e legíveis registradas nos prontuários; informações aos colegas que participam da mesma assistência ao doente.

1.3.2 – Deveres de atualização. Para o pleno e ideal exercício da profissão médica não se exige apenas uma habilitação legal. Há também de se requerer deste facultativo um aprimoramento sempre continuado, adquirido através de conhecimentos recentes da profissão, no que se referem às técnicas dos exames e dos meios de tratamentos, nas publicações especializadas, nos congressos, cursos de especialização ou estágios em centros e serviços hospitalares de referência. Em suma, o que se quer saber é se naquele discutido ato profissional poderia se admitir a imperícia. Se o profissional está credenciado minimamente para exercer suas atividades, ou se poderia ter evitado o dano, caso não lhe faltasse o que ordinariamente é conhecido em sua profissão e consagrado pela experiência médica. Este conjunto de regras, chamado de *lex artis*, deve ser aplicado a cada ato médico isoladamente, sem deixar de serem considerados a complexidade do caso, o recurso material disponível, a qualificação do médico e o local e as condições de trabalho.

1.3.3 – Deveres de abstenção de abuso. É necessário também saber se o profissional agiu com a cautela devida e, portanto, descaracterizada de precipitação, de inoportunismo ou de insensatez. Isso se explica porque a norma moral exige das pessoas o cumprimento de certos cuidados cuja finalidade é evitar danos aos bens protegidos. Exceder-se em medidas arriscadas e desnecessárias é uma forma de desvio de poder ou de prática de abuso. No entanto, ninguém pode negar que a medicina seja uma sucessão de riscos e que esses riscos, muitas vezes, são necessários e inadiáveis, principalmente quando o ato mais ousado é o último e desesperado remédio. Esta é a teoria do risco proveito.

1.3.4 – Deveres de vigilância. Na avaliação de um ato médico, quanto a sua integridade e licitude, deve ele estar isento de qualquer tipo de omissão que venha ser caracterizado por inércia, passividade ou descaso. Portanto, este modelo de dever obriga o médico a ser diligente, agir com cuidado e atenção, procurando de toda forma evitar danos que venham ser apontados como negligência ou incúria.

Desta forma, é justo, diante de um caso de insucesso numa vida profissional e ética irrepreensível, existir a devida compreensão e a elevada prudência quando se considerar alguns resultados, pois eles podem ser próprios das condições e das circunstâncias que rodearam o mau resultado, sem imputar levemente a isso uma quebra dos compromissos morais ou uma transgressão dos deveres de conduta. Não se pode consignar como culpa aquilo que transcende a prudência, a capacidade e a vigilância humana.

2. O nexo de causalidade ou de concausalidade

A relação entre o dano e o ato ilícito é um pressuposto imprescindível de ser avaliado e, por isso, não pode fugir da ótica pericial. Em muitas ocasiões a natureza do pleito não reside na qualidade ou na quantidade da lesão, mas essencialmente nas condições em que se deu a relação entre o resultado e o evento danificador.

O nexo de causalidade é portanto de exclusiva competência médico-legal. Assim, para que se estabeleça um nexo de causalidade é necessário que o dano tenha sido produzido por um determinado meio agressor, que a lesão tenha etiologia externa e violenta, que o local da ofensa tenha relação com a sede da lesão, que haja relação de temporalidade, que haja uma lógica anatomo-clínica e que não exista causa estranha motivadora do dano.

As concausas, por sua vez, são eventualidades preexistentes ou supervenientes, susceptíveis de modificar o curso natural do resultado aludido como erro médico. São fatores anatómicos, fisiológicos ou patológicos que existiam ou venham existir, agravando o processo. Assim, são exemplos, a diabetes (preexistente) e o tétano (superveniente).

3. As circunstâncias do ato médico

Vale a pena afirmar que nem todo mau resultado pode ser rotulado como erro médico. Desta forma é fundamental que a perícia possa determinar se certo dano foi resultante de uma forma anômala ou inadequada de conduta profissional, contrária à *lex artis*, ou se isso deveu-se às precárias condições de trabalho ou à penúria dos meios indispensáveis para o tratamento ou a *atenção das pessoas*.

4. Bibliografia

1. Facio, JP. Responsabilidad extracontratual, Montevideo: Ed. Narreiro y Ramo S/A, 1954.
2. França, GV. Medicina Legal, 5ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A, 1998.
3. Kfoury Neto, M. Responsabilidade civil do médico, 2ª ed., São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1996.
4. Lalou, H. La responsabilité, Paris: Librairie Dalloz, 1928.
5. Magalhães, JAC. A responsabilidade penal dos médicos, São Paulo: Saraiva, 1946.
6. Penasco, WL. A responsabilidade penal, civil e ética dos médicos, Rio de Janeiro: Forense, 1979.
7. Marmitt, A. Perdas e danos, 2ª ed., Rio de Janeiro: Aide, 1992.
8. Mirio, C. e Fernandes, R. Erro médico visto pelos tribunais, São Paulo: Edipro, s.d., 1992.

Palavras Chave - erro médico, perícia médica

Key Words - malpractice, medical audit

ESTUDANTE DE MEDICINA EM DÉBITO COM O SERVIÇO MILITAR OBRIGATÓRIO

Parecer CFM

DOS FATOS

Trata-se de Expediente enviado via "e-mail" pelo estudante de medicina Armando Altomare questionando o seguinte:

"Venho por meio deste e-mail esclarecer uma questão, cuja resposta ainda não me foi dada, de forma precisa por nenhum órgão ou entidade, sem rodeios ou terrorismo.

Me formo este ano e gostaria de saber se o Exército possui meios de caçar meu registro no CRM, caso eu não me apresente ao serviço militar. E ainda, quais as repercussões deste ato dentro da carreira médica. Grato pela atenção, aguardo resposta. Armando".

DO PARECER

O questionamento em epígrafe guarda muita pertinência e deve ser analisado com muita acuidade, tendo em vista a obrigatoriedade da prestação do Serviço Militar por todos os cidadãos brasileiros, dentre eles os estudantes de Medicina.

A prestação do Serviço Militar Obrigatório por Estudante de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária é obrigatória em razão da Lei nº 5.292 de 08 de junho de 1967, regulamentada pelo Decreto nº 63.704, de 29 de novembro de 1968. O artigo 1º da Lei dispõe que:

"Art. 1º - Em tempo de paz, o Serviço Militar prestado nas Forças Armadas – Exército, Marinha e Aeronáutica – pelos brasileiros, regularmente matriculados nos Institutos de Ensino, oficiais ou reconhecidos, destinados à formação dos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas ou Veterinários (IEMAFDV), ou diplomados pelos referidos Institutos, obedecerá às prescrições da presente Lei e sua regulamentação. Na mobilização compreenderá todos os encargos de defesa nacional determinados por legislação especial".

Portanto, todos os estudantes Medicina, Odontologia, Farmácia e Veterinária são regidos por esta Lei, devendo apresentar-se ao Serviço Militar logo após sua conclusão do curso, como se verá a seguir.

O interessado informou que está cursando o último período de Medicina e, pelo que parece, não se apresentou para prestar o Serviço Militar Obrigatório, ou obteve o adiantamento de incorporação para poder concluir os estudos. O artigo 4º, da Lei nº 5.292/67, disciplina os casos de estudantes que estão nessas condições, nos seguintes termos:

"Art. 4º - Os MFDV¹ que, como estudantes, tenha obtido adiamento de incorporação até a terminação do respectivo curso prestarão o serviço militar inicial obrigatório no ano seguinte ao da referida terminação, na forma estabelecida pelo art. 3º e letra "a" de seu parágrafo único, obedecidas as demais condições fixadas nesta Lei e na sua regulamentação.

§ 1º - Para a prestação do Serviço Militar de que trata este artigo, os citados MFDV ficarão vinculados à classe que estiver convocada a prestar o serviço militar inicial, no ano seguinte ao da referida terminação do curso.

§ 2º - Os MFDV que sejam portadores de Certidão de Reservista de 3ª Categoria ou de Dispensa de Incorporação, ao concluírem o curso, ficam sujeitos a prestação militar de que tratam o presente artigo.

§ 3º - (omissis)

§ 4º - (omissis)"

De acordo com a norma suso transcrita, todos os estudantes de Medicina, e mesmo aqueles que possuem Certidão de Reservista de 3ª Categoria ou de Dispensa de Incorporação, ao concluírem o curso, ficam obrigados a apresentarem-se para prestação do Serviço Militar Obrigatório.

Acerca do questionamento de quais as conseqüências de não se apresentar ao Serviço Militar Obrigatório, à luz do artigo 14 e 15, da Lei suso referida, tem-se que:

"Art. 14 – O estudante que tiver obtido adiamento de incorporação até a terminação do curso e não se apresentar à seleção ou, tendo-o feito, se ausentar, sem a ter completado, será considerado refratário.

Art. 15 – O estudante que, possuidor do Certificado de Reservista de 3ª Categoria ou de Dispensa de Incorporação, não se apresentar à seleção ou que, tendo-o feito, se ausentar, sem a ter completado, será considerado refratário, para fins da presente Lei".

Refratário, como conceitua o saudoso Aurélio Buarque de Holanda, "*aquele que foge ao cumprimento da lei, especialmente do Serviço Militar*". Como conseqüência da situação de refratário reza o artigo 17, da 5.292/67, que:

"Art. 17 – Os refratários na forma dos artigos 14, 15 e 16 não poderão prestar exames do último ano do curso, receber diploma ou registrá-lo e ficarão sujeitos à penalidades previstas nesta Lei".

Como se observa o texto legal, o estudante de Medicina que se furtar a obrigação de apresentar-se ao Serviço Militar será considerado refratário, não podendo concluir seu curso, e se, o fizer, não receberá o diploma e não poderá ser inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Além dessas sanções legais, existem outras não elencadas no artigo acima transcritos, como a impossibilidade de tomar posse em cargo públicos, óbice na obtenção de passaporte, dificuldade na feitura de documentos de identidade, dentre outras. Sendo assim, cria-se para o faltoso com as obrigações militares uma série de empecilhos que lhe dificultam a vida civil.

III – CONCLUSÃO

Pelo exposto, concluiu-se que é dever do médico formado apresentar-se ao Serviço Militar Obrigatório sob pena de ser considerado refratário e, nesta condição, não obter a conclusão do curso de Medicina, restando impossibilitado de adquirir seu diploma e não será inscrito no Conselho Regional de Medicina, além de outras limitações não previstas na Lei nº 5.292/67.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 20 de novembro de 1998

Gisele Crosara Lettieri Gracindo
Chefe do Setor Jurídico

Turibio Teixeira Pires de Campos
Estagiário do Setor Jurídico

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 04/12/98

Palavras Chave - serviço militar obrigatório, academico de medicina

Key Words - military service, medical studentens

GURU DA EUTANÁSIA VAI A JULGAMENTO NOS EUA

Pontiac, EUA (AFP) - O guru da eutanásia, o médico Jack Kevorkian, foi a julgamento ontem para enfrentar uma acusação de assassinato em primeiro grau, em consequência da morte assistida de um paciente terminal, filmada em vídeo.

O julgamento aconteceu no tribunal do condado de Oakland; a juíza, Jessica Cooper autorizou o médico, de 70 anos, a defender-se a si mesmo.

O médico enfrenta uma condenação a prisão perpétua se for determinada sua culpa na morte de Thomas Youk, em 17 de setembro de 1998.

A promotoria acusa-o de homicídio por ministrar uma substância mortal em novembro passado; a rede de televisão norte-americana CBS pôs no ar um vídeo que mostra Kevorkian aplicando uma injeção com uma droga letal em Youk, de 52 anos, que havia dado o seu consentimento.

Manifestantes em cadeiras de rodas protestaram dizendo que o objetivo de Kevorkian é matar os portadores de deficiência.

Membros da organização "direito de morrer", a Hemlock Society, expressavam apoio a Kevorkian, alegando que a intenção dele era acabar com o sofrimento de seus pacientes.

O guru do suicídio assistido apresentou seu próprio recurso de apelação no início do mês, argumentando que a assistência de um médico na morte de um enfermo que assim a decidiu é um princípio constitucional básico.

Um tribunal de apelação de Michigan recusou este argumento.

Kevorkian que perdeu seu título de médico em 1991 após suas primeiras três mortes assistidas, defendeu-se a si próprio pela primeira vez, num julgamento em 1990, depois de sua primeira morte assistida. Naquela ocasião fracassou por apresentar defesa baseada em argumentos de filósofos antigos.

Transcrito Gazeta do Povo

27/03/99

LIMITAÇÃO NO USO DE DROGAS PARA OBESIDADE

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.477/97

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

CONSIDERANDO que o uso de substâncias tipo anfetaminas (anfetamínicos), isoladamente ou em associação com benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios e laxantes, com finalidade exclusiva de tratamento da obesidade ou emagrecimento, tem causado graves riscos à saúde humana, podendo inclusive provocar dependência;

CONSIDERANDO que essas associações medicamentosas não possuem fundamentação científica;

CONSIDERANDO o consumo excessivo de drogas tipo anfetaminas, que no Brasil atinge cifras alarmantes;

CONSIDERANDO o parecer do Grupo de Estudos Assessor da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para o Estudo dos Medicamentos Anorexígenos, aprovado pela Comissão de Assessoramento em Medicamentos e Correlatos – CRAME, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria nº 87, de 18 de agosto de 1994, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o Parecer nº 04/93, do Conselho Federal de Medicina, aprovado em Sessão Plenária de 10 de março de 1993;

CONSIDERANDO que “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (Art. 2º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico: “Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência” (Art. 29 do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de julho de 1997,

RESOLVE:

1 – VEDAR aos médicos a prescrição simultânea de drogas tipo anfetaminas, com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes, com finalidade de tratamento da obesidade ou emagrecimento.

2 – RECOMENDAR aos médicos que no tratamento da obesidade ou emagrecimento restrinjam o uso de substâncias tipo anfetaminas, como monodrogas, aos casos absolutamente indicados, seguindo rígidos critérios técnico-científicos.

3 – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.404/94.

Brasília DF, 11 de julho de 1997

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/07/97

Palavras Chave - obesidade, anfetamina, anorexígenos

Key Words - obesity, anphetamine, anorectic drugs

**EQUIPE BUCO-MAXILO-FACIAL
MÉDICO E CIRURGIÃO DENTISTA
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.536/98**

O CONSELHO REGIONAL 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 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27.05.1998, e

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

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

CONSIDERANDO controvérsias ainda existentes na área de atuação de médicos e cirurgiões-dentistas no que diz respeito ao tratamento de doenças que acometem a região crânio-cervical;

CONSIDERANDO ser inquestionável, em face da vigente legislação de sua formação acadêmica, que o cirurgião-dentista não é habilitado nem autorizado à prática da anestesia geral, e nem à emissão de atestado de óbito;

CONSIDERANDO que as cirurgias crânio-cervicais são realizadas por médicos especializados, aos quais é impossível estabelecer restrições de qualquer natureza, salvo as de estrita competência do cirurgião-dentista;

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer normas que visem proporcionar aos profissionais e pacientes um maior grau de segurança e eficácia no tratamento dessas doenças;

CONSIDERANDO os resultados dos estudos a respeito da prática da cirurgia Buco-Maxilo-Facial, realizados pela Câmara Técnica composta por representantes dos Conselhos Federais de Medicina e de Odontologia e das Sociedades Brasileiras de Anestesiologia, Cirurgia Plástica Estética e Reparadora, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial;

CONSIDERANDO o que dispõem as Resoluções CFM nº 1.363/93 e 1.409/94;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina, em 11 de novembro de 1998;

RESOLVE:

Art. 1º - Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia, visando a adequada segurança do resultado, a equipe cirúrgica deve ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião-dentista, sempre sob a chefia do médico.

Art. 2º - É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório.

Art. 3º - Os médicos anestesiológicos só poderão atender as solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos a cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, conforme disposto na Resolução CFM nº 1.363/93.

Parágrafo único - A realização de ato anestésico cirúrgico-ambulatorial deve obedecer aos critérios contidos na Resolução CFM nº 1.409/94.

Art. 4º - Nas situações que envolvam procedimentos em pacientes politraumatizados, é dever do médico plantonista do Pronto-Socorro, após prestado o atendimento inicial, definir qual área especializada terá prioridade na seqüência do tratamento.

Art. 5º - Ocorrendo o óbito do paciente submetido à cirurgia buco-maxilo-facial, realizada exclusivamente por cirurgião-dentista, o atestado de óbito será fornecido pelo serviço de patologia, de verificação de óbito ou pelo Instituto Médico Legal, de acordo com a organização institucional local e em atendimento aos dispositivos legais.

Art. 6º - Quando da internação de paciente sob os cuidados do cirurgião-dentista não se aplica o dispositivo da Resolução CFM nº 1.493/98.

Art. 7º - Revoga-se a Resolução CFM nº 852/78.

Art. 8º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de novembro de 1998.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 03/12/98

Palavras Chave - equipe buco-maxilo-facial, cirurgião dentista
Key Words - dentistry cirurgion

A RELAÇÃO TRABALHISTA MÉDICO EMPRESÁRIO E MÉDICO EMPREGADO

Parecer CFM

EMENTA

A relação entre médico-empresário e médico-empregado, coibida pelo Art. 92, é a que ocorre em desobediência às normas legais que regulam as relações entre as partes.

EXPOSIÇÃO

Trata-se de uma consulta efetuada pelo Egrégio Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará, indagando a este Conselho Federal de Medicina a correta interpretação e extensão do Art. 92 do Código de Ética Médica dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, que explicita:

É vedado ao médico:

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

Em sua consulta, o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Pará expõe, de modo sucinto, o entendimento predominante naquele Regional, onde sobressai a compreensão de que o referido artigo tão somente busca reprimir o ato de comércio dentro da prática médica (fls. 01 e 02).

PARECER

Como nos ensina Carlos Maximiliano, a interpretação jurídica é uma só; não se funciona: exercita-se por vários processos. Para tanto podem ser aproveitados elementos diversos, quer gramaticais, lógicos, filológicos, ou sistemáticos. O que importa é que a norma seja interpretada de modo vivo e atual.

No presente caso, a interpretação gramatical, ou seja, aquela que busca apoio tão somente nas palavras para dar o perfeito entendimento da norma, se aplicada, nos proporcionaria um entendimento de tal magnitude restritivo que por certo, colidiria com o exposto na Carta Magna de 1988, Art. 5º, inciso XIII, **in verbis**:

“XIII – é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;”

Ora, como facilmente se pode constatar o Art. 92 do Código de Ética Médica não pode impor limites ao exercício profissional médico, pois a própria lei que permitiu

sua elaboração pelo Conselho Federal de Medicina (Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957) ou o Decreto-Lei 44.045 de 19 de julho de 1958, que a regulamentou, nenhuma referência faz quanto a impossibilidade de um médico vir a contratar outros profissionais enquanto proprietário ou sócio de empresa que utilize o trabalho médico.

Assim sendo, ater-nos a simples interpretação filológica seria incorrer em grave erro interpretativo, visto que esta opção levaria a uma desobediência à Carta Magna de 1988.

Para superar tais problemas, a ciência do direito procurou desenvolver outros métodos interpretativos que, à luz do que ensinou o Apóstolo Paulo, na Segunda epístola aos Coríntios: "A letra mata; o espírito vivifica", pudessem superar as amarras gramaticais da exegese das normas e, assim, trazer maior clarividência no entendimento das leis.

Como primeiro passo, evoluiu-se para o método lógico, o qual, "**senso strictu**", consiste em procurar descobrir o sentido e o alcance de determinadas expressões do Direito, sem o auxílio de nenhum elemento exterior, examinando-se a norma sob a ética das regras da lógica geral. Variações deste método foram introduzidas por força da própria evolução científica e social, o que proporcionou o surgimento da interpretação teleológica, que busca identificar a finalidade da norma, e da interpretação sociológica, que procura analisar as normas dentro do contexto social em que se insere.

Mais modernamente, passou-se a utilizar o método sistemático nas interpretações das normas jurídicas. Este processo procura comparar a norma em estudo com outras contidas no mesmo diploma legal, ou em outros repositórios, análogos à matéria abordada.

No presente caso, adotaremos um misto dos processos lógicos e sistemáticos para expor o nosso entendimento a respeito do que deva ser, *maxima vênia*, o entendimento do Art. 92 do Código de Ética Médica dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Historicamente, a Medicina se constitui em misto de Ciência e Arte, objetivando sempre o bem-estar do ser humano; não havendo, portanto, espaço neste ministério para atos de mercancia, ou qualquer outro que busque mercadejar, comerciar ou auferir lucro pecuniário.

Por outro lado, não é possível desconhecer que a prática da Medicina sofreu consideráveis modificações neste século, passando de simples exercício desaparelhado – o médico e sua maleta – para prática extremamente complexa, onde o avanço tecnológico exige aparelhos sofisticados, fazendo com que o médico cada vez mais atrelado às instituições hospitalares ou grupos de saúde, em face da sua impossibilidade de arcar sozinho com os custos destes equipamentos. Tal fato, entre outros, contribuiu para o crescente processo de proletarização da categoria.

O reconhecimento tácito desta nova situação, antagônica à clássica posição de liberal, aqui dita no sentido do médico solitário em seu consultório e dono pleno dos meios necessários para o seu ofício, até então desfrutada pela profissão, se cristaliza com a edição da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que regulamentou, em nível nacional, a carga horária e o salário mínimo profissional da categoria. O fazer, o legislador criou, assim, de forma irretorquível, a possibilidade de o médico vir a ser empregado de outrem, desde que observados os dispositivos legais vigentes no país.

A própria Constituição Federal de 1988, em seu Art. 5º (caput) cita, *in verbis*:

“Art. 5º - 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, (...)”

Em seu art. 170, parágrafo único, observamos:

“Parágrafo único: É assegurado à todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independentemente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei.”

Se outros diplomas possibilitam que os médicos sejam assalariados (vide Lei nº 3.999, de 15/12/61), nada pode impedir que cidadãos médicos, enquanto empresários, contratem outros cidadãos médicos.

Acatando a exegese filológica, ter-se-ia, novamente, uma afronta à Carta Magna de 1988, posto que estaríamos limitando direitos sem o devido respaldo legal.

O que é imperioso definir é a obediência às leis vigentes, as quais delimitam o menor a ser pago ao contratado. Abaixo do qual se configuraria, legalmente, a exploração indevida do trabalho médico.

De fato, entendo como sendo verdadeiro o objetivo do Art. 92, do Código de Ética Médica dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina: o de proteger o médico e a Medicina da exploração ilegal, feita por empresários, quer sejam médicos ou não.

É preciso ficar claro que não podemos, por considerar baixos os nossos vencimentos legais mínimos, proibir que o médico seja assalariado. A mudança do **status quo** trabalhista é outra luta, que deve ser travada em outra seara, e não no âmbito de um Código de Ética Médica.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, entendo que o Art. 92 do Código de Ética Médica dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina objetiva proibir toda a relação médico-

empresário processada com sinais de abuso e/ou desobediência às leis ou a outras formas de acordo legalmente constituídos, tais como contratos de trabalho, dissídios coletivos ou contratos coletivos que porventura regulamentem as relações trabalhistas existentes.

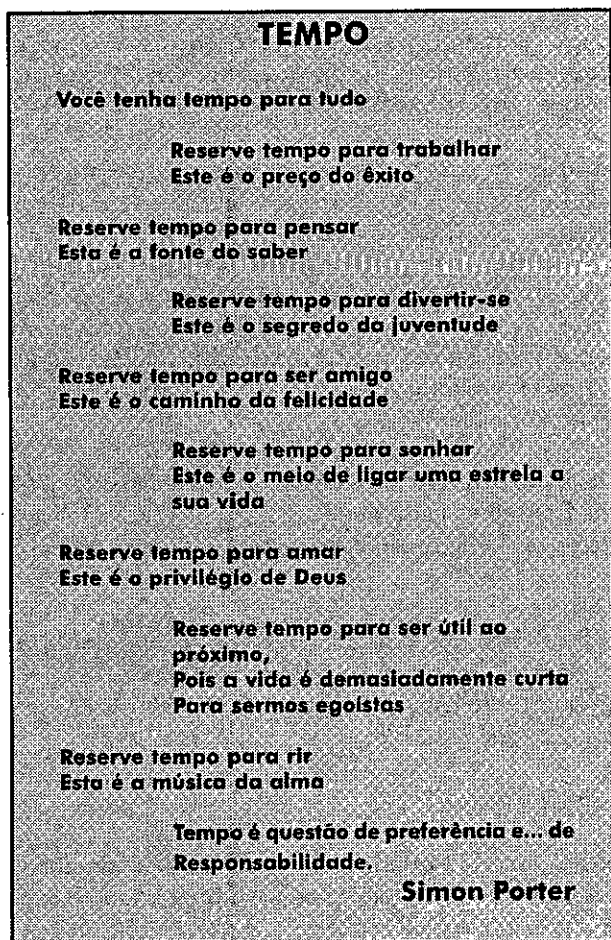
Este é o parecer S.M.J.

Brasília, 10 de novembro de 1994

Edson de Oliveira Andrade
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/09/95

Palavras Chave - relação trabalhista ética, médico empresário, médico empregado
Key Words - medical relationship, medical manager



HÁ NECESSIDADE DE RESIDÊNCIA MÉDICA ESPECÍFICA EM REPRODUÇÃO HUMANA ?

Parecer CFM

EMENTA

Ensino de Reprodução Humana, deve fazer parte de programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, especialidades reconhecidas pelo CFM e CNRM, seu conteúdo deve obedecer normas éticas e legais, em vigor no país.

INTRODUÇÃO

A Comissão Nacional de Residência Médica solicita a este Conselho Federal de Medicina, através do Ofício nº 1.537/95 CNRM/SESU/MEC, datado de 14/03/95, parecer oficial sobre o Projeto de Residência Médica em Reprodução Humana, enviado à Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica, pelo Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana – CEPARH Salvador-BA. Informa que a Comissão Nacional de Residência Médica, em reunião plenária ocorrida em 30/11/94, da qual participei, decidiu-se pela não aprovação, para 1995, do projeto supracitado. Conclui que seriam necessários pareceres oficiais da FEBRASGO e do Conselho Federal de Medicina a respeito, uma vez que trata-se de programa muito específico, não existente na legislação vigente da Comissão Nacional de Residência Médica, e que envolve questões de cunho ético. A referida documentação me foi enviada, para parecer, através do Ofício CFM nº 1.102/95, de 26/04/95.

COMENTÁRIOS

A princípio, a solicitação daquele Centro procura atender às exigências feitas pela Comissão Nacional de Residência Médica, no que concerne à organização do programa, e declara oferecer o referido treinamento desde 1993, informando, também, manter convênio de treinamento com a Universidade Federal da Bahia e Secretaria Estadual de Saúde daquele Estado.

Foi preocupação da Comissão Nacional de Residência Médica, na reunião supracitada, não aprovar o projeto, etapa inicial de autorização para futuro credenciamento de programas de residência médica no país, haja vista a especialidade do treinamento. Pesou também na decisão as implicações legais e principalmente éticas na formação dos Recursos Humanos nesta importante área do conhecimento médico.

Programas de Residência Médica, no país, tornam-se regulamentados para utilização desta denominação, quando credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e, por força de lei, concedem o título de especialista a quem cumprir integralmente a sua programação. O Conselho Federal de Medicina não reconhece, até o momento, como especialidade, a Reprodução Humana, dificultando, portanto, de início, o encaminhamento da solicitação.

Do ponto de vista ético, preocupações surgem a partir da proposta, principalmente ao analisarmos os objetivos do programa, onde procedimentos

preventivos, diagnósticos e terapêuticos devem ser bem avaliados e submetidos a rigoroso controle e vigilância ética. Quanto aos procedimentos preventivos, este Conselho Federal de Medicina, por diversas vezes, assumiu posição com relação ao planejamento familiar no nosso país, posicionando-se em contrário a determinados métodos contraceptivos, como, por exemplo, a laqueadura de trompas, inclusive pela sua proibição na nossa legislação e no Código de Ética Médica, cuja realização caracteriza infração penal e ética. No campo dos procedimentos diagnósticos, às custas dos grandes avanços da medicina fetal, a definição de comportamentos éticos necessita ser observada quando da utilização das novas técnicas, evitando, quando do manuseio de conceptos, a possibilidade de seleção de valores, prática antiética, principalmente na indicação de abortamento. Quanto à competência na área terapêutica, se limitada às condições de preservação da saúde da mulher, avaliada na sua capacidade reprodutiva como um todo, não poderá receber restrição.

Por fim, a abordagem do tratamento de infertilidade, parte integrante do programa em discussão, terá de ser submetida às normas estabelecidas na Resolução CFM nº 1.358/92. Nesta resolução, priorizando o direito e desejo do casal em procriar, o Conselho Federal de Medicina teve a devida preocupação em estabelecer normas que garantam a qualidade ética dos procedimentos.

CONCLUSÕES

1 – Entendo que o aprendizado no campo de Reprodução Humana, em nível de pós-graduação, deva, no momento, fazer parte do treinamento de Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, já reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e Comissão Nacional de Residência Médica como especialidades médicas.

2 – O conteúdo programático necessário ao aprendizado nesta área deve obedecer às normas éticas e legais em vigor no nosso país;

Portanto, pelas razões expostas, somos contrário ao credenciamento.

É o nosso parecer, S.M.J.

Brasília, 05 de julho de 1995.

Silo Tadeu Silveira de Holanda Cavalcanti
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/9/95

Palavras Chave - residência em reprodução humana

Key Words - human reproduction residence

QUANDO EM CONCURSO PÚBLICO PODE SER EXIGIDO O TÍTULO DE ESPECIALISTA?

Parecer CFM

EMENTA: A exigência em concursos para preenchimento de cargos no setor só é cabível quando houver expressa previsão em lei. Inexistindo tal previsão, não se poderá exigir em edital o que a lei não previu.

A presente consulta ao Conselho Federal de Medicina nasceu por provocação da interessada que, em duas oportunidades, ambas no mês de fevereiro do ano passado, solicitou pronunciamento desta casa nos seguintes termos:

1º Consulta:

"1 – A especialidade em Nefrologia deve resultar obrigatoriamente de um título e, caso positivo, como este pode ser obtido?

2 – Exigindo um Concurso Público a especialidade em Nefrologia, podem habilitar-se quaisquer médicos desde que comprovem exercício e aptidão, independente de título?

3 – Apenas a publicidade reclama obrigatoriamente o título de especialista na forma do art. 4º da Resolução CFM 1.036/80?"

2º Consulta:

"I – A petionária inscreveu-se no concurso aberto para provimento de cargo do Quadro de Pessoal Técnico Administrativo da UFPA, conforme edital nº 035, de 20/X/94 (Doc. 1), no qual se vê, quanto a este processo, a exigência de nível superior-médico (Nefrologista) – Curso superior completo de Medicina, com especialidade em Nefrologia, registro de médico e de qualificação profissional junto ao CRM."

II – Tendo concorrido com onze (11) outros candidatos, a Postulante foi a única aprovada e classificada (Doc. 2), tendo sido nomeada pela Portaria de 27/XII/94 publicada no D.O.U. de 28/XII/94 (Doc. 3). Apesar disso, o Departamento de Pessoal da UFPA, vem se recusando a empossá-la exigindo apresentação de um documento que não possui, o Título de Especialista em Nefrologia.

III – A Postulante dirigiu-se ao Reitor, porém até agora não obteve solução, ante o pronunciamento da direção do Hospital Universitário João de Barros Barreto que continua sustentando ser aquele título indispensável. Por isso, embora o Conselho Federal de Medicina já se tenha manifestado através do Ofício CFM nº 0196, de 20 de janeiro último torna-se imprescindível nova manifestação mais específica sobre o assunto. A fim de esclarecer detalhadamente V. Sa. a Consulente junta cópia de todo o expediente endereçado à Reitoria, rogando responder o seguinte:

1º) Embora exista o Título de Especialista, é o mesmo indispensável para

comprovar o efetivo desempenho no ramo de Nefrologia ao qual se dedica a Signatária?

2º) O edital, nos termos em que está redigido, formulou a exigência desse título?

3º) Não o tendo feito, justifica-se a recusa de posse, após a peticionária ter sido inscrita no Concurso, vencendo todas as provas, competindo com vários candidatos e afinal nomeada oficialmente?

4º) O atestado anexo às fls. 17, apresentado à UFPA é suficiente para comprovar a especialidade em Nefrologia, dispensando o título de especialista que é imprescindível para publicidade, conforme Resolução CFM 1.036/80?

5º) Sendo o Barros Barreto um hospital de referência da UFPA, essa condição confere-lhe alguma desigualdade no sentido de legitimar a exigência do título de especialista para aos que nele irão trabalhar mesmo quando dispensável em outros estabelecimentos”.

Tais consultas foram inicialmente analisadas pela Assessoria jurídica deste Conselho, recebendo minuciosa análise. Existe, ainda, acerca do tema, substancial parecer do Conselheiro Paulo Eduardo Behrens (Parecer CFM 21/95), aprovado neste Plenário em 10 de maio de 1995 que penso responder plenamente às dúvidas da consulente, pelo que adoto-o, transcrevendo-o em parte, a seguir:

1 – Do ato característico de Especialista

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

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

b) A expressão “qualquer ato médico” engloba, indubitavelmente, os atos de especialista.

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

2 – Limite legal da atuação do não especialista

O médico, uma vez graduado e registrado no Conselho, está apto à prática médica, sem restrições de ordem legal. O advogado, a medida de seu interesse e aprimoramento, pode optar por atuar em determinada área, partindo, inclusive para o título de especialista (na área tributária, por exemplo) e, ainda assim, continuar atuando nas demais áreas. Pode, por outro lado, não se especializar em área alguma, atuando, perfeitamente, em todas as áreas jurídicas.

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

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

O bom senso sim, que limitará a atuação profissional.

3 – Da exigência da especialidade

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerando-se, por outro lado, o princípio da supremacia do interesse público, pode o Estado à forma dos particulares, fazer tal exigência em concurso público de provas e títulos, já que, a princípio, presume-se que o detentor do título de especialista tem condições de melhor atender aos interesses de uma coletividade dependa de tratamentos específicos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dessa forma, os quesitos formulados pela consulente podem ser respondidos um a um:

1 – 1ª pergunta do Protocolo nº 133/95 – A especialidade em Nefrologia deve resultar obrigatoriamente de um título e, caso positivo, como este pode ser obtido?

O título de especialista em Nefrologia pode ser obtido através de programa de residência médica em nefrologia, legalmente registrado na Comissão Nacional de Residência Médica do MEC ou pela Sociedade de Especialidade conveniada com a Associação Médica Brasileira, podendo então ser registrado nos Conselhos de Medicina.

2 – 2ª pergunta do Protocolo nº 133/95 – Exigindo um concurso Público a especialidade em Nefrologia, podem habilitar-se quaisquer médicos desde que comprovem exercício e aptidão, independente de título?

A exigência de título de Especialista no setor público caberá apenas quando o cargo for criado por lei com essa nomenclatura especificada.

3 – 3ª pergunta do Protocolo nº 133/95 – Apenas a publicidade reclama obrigatoriamente o título de Especialista na forma do artigo 4º da Resolução CFM nº 1036/80?”

Sim.

4 – 1ª pergunta do Protocolo nº 0633/95 – Embora exista o título de Especialista, é o mesmo indispensável para comprovar o efetivo desempenho no ramo de Nefrologia ao qual se dedica a signatária?

Não, apenas para registro nos Conselhos de Medicina e publicidade.

5 – 2ª pergunta do Protocolo nº 0633/95 – O edital, nos termos em que está redigido, formulou a exigência desse título?

Sim.

6 – 3ª pergunta do Protocolo nº 0633/95 – Não o tendo feito, justifica-se a recusa de posse após a petionária ter sido inscrita no concurso, vencendo todas as provas, competindo com vários candidatos e, afinal, nomeada oficialmente?

A exigência em EDITAL só tem fundamentação legal se o cargo para o qual a consulente prestou concurso tiver sido criado por lei com expressa previsão da exigência de especialidade. Não havendo tal previsão no setor público, não se poderá exigir em edital o que a lei não previu.

7 – 4ª pergunta do Protocolo nº 0633/95 – O atestado anexo às fls. 17, apresentado à UFPA, é suficiente para comprovar a especialidade em Nefrologia, dispensando o título de Especialista que é imprescindível para publicidade, conforme Resolução CFM nº 1.036/80?

Não.

8 – 5ª pergunta do Protocolo nº 0633/95 – Sendo o “Barros Barreto” um hospital de referência da UFPA, essa condição confere-lhe alguma desigualdade no sentido de legitimar a exigência do título de Especialista para os que nele irão trabalhar, mesmo quando dispensável em outros estabelecimentos?

Já respondida no item 6 acima.

É o parecer, S.M.J.

Nei Moreira da Silva
Cons. do CFM

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/97

Palavras Chave - título de especialista, concurso público

Key Words - board certified

A UM NOVEL CIRURGIÃO

Genival Veloso de França*

Embora seja a Ética Médica um bem inescusável e imprescindível a todos os profissionais da medicina, há entre eles certas formas de atividades que exigem comportamento diferenciado face a peculiar maneira do exercício de suas atividades. Assim, por exemplo, tem o cirurgião uma Ética mais específica, porque diferentes são seus modos de atuar e dramáticas as circunstâncias encontradas.

Vivemos a hora turbulenta e controvertida das novas doutrinas e dos conceitos mais ousados. Alguns deles tão revolucionários que podem comprometer as pessoas que estão no médico e no paciente. Não vamos admitir que esse avanço seja de todo dispensável, haja vista os mais inflexíveis e os moralistas mais obstinados saberem que muitas dessas modificações objetivam beneficiar o homem e a sua comunidade.

É do conhecimento de todos que a Medicina contemporânea vive momentos de sobressalto e de expectativa, atordoada e estarecida por esses impressionantes progressos da tecnologia. Entretanto, salta aos olhos que o homem existente dentro de cada um de nós está se desfigurando, visto que começamos a destruir o humano que há nele. Embora rodeado por essa tecnologia altamente desenvolvida, esse homem é mais triste, mais só e muito mais angustiado. Destarte, o novel cirurgião, quem sabe, ainda embriagado pela supervalorização que sua especialidade parece encerrar, resquício de uma mentalidade dominante entre os estudantes de medicina, sobretudo os dos primeiros anos, deve lembrar a grande responsabilidade e a imperiosa necessidade de ajustar-se aos ditames da Ética, além, é claro, dos fundamentos que seu ofício requer.

Não deve, sob qualquer pretexto, colocar sua especialidade numa hierarquia superior às atividades de outros especialistas que, com o mesmo valor e a mesma consciência, canalizam seus esforços e sua dedicação em prol dos pacientes. Não deve sentir posto numa elite médica, numa Medicina de sangue azul, nem uma condição sobre-humana capaz de resolver tudo melhor que seus colegas. Um cardiologista que salva nossa mãe anciã, ou um pediatra que cura nosso filho, ou aquele que recupera simplesmente com o afeto e a sutileza uma mente enferma, merecem a mesma admiração, e igualmente comovem.

O cirurgião não é tão-só um profissional adestrado na arte operatória, mas, outrossim, o homem abalizado na sutileza do tratamento do seu semelhante no instante mais difícil, mais angustiante e, às vezes, mais grave de sua vida. Grande é a sua responsabilidade e vastíssimo é o seu raio de ação. Tão vasto que excede o fato de ser apenas médico. Trata-se, portanto, de uma atividade ampla e complexa a exigir de quem a cultiva, a par de uma habilidade específica, um lastro de conhecimentos polimorfos que ultrapassam a de alguns especialistas.

* Ex-Professor Titular de Medicina Legal e Deontologia Médica da UFPB. Professor Convidado dos cursos de graduação e pós-graduação do Instituto de Medicina Legal de Coimbra.

A cirurgia foi a mais liberal das especialidades médicas, pela sua forma mais rara de atuação, pela necessidade mais iminente, pela dramaticidade natural que encerra os momentos mais graves de uma pessoa. Hoje, com a socialização da medicina, a cirurgia é quase toda institucional, fato esse que não a desmerece nem a retira do seu lugar de destaque. Os pacientes não podem mais atender ao ônus de uma intervenção operatória.

É óbvio que a atividade privada continua sendo a meta mais ansiada pelos médicos. Aí, o paciente elege o profissional pela confiança e este não se vê subjugado às normas institucionais de onde ele presta seus serviços. Isso, todavia, é impossível. Mesmo nos países de medicina mais liberal do mundo. Lá, os pacientes também pagam seus seguros médico-cirúrgicos. Essa forma moderna de atendimento médico institucional não nasceu do facultativo nem do paciente. Nasceu das contingências hodiernas. Medicina liberal não é sinônimo de boa medicina, como medicina social não quer dizer má atividade. A boa medicina está no homem que é o médico e nos meios de que ele pode dispor.

O fato de o paciente estar nos confortáveis cômodos dos quartos alcatifados ou nos salões coletivos que a medicina social pode oferecer não é justificativa para que a relação médico-paciente esteja em conflito ou desgastada. Não. Essa não é a razão da impessoalidade e da insensibilidade deste relacionamento.

Nenhuma instituição pode transformar um indivíduo num número ou numa mera ficha, mas a nossa maneira atual de ver as pessoas. Assim como o paciente deve ser lembrado pelo mal que ele é portador, do mesmo modo deve ser conhecido pelo seu nome, pelas suas ansias e pelas suas ilusões.

As relações profissionais e pessoais entre cirurgiões devem ser mais estreitas, a mais cordial e a mais fraterna, não somente por urbanidade, senão, também, por necessidade, pois ninguém poderá entender melhor os problemas profissionais e as aflições de um cirurgião, que não outro cirurgião. E o que se observa nos dias fluentes é apenas a união de pequenos grupos cujos interesses são convergentes. Grupos esses cada vez mais reduzidos e mais agressivos. Não chegam a formar uma classe.

Outro fato relevante na vida agitada e convulsa do cirurgião é a decisão de prolongar a vida de um enfermo, quando se pressupõe uma incurabilidade. Sua postura deve ser a mesma diante de qualquer paciente, ainda que essa intervenção seja só no sentido de oferecer a esse enfermo mais alguns dias de sobrevivência, respeitando sempre os critérios do diagnóstico de morte encefálica.

Vivemos a conjuntura da medicina monitorizada e de uma terapêutica sempre mais eficaz e decidida. Por isso, as decisões nesse particular, em favor de conceituar a irreversibilidade de uma existência, parecem ser mais seguras e mais tranquilas. Grande equívoco. O valor do ser humano continuará sendo o mesmo; para que jamais a Humanidade venha naufragar no horrendo vendaval da insensibilidade e da indiferença.

Conhecemos a angústia e a agonia dos que padecem gravemente numa terapia intensiva. Porém, não devemos esquecer o compromisso moral e quase

sagrado que assumimos em defesa da vida do nosso semelhante e do respeito incondicional à dignidade humana. Temos de continuar o tratamento ainda que se considere o paciente como insalvável.

Ter coragem para assumir a dimensão de sua responsabilidade e não permitir que suas decisões tenham rumo contrário de suas legítimas conclusões. Coragem para negar. Coragem para afirmar. Coragem para confessar que não sabe. Coragem para pedir orientação de um colega mais experimentado. Manifestar uma extrema paciência no exercício dessa árdua missão. Evitar a violência, porque ela revela duas coisas: fraqueza e insegurança. Paciência com o doente, com a doença, com a família do enfermo e, até mesmo, com os próprios colegas que participam de uma mesma tarefa. Nunca esquecer que a caridade discreta e ingênua dignifica a profissão, enaltece quem a faz e não humilha quem a recebe. A caridade ostensiva e ruidosa avilta a Medicina, denigre quem a executa e fere profundamente quem dela necessita.

Impor uma autoridade indiscutível, afirmando com firmeza, fazendo valer sua palavra. Decidir firmemente. A titubeação é sinal de insegurança e afasta a confiança que se deve ditar. Se uma decisão é vacilante, a arte e a ciência tornam-se temerárias e duvidosas.

O segredo médico, por outro lado, deve manter-se na sua relativa guarda e na sua compulsória solenidade, não obstante ter a cirurgia suas repercussões sensacionalistas e dramáticas, quase ao sabor do conhecimento de todos. Nos seus tranSES mais graves, principalmente, deve o cirurgião manter sua discrição, sua sobriedade, evitando que suas declarações sejam transformadas em ruidosos pronúnciamentos, vez por outra levados por jornalistas sem escrúpulos que estraçoam a desgraça e o infortúnio.

É preciso ser honesto para ser justo. Aprender a ser humilde. Muita modéstia e pouca vaidade. Conjurar, da consciência, a falsa impressão de que certos valores materiais parecem favorecer. Ser íntegro, probo e sensato. Ser simples e usar sempre o bom senso. A pureza da arte pura é inimiga do artifício.

Tem sido prática comum e reprovável as operações desnecessárias, quer por indicação discutível ou a simples pedido do paciente. Só há um tipo de cirurgia aceitável: a necessariamente indicada. Jamais exagerar a urgência ou a gravidade do mal. Essa é uma prática mercantilista e desonesta. Convém evitar, a todo custo, esse tipo de medicina que degrada a profissão, maculando quem a exerce e traindo a boa-fé de quem irremediavelmente necessita dela.

Não sei, com a visão provinciana de modesto professor da Paraíba, o que será da Medicina no futuro. Não sei, confesso, o que ela será possível realizar em termos tecnológicos com seus computadores de resultados quase infalíveis. Não posso imaginar o destino da arte cirúrgica nesses anos vindouros, em matéria de sofisticação e de recursos.

Sei apenas que já iniciamos a era dos grandes conflitos e dos graves problemas éticos, desafiadores e terrivelmente confusos, abrindo veredas sombrias e duvidosas, quando o aborto, a esterilização humana, a cosmetologia cirúrgica, a eutanásia, a psicocirurgia já se tornam práticas correntes e aceitas.

Sei, finalmente, que existem uma inquietude, um frenesi e uma ansiedade no homem de agora, neste exato momento em que a Ética se distancia mais e mais da Técnica, e quando a indiferença aos valores humanos dá a impressão de ter tomado conta do mundo.

Autor:

Genival Veloso de França

Rua Santos Coelho Neto, 200 – Apto. 1102 – Manaíra

58038-450 – João Pessoa – Paraíba – Brasil

Telefax: (083) 246-7166

E-mail: gvfranca@openline.com.br

Palavras Chave - ética do cirurgião

Key Words - surgical ethics

TRANSPLANTE DE CABEÇA E CORAÇÃO

**"Dois cães que valem por quatro
"prepara" a Faculdade
sem perceber entretanto
do Brasil a realidade.
Tanta gente sem cabeça
merecia prioridade
e ao cão, que já tem a sua
essa liberdade.
E o Coração, esse, é pena
dá-lo ao cão, que é só bondade
quando os doutores do enxerto
tinham mais necessidade".**

Carlos Drummond de Andrade

PARECERES CFM QUE DEVEM SER RECORDADOS

PRONTUÁRIO

Parecer nº 50/89. A posse e guarda das informações constantes em prontuários médicos está regulada pelo art. 154 do Código Penal e pelos art. 102 e 109 do CEM, constituindo-se em segredo médico, não podendo ser manipulado por pessoas desobrigadas de guarda de sigilo das informações.

ATESTADO DE ÓBITO

Parecer nº 09/85, aprovado em 12/04/85. Quando o paciente falecer nas instalações da UTI, ao médico plantonista de UTI cabe a incumbência do fornecimento de declaração de óbito.

CID

Parecer nº 30/86. Não constitui infração ética a colocação de CID e da história clínica, nos laudos médicos para obtenção de AIH do INAMPS.

RESIDENTE

Parecer nº 03/92. O médico residente e o preceptor são passíveis de responderem ética e juridicamente por atos realizados, sendo que, para tanto, cada instância julgante deve definir a responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe pelo ato médico realizado.

CIRURGIÃO DENTISTA

Parecer nº 19/92. Em ato cirúrgico-odontológico, o cirurgião dentista é o responsável pela cirurgia e seu resultado ou conseqüência; o cirurgião dentista, diante da atual legislação, não possui responsabilidade legal que o autorize a fornecer atestado de óbito decorrente de ato cirúrgico-odontológico.

INSCRIÇÃO

Parecer nº 17/86. Nega proposta de adoção de documento provisório, a ser fornecido aos médicos recém-formados que tenham os seus diplomas retirados nas Universidades Federais.

PRONTUÁRIO

Parecer nº 02/94. O acesso ao prontuário médico, pelo médico perito, para efeito de auditoria, deve ser feito dentro das dependências da instituição responsável pela sua posse e guarda. O médico perito tem inclusive o direito de examinar o paciente, para confrontar o descrito no prontuário.

ADOLESCENTE

Parecer nº 35/92. Compete ao médico, antes de dar acesso aos meios anticoncepcionais a uma adolescente, analisar se esta tem maturidade emocional. Quanto a salpingotripsia em menor excepcional, remete-se ao parecer exarado no

Processo Consulta nº 1042/88.

INSCRIÇÃO

Parecer nº 20/91. Conforme dispõe a Lei 3268/57 e a Lei 6839/80, as empresas cuja atividade básica seja a prestação de serviços médico-hospitalares, com médico como responsável técnico, devem ser registradas no CRM.

EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Parecer nº 19/85. A participação de médico em empresas que exploram o comércio farmacêutico, enquanto exercem a medicina e a comercialização, pelo médico, de lentes de contato são práticas antiéticas. Não é considerado comercialização quando o médico cobra os honorários de maneira distinta dos custos das lentes.

EXAME ADMISSIONAL

Parecer nº 05/89. A realização de teste sorológico para a AIDS como exame admissional é violação ao direito do trabalhador e fere a CLT e não encontra respaldo técnico, científico ou ético. Qualquer informação sobre o empregado ao empregador deve cingir-se à aptidão para o trabalho.

SEGREDO

Parecer nº 04/91. Estão impedidos de revelar segredo médico, toda a equipe de profissionais que, em virtude do exercício de sua profissão, tenha conhecimento de fatos relativos aos pacientes menores infratores e detentos prisionais, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

ATESTADO

Parecer nº 32/90. O médico só poderá fornecer atestado, revelando diagnóstico, na forma codificada ou não, nas hipóteses do dever legal ou da autorização expressa do paciente.

PRONTUÁRIO

Parecer nº 23/89. A manutenção do prontuário médico original deve ser por tempo não inferior a dez anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente. Findo o prazo, o original poderá ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração das informações nele contidas.

PERITO

Parecer nº 28/92. Não incorre delito ético o médico perito que quebrar o segredo médico ao descrever em laudo pericial a doença do servidor, para fins de licença e/ou aposentadoria.

EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Parecer nº 09/86. A indicação de óticas por médicos constitui infração ética. A indicação e prescrição das lentes de grau são de exclusiva competência dos médicos.

ATO MÉDICO

Parecer nº 12/85. A indicação de colocação de aparelhos gessados, talas gessadas etc. é de exclusiva competência médica.

ATESTADO

Parecer nº 02/86. A emissão de atestado de enfermidade é um ato exclusivo da profissão médica, sendo vedado a outros profissionais da saúde por estar excedendo os limites previstos nos diplomas legais que regulamentam a profissão.

CONSULTA

Parecer nº 19/91. Não é quebra de sigilo médico a gravação de consultas em fita cassete para posterior confecção de prontuário.

Relator: Luiz Carlos Sobania

ESPECIALIDADE MÉDICA

Parecer nº 44/90. Não existe limite máximo de especialidades para cada médico, porém, esclarece que existe impedimento legal de anunciar o exercício de mais de duas especialidades.

PRONTUÁRIO

Parecer nº 03/93. A Res. CFM 1331/89 que trata do arquivamento de prontuários médicos não quebra o princípio da hierarquia legal em relação à Lei 5433/68 e não inviabiliza a reprodução dos prontuários em microfilmes no decorrer do período de 10 anos, desde que sejam mantidos os originais.

ÓTICA

Parecer nº 09/86. A indicação de óticas por médicos constitui infração ética. A indicação e prescrição de lentes de grau e de contato são de exclusiva competência dos médicos.

HONORÁRIO

Parecer nº 17/88. Não incorre delito ético o médico que, na inexistência de Serviço de Verificação de Óbito ou de repartição médico-legal, cobrar honorários ao emitir atestado de óbito.

CIRURGIA

Parecer nº 02/87. Veda, ao auxiliar de nível técnico (auxiliar de enfermagem), a execução de atos de exclusiva competência do médico em procedimentos cirúrgicos.

PLANTÃO

Parecer nº 19/93. Conceitua normas técnicas e regimentos clínicos; considera descabida a exigência de escala de plantão gratuito; admite que qualquer médico pode exercer atividade de plantonista geral; analisa os plantões "a distância"; considera que apenas a exigência de vínculo empregatício torna obrigatória a participação em plantões.

SOROLOGIA ADMISSIONAL

Parecer nº 05/89. A realização de testes sorológicos para a AIDS como exame admissional é violação ao direito do trabalhador e fere a CLT e não encontra respaldo técnico, científico e ético. Qualquer informação sobre o empregado ao empregador deve cingir-se à aptidão para o trabalho.

QUELAÇÃO

Parecer nº 14/87. Condena a prática da queelação com o EDTA no tratamento da aterosclerose e de outras doenças vasculares sem antes haver comprovações científicas para o seu uso.

APENAÇÃO

Parecer nº 02/85. O médico, em qualquer esfera de sua atuação, emprego público ou privado, está sujeito a pena de suspensão do exercício profissional e deve ter suspensa toda a sua atividade ligada à medicina, enquanto durar a penalidade.

INTERNAÇÃO

Parecer nº 27/86. A todo médico é assegurado o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, mesmo não fazendo parte de seu corpo clínico, ficando sujeito, nesta situação, às normas administrativas da instituição.

SIGILO

Parecer nº 24/90. Reafirma o princípio de sigilo profissional sobre prontuários médicos mesmo quando solicitado pelo titular da junta de Conciliação e Julgamento da Justiça Trabalhista.

ACUMPUNTURA

Parecer nº 02/92. A acumpuntura é um método terapêutico que poderá ser exercido por qualquer profissional médico com treinamento adequado. Propõe um alerta à Divisão de Vigilância Sanitária e aos CRMs para o registro e fiscalização das empresas médicas que se dediquem à prática deste método. Sugere a aplicação destas considerações à resolução CIPLAN nº 05/90.

PERITO

Parecer nº 07/92. Não incorre delito ético o médico perito que, exercendo funções administrativas, homologa exame pericial realizado por outro médico. Não incorre delito ético o médico perito que aposenta servidor público após exame médico-pericial e cumprindo a legislação vigente.

EMBALSAMENTO

Parecer nº 16/88. A prática do embalsamento é ato exclusivo do médico. Profissionais não médicos somente poderão atuar como auxiliares.

Palavras Chave - pareceres

Key Words - ethics opinion

SUBORDINAÇÃO HIERÁRQUICA E AUTONOMIA DE PERITO

PARECER CFM

EMENTA

O médico perito, oficial ou transitoriamente nomeado, tem inteira autonomia técnica, ética e legal para conduzir o ato pericial.

PARECER

Este Conselho Federal de Medicina recebeu da Sociedade Brasileira de Medicina Legal, e da Sociedade Brasileira de Criminalística, extenso dossiê que demonstra as conseqüências danosas da subordinação dos peritos aos delegados de polícia, como se fossem agentes policiais. Essa questão é no momento, altamente preocupante, em face dos projetos-de-lei ora em tramitação no Congresso Nacional. Infelizmente, não são raras as situações em que autoridades policiais procuram interferir na execução da perícia e, mesmo, na confecção do laudo, com grave prejuízo à credibilidade dessa importante peça processual.

Os documentos evidenciam o que já é fato corrente: a subordinação aos órgãos policiais dificulta o aparelhamento adequado dos serviços, que no mais das vezes são executados em precárias condições materiais. A criação de departamentos, ou qualquer outra denominação viável, permitiria sua estruturação de modo que permitiria à direção uma efetiva ascendência sobre os peritos disseminados nos vários estados; permitiria, também, a introdução de unidade doutrinária; propiciaria, ainda, recursos materiais e, talvez o mais importante, exerceria efetiva fiscalização e cobrança de laudos periciais à altura de sua importância. Esse órgão, assim estruturado, teria sua atuação ampliada, podendo ser requisitado para perícias outras no âmbito da Justiça Civil, Trabalhista e mesmo na esfera administrativa, em fases preliminares ao processo judicial propriamente dito.

I – PERÍCIAS

É natural, é compreensível, que o magistrado não possua o conhecimento absoluto de todas as ciências, necessitando, portanto, recorrer a profissionais, invariavelmente técnicos em ramos específicos do conhecimento profissional, para então firmar seu convencimento e exarar a sentença. Para ilustrar essa necessidade bastam dois exemplos:

- um engenheiro especializado em “Resistência de Estrutura”, poderá estabelecer, após examinar os destroços de um prédio que ruiu: se a planta foi projetada corretamente; se a composição proporcional de cimento, areia e ferros, ou a qualidade de cada material isoladamente, estavam adequados àquela edificação, etc. Com tais dados o juiz poderá, com fundamento, responsabilizar ou não quem de direito;

- o exame médico de um cadáver, ou pessoa que sofreu lesão corporal, poderá indicar a natureza da lesão, qual o meio ou instrumento que a produziu, e suas conseqüências, permitindo à autoridade policial conduzir investigações pertinentes, e ao magistrado obter seu convencimento judicante.

II – AUTONOMIA JUDICANTE E PERICIAL

O Código de Processo Penal estabelece sabiamente:

“Art. 6º. Logo que tiver conhecimento da prática da infração penal, a autoridade policial deverá:

.....

VII – determinar, se for o caso, que se proceda a exame de corpo de delito e a quaisquer outras perícias;

Art. 158 – Quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado;

Art. 159 – Os exames de corpo de delito e as outras perícias serão feitos por dois peritos oficiais (nova redação dada pela Lei nº 8.862, de 28/3/94).

§ Primeiro. Não havendo peritos oficiais, o exame será realizado por duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior, escolhidas, de preferência, entre as que tiverem habilitação técnica relacionada à natureza do exame (nova redação dada pela Lei nº 8.862, de 28/3/94).

§ Segundo. Os peritos não-oficiais prestarão o compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo.

Art. 160. Os peritos elaborarão o laudo pericial, onde descreverão minuciosamente o que examinarem, e responderão aos quesitos formulados (nova redação dada pela Lei nº 8.862, de 28/3/94).

Parágrafo único. O laudo pericial será elaborado no prazo máximo de 10 dias, podendo este prazo ser prorrogado, em casos excepcionais, a requerimento dos peritos (Redação dada pela Lei 8.862, de 28/3/94).”

Comentário. O artigo é claro. Os dois peritos devem estar presentes ao ato pericial, ainda que um redija o laudo. É um trabalho a “duas mãos”, sendo descabida a figura do “revisor”, que não participou do ato pericial.

Outra evidência que exsurge do texto é que os peritos, sejam oficiais ou não, elaborarão o laudo. Ainda que o art. 179 do Código de Processo Penal permita que o escrivão datilografe o laudo, isto não é uma imposição. Não há mais guarida para o chamado “Auto de Exame de Lesões Corporais”, ou outro qualquer.

“Art. 178. No caso do art. 159, o exame será requisitado pela autoridade ao diretor da repartição, juntando-se ao processo o laudo assinado pelos peritos.

Art. 180. Se houver divergência entre os peritos, serão consignadas no auto de exame as declarações e respostas de um e de outro, ou cada um redigirá

separadamente o seu laudo, e a autoridade nomeará um terceiro; se este divergir de ambos, a autoridade poderá mandar proceder a novo exame, por outros peritos.

Art. 182. O juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte."

Comentário. Iniciando pela última transcrição, essa liberdade do juiz é fundamental, ainda que alguns não a entendam. O juiz não pode ficar "escravizado" ao laudo. Embora seja peça importante, não é a única que deva ser apreciada, à semelhança dos exames complementares na prática médica assistencial.

Quanto ao disposto no Art. 180, é importante observar que mesmo havendo divergência a autoridade não determina que esse ou aquele perito conclua dessa ou daquela maneira. Considerando a perícia insatisfatória, ela poderá solicitar esclarecimentos ou novo exame, até mesmo por outro perito, mas não interferirá na autonomia do "expert", nem jamais determinará como a tarefa deve ser feita.

No Art. 178 foi sublinhado "o exame será requisitado pela autoridade ao diretor da repartição." Isto significa que esse diretor designará qual perito do quadro técnico realizará a perícia, sem qualquer interferência da autoridade requisitante. Esta independência é fundamental, pois, do contrário, a própria autoridade efetuará a perícia.

Mesmo nas delegacias que disponham de apenas um ou dois peritos, a requisição deve ser entendida como dirigida ao "diretor da repartição", ainda que o próprio, como representante da direção do órgão técnico, venha a ser seu executor.

Relembrando o já assinalado, o exame deve ser sempre realizado por dois peritos.

O salutar entrosamento entre a autoridade requisitante e os peritos – aquela fornecendo dados obtidos em sua investigação, estes solicitando – é muitas vezes útil para a confecção de um laudo verdadeiramente esclarecedor, quer para conduzir ulteriores investigações policiais, quer para consolidar a prova e o convencimento do magistrado.

Entretanto, é da alçada exclusiva do perito decidir quando necessita desses dados. No caso de perícias procedidas em pessoas, em que obviamente o perito colhe informações comumente registradas no "histórico", equivalentes à anamnese numa consulta, a presença de estranhos, aqui incluída a autoridade ou seu agente, pode vir a prejudicar a qualidade do trabalho pericial. Nesse caso o perito deverá exigir a privacidade necessária para o desempenho de sua função. Pode também exigir que sejam removidas quaisquer formas de contenção, algemas por exemplo. A evidência desse raciocínio está contida na própria Lei nº 8.862, de 28/3/94, ao dar nova redação aos incisos I e II do Art. 6º do Código de Processo Penal, os quais transcrevo e sublinho o texto pertinente:

"Art. 6º

I – dirigir-se ao local, providenciando para que não se alterem o estado e conservação das coisas, até a chegada dos peritos criminais;

II – Apreender os objetos que tiverem relação com o fato, após liberados pelos peritos criminais."

Comentário. Está evidente que a autoridade não tem competência legal para tomar quaisquer medidas prévias ou durante a execução da perícia do local, e mais ainda, pelo já exposto, em relação as perícias médico-legais.

III – PERÍCIA MÉDICA

O Código de Ética Médica estabelece:

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

É vedado ao médico:

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

Estes dois artigos balizam a conduta do médico, no caso em análise do médico perito, quer seja médico legista servidor público, quer extemporaneamente nomeado.

O médico, na função de perito, pode e deve obedecer algumas regras básicas, visando evitar nulidades periciais ou o levantamento de dúvidas quanto à exatidão do laudo. São elas, entre outras que casos especiais exijam:

1) certificar-se da identidade da pessoa a ser examinada, solicitando sua cédula de identidade, ou documento equivalente, para conferência;

2) caso a pessoa não possua documento de identidade, o médico deve registrar, no laudo, dados que permitam confronto ante qualquer dúvida futura, tais como: sexo, cor da pele, dos olhos, idade aparente, estatura, sinais particulares congênitos ou adquiridos, etc.;

3) que o exame seja efetuado reservadamente, com privacidade, ou seja, presentes somente o indivíduo a ser examinado e os peritos, em local adequado, preferencialmente no consultório médico-legal. Quando menor, seu representante legal poderá estar presente. Nos processos civis, quando nomeado peritos assistentes, obviamente estes participarão do ato.

Antes que precipitadamente alguém alegue a previsão da publicidade dos atos processuais, é necessário esclarecer o que a Constituição prevê no Art. 5º, inciso LX: “a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem”.

De início, a intimidade e o pudor do ser humano devem ser respeitados. A publicidade do laudo não pode ser confundida com publicidade do ato pericial. Se a presença de outras pessoas, aqui incluídas a autoridade policial ou seu agente, puder de qualquer forma constranger a pessoa a ser submetida a exame, é dever inalienável do perito exigir a privacidade do ato.

Por todo o exposto, as atribuições do perito não podem ser confundidas com as do agente da autoridade, quer judiciária, quer policial. Esta pode determinar ao seu agente, comissário de polícia por exemplo, que proceda uma diligência dessa ou daquela forma; pode determinar exatamente como fazer; o juiz também pode, da mesma forma, determinar ao oficial de justiça como proceder. Mas ninguém pode determinar ao perito como efetuar esta ou aquela perícia. Não custa repetir, esta garantia é semelhante à liberdade do juiz, ao qual ninguém indica o que deve dizer ou concluir em sua sentença. Deve o perito, isto sim, obedecer às regras técnicas indicadas para o caso, descrever adequadamente o que observou e concluiu, e responder aos quesitos, oficiais ou elaborados pela autoridade.

IV – CONCLUSÃO

Qualquer que seja a subordinação hierárquica a que estiver submetido o médico perito, oficial ou transitoriamente nomeado, esta será somente administrativa. Técnica, ética e legalmente ele tem inteira autonomia e liberdade para conduzir o ato pericial, única forma de também responder com plenitude por faltas culposas ou dolosas no exercício de seu mister.

Brasília, 19 de setembro de 1995.

Léo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 8/11/95

Palavras Chave - autonomia do perito, perícia médica

Key Words - audit autonomy, medical audit

KEVORKIAN É CONDENADO POR HOMICÍDIO DOLOSO NOS EUA

Pontiac, EUA (AE-Reuters) - Um júri norte-americano considerou culpado anteontem, por homicídio doloso, o doutor Jack Kevorkian por injetar uma dose letal de produtos químicos em um homem desenganado pelos médicos. O júri no tribunal de circuito do condado de Oakland, estado de Michigan, rechaçou a alegação de Kevorkian de que não pretendia assassinar Thomas, Youk, de 52 anos, que pedecia do chamado mal de Lou Gehrig.

Kevorkian, que se auto defendeu no juízo, disse que interveio para aliviar o sofrimento de Youk, que estava confinado em uma cadeira de rodas e tinha dificuldade para respirar e ingerir alimentos. Uma condenação por homicídio doloso pode chegar à pena máxima de prisão perpétua. A juíza Jéssica Cooper marcou para 14 de abril a data da sentença e deixou Kevorkian em liberdade sob fiança, condicionada a não dar assistência a mais nenhum suicídio.

Transcrito Gazeta do Povo

28/03/99

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE ELIMINA TERMO "PARAMÉDICO"

Resolução CNS Número 44 de 03 de março de 1993 o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com base nas suas competências regimentais e nas atribuições conferidas pela Lei número 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pela Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990, em sua Reunião Ordinária ocorrida nos dias 03, 04 e 05 de março de 1993, considerando:

- Que a análise de documentos oficiais tem identificação a inclusão do termo PARAMÉDICO designando profissionais não médicos na área de saúde.
- Que tal terminologia, amplamente utilizada quando tais atividades profissionais se encontravam vinculadas às atividades médicas e sob sua supervisão.
- Que através do tempo a identidade e a autonomia das profissões foram sendo delineadas através de leis específicas que definiram o conjunto de atribuições e funções de cada uma delas.
- Que a reformulação do Sistema de Saúde disposto no Artigo 198 da constituição estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Que tais bases do sistema repousam na integralidade das ações.
- Que tal integralidade supõe como premissa básica a existência de ações distintas, diferenciadas, específicas de acordo com a autonomia dos profissionais envolvidos em equipe interdisciplinar.
- Que tal autonomia não fere o trabalho em equipe mas, ao contrário, é a base deste trabalho em respeito mútuo.
- Que tais ações, portanto, integradas no Sistema Único de Saúde (SUS), são incompatíveis com a conceituação de PARAMÉDICO anteriormente citada.

RESOLVE:

Indicar, a partir de agora, uma revisão de tais documentos oficiais para a eliminação do termo paramédico e a substituição do mesmo para PROFISSIONAL DE SAÚDE, inclusive o médico, consoante com as reformas preconizadas pela Constituição e ratificadas pela IX Conferência Nacional de Saúde.

Brasília, 03 de março de 1993

Jamil Haddad
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução número 44 do CNS, nos Termos do Decreto de Delegação de Competências de 12 de novembro de 1991.

Palavras Chave - paramédico, profissional de saúde

Key Words - paramedics, health professional

ANÁLISE DE PATERNIDADE EM SERES VIVOS ATRAVÉS DO EXAME DE DNA. ATO MÉDICO

PARECER CFM

EMENTA: O exame de paternidade em indivíduos, quando utilização da técnica pelo DNA, é considerado um ato médico.

DA CONSULTA

Trata-se de expediente encaminhado pelo pesquisador científico do CENARGEN-EMBRAPA, Dr. Dario Grattapaglia, por meio do qual o mesmo questiona a existência de alguma norma regulamentadora sobre análise de paternidade em seres vivos por intermédio do exame de DNA, bem como se esta área é de competência exclusiva do médico.

Infere-se que o consulente, dirigindo-se ao Conselho Federal de Medicina sobre este tema, questiona especificamente quanto ao exame de paternidade pelo DNA em seres humanos.

O PROBLEMA DA PATERNIDADE NO BRASIL

De acordo com dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), versando sobre Estatística do Registro Civil, aproximadamente um terço das crianças nascidas em 1988 e registradas naquele ano eram filhas de mães solteiras. Estimando-se o nascimento de 5 milhões de crianças por ano no Brasil, cerca de 1,5 milhões, certamente, seriam vítimas de nascimentos ilegítimos por ano. Por esse motivo, crescem as demandas no âmbito do Judiciário, especialmente nas Varas de Família, na disputa por direitos de reconhecimento da paternidade. Em face das dificuldades enfrentadas pelos demandantes, no tocante aos custos processuais, aí incluindo-se o valor do exame a ser realizado, a grande maioria, pobre na forma da lei, recorre à Assistências Judiciárias (Defensorias Públicas) dos estados na esperança de terem os seus direitos assegurados. Surge, porém, um outro problema, qual seja, o valor a ser pago pelo interessado para a realização do teste de DNA de paternidade. Sensíveis a esta problemática, casas legislativas de vários estados têm aprovado projeto de lei que responsabiliza o Poder Público a assegurar esse direito pretendido e, dessa forma, arcar com todas as despesas periciais, de acordo com decisão judicial.

DETERMINAÇÃO DE PATERNIDADE

Não se pode discorrer sobre o tema, investigação de paternidade pelo DNA, dissociando a técnica de sua execução das situações éticas inerentes ao assunto, no que concerne à privacidade, à confidencialidade e à fidelidade. Não se trata simplesmente da obtenção de uma amostra de sangue ou de qualquer

outro fragmento de tecido da parte interessada a ser examinado à semelhança de um teste convencional de laboratório. Isto posto, é oportuno frisar que os aspectos éticos da análise científica de tal procedimento não podem ser dissociados, pelas possíveis implicações que possam advir na dependência de um falso resultado.

À guisa de contribuição e para justificar o que acabamos de dizer, basta lembrar a lamentável tragédia aérea ocorrida recentemente em nosso país, cuja correta identificação dos corpos só foi possível, mesmo após ter-se consumado o enterro de alguns, e as dúvidas dirimidas, mediante a utilização de técnicas de investigação pelo DNA. A primeira lição a tirar deste episódio é a necessidade imperiosa de conhecimentos profundos de Genética e Medicina Legal por quem trabalha na execução destes exames, indispensáveis na correta tomada de decisões.

UM POUCO DA HISTÓRIA

Somente em 1953, após as descobertas de Watson e Crick, responsáveis pela descoberta da molécula de DNA, foi possível identificar os constituintes químicos dos genes, o que permitiu a diferenciação entre as pessoas por meio do código genético. Decorridos 33 anos, Alec Jeffreys desenvolveu sondas moleculares radioativas capazes de reconhecer as variações moleculares do DNA e determinar a individualidade genética de cada um de nós, expressão por ele cunhada de "impressões digitais de DNA".

Houve aperfeiçoamento da técnica, mediante a contribuição oferecida nesta área pelo geneticista brasileiro Sérgio Pena, autor de inúmeros trabalhos que permitiram a simplificação técnica e, mais que isso, a sua operacionalização, tornando-se o pioneiro pela difusão do método por todo o país. Para o estudo das "impressões digitais" de DNA (BIOPRINTS) são necessárias amostras de DNA de todas as pessoas envolvidas. Na grande maioria dos casos, são utilizados DNA extraídos dos leucócitos do sangue periférico, por se constituir o tecido mais fácil de ser obtido. Entretanto, o teste pode ser feito a partir de qualquer outro tecido que contenha DNA, a exemplo de bulbo capilar, pele, sêmen, ou de células cultivadas.

O resultado em si, de maneira simplista, muito se assemelha ao perfil obtido em papel quando se realiza o exame de eletroforese do sangue. Após submeter a molécula de DNA a um processo de fragmentação em bandas, melhor dizer, em segmentos, obtém-se um padrão ou perfil, permitindo proceder-se ao estudo comparado entre as pessoas examinadas – no caso de investigação de paternidade, comparando a existência de bandas (segmentos) encontrados na criança, na mãe e no suposto pai. Em caso de falecimento do pai, podem ser utilizadas amostras de parentes próximos deste, a exemplo de irmãos, avô ou outros filhos. Na inexistência de parentes próximos ou mediante recusa de familiares em colaborar, poder-se-á então utilizar, excepcionalmente, por meio do método de Reação de Cadeia de Polimerase (PCR), a obtenção de fragmentos teciduais, após realizar-se a exumação do cadáver.

A CONFIABILIDADE DO MÉTODO

Preocupa-nos, sobretudo, a proliferação de Centros que hoje se oferecem para realizar os testes de investigação de paternidade. Por vezes, sem a devida habilitação

técnica, tão pouco ética, ensejando a banalização do método e a conseqüente imprecisão dos resultados. Por outro lado, quando realizado dentro de técnica adequada, poder-se-á dizer que a confiabilidade do exame beira os 100% de exatidão.

OUTRAS APLICAÇÕES DO EXAME DE PATERNIDADE PELO DNA

Nos dias de hoje, já é possível detectar a paternidade pela análise direta do DNA mediante a utilização de tecidos fetais (pré-natal). O material a ser obtido pode variar, dependendo da fase em que se encontra a gestação, podendo ser uma amostra de vilosidade coriônica (em torno da 9ª semana) ou, ainda, por meio do líquido amniótico (15ª semana). Assinale-se que além dos riscos de pequena monta inerentes à colheita do material, tal procedimento (investigação de paternidade pré-natal) não deverá ser realizado, salvo por decisão judicial, vez que o nosso Código Civil somente reconhece como pessoa o ser humano após o seu nascimento. Uma circunstância na qual poder-se-á dirimir a incerteza, verifica-se quando uma mulher engravidada após ter sido estuprada e teme agir contrariando valores morais em favor do aborto sentimental, evitando tomar esta decisão caso tenha a certeza de que o filho gerado pertence ao cônjuge ou companheiro, e não ao autor do delito. Nesta hipótese, o exame de investigação de paternidade pode determinar com exatidão o verdadeiro pai da futura criança e, em decorrência, evita-se interromper a gestação.

Outra aplicação prática no campo da investigação de paternidade seria a criação de um banco de DNA, pelo qual o indivíduo depositaria uma determinada quantidade de sangue e, mediante seu consentimento e de sua família, o exame poderia ser realizado caso se apresentasse qualquer candidato que se julgasse herdeiro, na condição de filho legítimo.

CONCLUSÃO

Segundo entendimento do bioeticista Elio Sgreccia, em seu tratado *Manual de Bioética*, as exigências éticas neste campo podem ser assim resumidas:

a) Os exames de paternidade devem ser realizadas em instituições credenciadas por sua experiência e autoridade e somente poderão ser realizados a pedido da Justiça ou de uma instituição de perícia, com fins legítimos previstos pela lei ou para beneficiar a união familiar. Em vários países da Europa, os laboratórios privados geralmente recusam-se a aceitar o pedido de exame do próprio interessado. A razão ética é fácil de ser entendida: trata-se de respeitar os direitos dos filhos, a privacidade e a unidade da família que, em certos casos, pode ser ameaçada pelo resultado do referido exame;

b) No que diz respeito ao uso em criminologia, o exame deverá ser realizado por pessoal perito e deve ser considerado lícito como um meio de confirmar a verdade sobre o réu de delito e afastar a condenação de inocentes. Além disso, o exame deverá se referir apenas aos aspectos genéticos relativos ao quesito judicial, e não a outros dados biológicos;

c) Os registros criminológicos, com seus bancos de dados, deverão ser protegidos pelo segredo. O motivo tem seu fundamento no direito à privacidade, que

no campo genético adquire foro especial pelo fato de o DNA também fornecer dados sobre a descendência.

Após estas considerações, poderemos responder ao consulente o seguinte:

1. Consignamos que até o presente não existe qualquer diploma legal ou norma que verse sobre o assunto;

2. Porém, somente o médico tem em seu currículo as disciplinas que o capacitam a realizar o referido exame. Não obstante a grade curricular mínima existente nos cursos de Medicina para a execução desta tarefa, faz-se necessário o aprimoramento em nível de pós-graduação, pelas implicações técnicas e éticas decorrentes de sua utilização, isto é, o exame de investigação de paternidade pelo DNA deverá ser considerado um ato médico.

Este é o meu parecer, S. M. J.

Brasília, 23 de dezembro de 1996

Sérgio Ibiapina Ferreira Costa
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 09/07/97

Palavras Chave - paternidade, DNA, teste de paternidade

Key Words - DNA test, paternity

RENAULT E PEUGEOT USARAM CADÁVERES EM PESQUISAS

Paris (AFP) - O laboratório de pesquisa biomédica pertencente à Renault e Peugeot realiza estudos de acidentologia que implicam o uso de cadáveres em simulações de acidentes, segundo um porta-voz da Renault entrevistado pela AFP.

Em duas ocasiões, há uns vinte anos, um cadáver de criança foi utilizado em experiências realizadas não pelo próprio laboratório, mas por médicos e cientistas especializados em acidentologia do Centro de Estudos de Segurança e de Análises de Riscos (Cesar), informou a fonte.

Anteontem, o jornal inglês Sunday Times publicou um artigo sobre a utilização de cadáveres de meninos em simulações de acidentes, para um estudo que resultou na elaboração de um assento de criança mais seguro para a Renault.

A questão do uso de cadáveres humanos, em particular de menores, neste tipo de pesquisa tem sido objeto de várias polêmicas. A última remonta de 1993, quando a imprensa alemã evocou as experiências da universidade de Heidelberg.

Ontem, o porta-voz da Renault assinalou que "os bonecos não podem substituir totalmente os cadáveres humanos" nas simulações de acidentes. O laboratório de pesquisa biomédica criado pela Renault em 1954 constituiu um banco de dados sobre 18 mil acidentes rodoviários, segundo a indústria automobilística. A Peugeot se uniu a esta estrutura há uma década.

Transcrito Gazeta do Povo
21/04/98

A RESPONSABILIDADE DA EQUIPE CIRÚRGICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.490/98

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 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente;

CONSIDERANDO a responsabilidade do Diretor Técnico de zelar pelo provimento de condições dignas de trabalho e meios indispensáveis à prática médica, conforme item "b" do artigo 2º da Resolução CFM nº 1.342/91;

CONSIDERANDO que o médico deve acatar as normas e respeitar Acórdãos e Resoluções do Conselho Federal de Medicina, conforme determina o artigo 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13 de fevereiro de 1998.

RESOLVE:

Art. 1º – A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados.

Art. 2º – É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a segurança e eficácia do ato.

Art. 3º – É lícito o concurso de acadêmico de medicina na qualidade de auxiliar e de instrumentador cirúrgico em unidades devidamente credenciadas pelo seu aparelho formador e de profissional de enfermagem regularmente inscrito no Conselho de origem, na condição de instrumentador, podendo esse concurso ser estendido também aos estudantes de enfermagem.

Art. 4º – Deve ser observada a qualificação de um auxiliar médico, pelo cirurgião titular, visando ao eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico.

Art. 5º – O impedimento casual do titular não faz cessar sua responsabilidade pela escolha da equipe cirúrgica.

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

Brasília, 13 de fevereiro de 1998.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antônio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Palavras Chave - responsabilidade cirúrgica, equipe cirúrgica

Key Words - surgical responsibility

MORTE ENCEFÁLICA

PARECER CRM/PR

Os membros da Comissão Técnica em Transplantes de Órgãos, após diversas reuniões de estudo, propõem ao Plenário deste CRM/PR, as seguintes normativas para clarificar e uniformizar as ações dos Médicos nas questões de Morte Encefálica:

1. Em todos os pacientes em coma não responsivo e apnéia, deverão ser realizados os procedimentos de determinação da morte encefálica, independente da condição de doadores ou não de órgãos. Caso o resultado dos exames da 1ª etapa seja compatível com o diagnóstico de morte encefálica, deverá esta situação ser imediatamente comunicada ao médico titular e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos;

2. Deverá o médico titular ou assistente do paciente comunicar ao responsável legal ou familiares, a situação de possível morte encefálica e o direito de indicar um médico de sua confiança para acompanhar os procedimentos de determinação de morte encefálica (2ª etapa), bem como, informar-lhes o resultado de cada uma das etapas;

3. Quando o responsável legal ou familiares optarem pela presença de um médico de sua confiança, para acompanhar os procedimentos de determinação da morte encefálica, será de sua responsabilidade a indicação e a solicitação da presença desse profissional, nos horários especificados pela equipe de determinação da morte encefálica do Hospital. O médico escolhido deverá registrar o seu parecer no Termo de Declaração de Morte Encefálica;

4. O Termo de Declaração de Morte Encefálica deverá ser assinado exclusivamente pelo médico examinador de cada etapa, imediatamente após a avaliação;

5. A Declaração de Óbito deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente ou pelo médico legista nos casos previstos em lei, com a data e hora da conclusão dos exames da 2ª etapa, registradas no Termo de Declaração de Morte Encefálica;

6. Não cabe ao médico legista a determinação da morte encefálica, mesmos nas situações de morte violenta previstas em lei. As suas atribuições nesta situação estão especificadas no capítulo IV, artigos 16 e 17, do Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997;

7. O teste de apnéia é obrigatório na determinação da morte encefálica e a sua não realização por qualquer motivo, inviabiliza esta determinação. Quando necessária a repetição do teste de apnéia, deverá ser registrado no Termo de Declaração, apenas os resultados do último teste;

8. Quando um exame complementar não se mostrar compatível com o diagnóstico de morte encefálica, deverá ser repetido até a confirmação desta situação ou não poderá ser determinada a morte encefálica, independentemente do resultado de outros exames complementares.

9. Reconhecer como aptos a cumprir a exigência prevista no parágrafo 1º, do artigo 16, do decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, os médicos Neurologistas, Neuro-Pediatras e Neuro-Cirurgiões, com título de especialista devidamente registrados no CRM/PR;

10. Estabelecer um modelo de "Termo de Declaração de Morte Encefálica", a ser utilizado em todos os Hospitais do Estado do Paraná (anexo).

A Comissão

Dr. Ehrenfried Wittig – Coordenador da Comissão Técnica em Transplantes de Órgãos

Dr. Carlos Eduardo Soares Silvado

Dr. Duilton de Paola

Dr. Júlio César Wiederkehr

Dra. Maria Júlia Camina Bugallo

Dra. Rossana Mariza Jacob

Luiz Sallim Emed
Presidente

Daebes Galati Vieira
1º Secretário

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 02/12/98

Palavras Chave - morte encefálica, protocolo de morte encefálica

Key Words - encephalic death, encephalic death certificate

**MORTE ENCEFÁLICA ATESTADA POR NEUROLOGISTA,
NEURO-CIRURGIÃO OU NEURO-PEDIATRA
RESOLUÇÃO Nº 063/98 – CRM/PR**

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

CONSIDERANDO que é de sua competência decidir quanto ao reconhecimento de títulos de especialistas no país, bem como registrá-los,

CONSIDERANDO que o parágrafo 1º do artigo 16 do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, estabelece que o diagnóstico de morte encefálica será confirmado por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia, reconhecido no País,

CONSIDERANDO que Neuro-Pediatras e Neuro-Cirurgiões têm capacitação equivalente na especialidade de Neurologia.

RESOLVE:

Artigo 1º – Reconhecer como aptos a cumprir a exigência prevista no parágrafo 1º do artigo 16, do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, os médicos Neurologistas, Neuro-Pediatras e Neuro-Cirurgiões, com Títulos de Especialista devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Artigo 2º – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 30 de julho de 1998.

Luiz Sallim Emed
Presidente

Daebes Galati Vieira
1º Secretário

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 03/08/98

Palavras Chave - termo de declaração de morte encefálica, morte encefálica
Key Words - death certificate

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA **RESOLUÇÃO Nº 076/98-CRM/PR**

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

CONSIDERANDO a Lei de Transplantes de Órgãos, Tecidos e Partes do Corpo Humano nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997,

CONSIDERANDO o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 e que estabelece condições sobre a remoção de órgãos e tecidos para transplantes.

CONSIDERANDO a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.407, de 5 de agosto de 1998, sobre a Regulamentação Técnica das Atividades de Transplantes,

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, sobre o Termo de Declaração de Morte Encefálica,

CONSIDERANDO a necessidade de padronização de um modelo de Termo de Declaração de Morte Encefálica para o Estado do Paraná,

RESOLVE:

Artigo 1º – Estabelecer um modelo de **TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA**, a ser utilizado em todos os Hospitais do Estado do Paraná.

Artigo 2º – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 14 de dezembro de 1998.

Luiz Sallim Emed
Presidente

Daebes Galati Vieira
1º Secretário

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/12/98

Palavras Chave - termo de declaração de morte encefálica, morte encefálica
Key Words - encephalic death

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

Res. CFM n.º 1480, de 8/8/1997 - Res. CRM/PR n.º _____, de ___/___/199__

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Registro: _____
Data de Nascimento: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Pai: _____	Mãe: _____
Raça: B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
Hospital: _____	

DIAGNÓSTICO	
Instalação da Lesão Encefálica	- Data _____ Hora _____
Constatação Com a Não Responsivo	- Data _____ Hora _____
Confirmação Diagnóstica da Lesão	- Data _____ Hora _____
Tipo de Exame Confirmatório	- _____
Diagnóstico Definitivo	- _____

AUSÊNCIA DE CAUSAS REVERSÍVEIS DO COMA	
Hipotermia $\leq 32^{\circ}\text{C}$	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>
Intoxicação Drogas Depressoras SNC	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>

RESULTADOS DOS EXAMES CLÍNICOS				
	1ª Etapa		2ª Etapa	
	Data _____		Data _____	
	Hora _____		Hora _____	
Com a Aperceptivo Não Responsivo	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Pupilas Fixas e Não Reativas	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ausência de Reflexo Córneo-Palpebral	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ausência de Resposta Óculo-Cefálica	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ausência de Resposta às Provas Calóricas	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ausência de Reflexo de Tosse	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>
Apnéia	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="checkbox"/>

RESULTADO DO TESTE DE APNÉIA			
Data _____	Inicial pCO ₂ _____	pO ₂ _____	Positivo <input type="checkbox"/>
Hora _____	Final pCO ₂ _____	pO ₂ _____	Resultado Negativo <input type="checkbox"/>
			Inconclusivo <input type="checkbox"/>

RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES			
1º Exame: Tipo _____ Data _____ Hora _____			
Resultado: _____			
Médico Responsável Laudo _____		CRM _____	
2º Exame: Tipo _____ Data _____ Hora _____			
Resultado: _____			
Médico Responsável Laudo _____		CRM _____	

MÉDICOS RESPONSÁVEIS PELAS ETAPAS			
1ª Etapa: Médico _____		CRM _____	
Endereço: _____		Fone: _____	
Assinatura: _____			
2ª Etapa: Médico _____		CRM _____	
Endereço: _____		Fone: _____	
Assinatura: _____			
OBSERVAÇÃO: _____			

DESEJO DE VIDA

Othelo de Carvalho Dias Filho

Desejo que meus olhos sejam doados, para que eu possa continuar a ver aqueles que me amaram.

Desejo que meu coração seja doado, para que eu possa continuar a amar e ser amado.

Desejo que meu cérebro seja doado, para que eu possa lembrar e ser lembrado.

Desejo que meus órgãos sejam doados, para que possam ser usados.

Desejo que minha pele seja doada, para corrigir os deformados.

Desejo que meus ossos sejam doados, para que eu possa apoiar os sem apoio.

Desejo que as partes não servidas, em adubos possam ser transformados.

Para que façam a terra dar vida a todas as sementes crescidas.

Esses foram meus desejos em vida, porque com Deus estarei na eternidade.

Doar para continuar eterno.

Imagino meu corpo sobre a terra, em partes, destruído ao mundo para que faça feliz os infelizes, para que dê saúde aos enfermos.

Imagine meus olhos em outra face, buscando em todas as direções o teu olhar, se um dia por sorte minha, encontrá-la verás que permaneci na terra por te amar.

Imagina meu coração em outro corpo a pulsar, saberás que continuarei a te amar.

Imagina meu cérebro em outro corpo, a sonhar um dia te encontrar.

Imagina meus órgãos em outros corpos, para emoções tu poderes dar.

Imagina uma rosa a ti oferecida pelas sementes que eu pude criar.

Se um dia essas partes na terra acabarem, me encontrarás na eternidade e ainda estarei a te amar.

Transcrito Gazeta do Povo

Palavras Chave - doação de órgão

Key Words - organ donation

ÉTICA MÉDICA E O APRENDIZADO ACADÊMICO COM O PACIENTE

ANA CAROLINA SILVA CHUERY*
ANGELA DE OLIVEIRA FERREIRA*
CÍCERO DE ANDRADE URBAN*
CAROLINE AMARAL FERRAZ*
ELKE CHRISTINE FERREIRA*
LISLAINE CILENE BATISTA*
MARIA ALICE SEMEGHINI*
MÔNICA SIMEÃO PEDRO*
PATRÍCIA FUCUTA*

INTRODUÇÃO

O relacionamento do estudante de Medicina com os pacientes durante o seu período de graduação tem sido objeto de grande interesse na Ética Médica. Quais são os limites do aprendizado e como aprender Medicina sem ferir a autonomia dos pacientes? São questões ainda não bem estabelecidas.

Os procedimentos realizados pelos estudantes muitas vezes submetem os pacientes a um risco potencialmente mais elevado do que se fossem realizados pelos profissionais mais habilitados. Para que esses riscos sejam minimizados é necessário sempre a presença da figura do orientador (Professor, médico ou residente) durante a realização desses procedimentos, fato que nem sempre é verificado. Embora este seja um assunto de grande relevância, poucos estudos versam sobre o tema.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O relacionamento estudante-professor é uma imagem do relacionamento estudante-paciente, mas com a inversão da autoridade estudantes subordinados por instrutores, agora tornam-se figuras autoritárias perante o paciente. Lições de como exercer essa autoridade, freqüentemente modelados inconscientemente pelos professores, são executados por estudantes, cujo dilema moral de aprendizado é a possibilidade de punição pelo erro quando do aprendizado em pacientes.

Diferentemente do estudante, entretanto, o paciente é protegido por uma barreira de valores éticos pronunciados e ampliados por mais de 2 milênios desde o desenvolvimento das perspectivas éticas do Juramento Hipocrático e atualmente pelo princípio da autonomia.

O principal fundamento da Ética Médica é proteger o paciente, vulnerável pela doença. Esse ponto de vista tira a Medicina do mundo dos negócios, onde

* Acadêmicos do Curso de Medicina da UFPR. Trabalho apresentado à disciplina de Deontologia Médica em 1995. Orientador da pesquisa, Prof. Dr. Carlos Ehlike Braga Filho.

comprador e vendedor competem por vantagem, e faz dela uma profissão onde médico e paciente estabelecem uma aliança para combater a doença. A base dessa aliança é a fidelidade do médico a valores que protegem o paciente. São esses valores que os estudantes devem aprender para honrá-los e aplicá-los como uma chave elementar em seu aprendizado com os pacientes.

Essa é uma tarefa complicada, os valores são sustentados e exercidos por uma variedade de origens que interpretam seus significados e utilizações diferentemente e a quem estudantes são submissos. Há o instrutor, sob cuja autoridade e assinatura os estudantes efetuam terapias em pacientes; o paciente, cujo bem-estar o estudante deve procurar; os padrões éticos da profissão médica e os valores individuais de cada estudante. Com essas múltiplas submissões podem-se produzir vários conflitos na decisão do estudante em como aplicar tais valores aos dilemas éticos encontrados no aprendizado e adaptá-los às necessidades do paciente. Estes conflitos são realçados em recentes relatos por dois estudantes de Medicina, Christakis e Feudtner, que exploram dilemas estudantis, por exemplo, desempenhar tarefas clínicas sem adequado treinamento ou acatar ordens às quais eles discordam. Eles apontam a necessidade do ensinamento sobre ética, enfocando as experiências e problemas pelos quais passam os acadêmicos.

Estudantes aprendem procedimentos educacionais e condutas terapêuticas manejando pacientes. Em primeira instância, estudantes aprendem buscando dar ajuda ao paciente; em 2º lugar deve-se pensar no ganho obtido pelos estudantes a partir do atendimento de pacientes. Problemas éticos básicos se intensificam para os estudantes, quando eles realizam procedimentos terapêuticos que ferem o paciente, ou quando este se recusa a servir de instrumento de aprendizado. Esses problemas são ilustrados por um caso, onde um acadêmico interno, em seu primeiro plantão, após várias tentativas frustradas de uma punção venosa, e com a paciente já demonstrando-se descontente, questionou-se: até que ponto ele estava servindo à necessidade dela ou à sua própria necessidade?(1)

Alguns valores podem ajudar os estudantes a lidar com esses aspectos éticos. O primeiro é a fidelidade ao princípio de não prejudicar os pacientes que examinam e tratam ("não-maleficência"); outros dois valores são essenciais: contar sempre a verdade e o consentimento do paciente (Princípio da Autonomia).

Os estudantes devem assumir sua função como estudantes e revelar ao paciente a sua condição e a proposta de intervenção terapêutica ou diagnóstica. Eles também devem receber o consentimento verbal dos pacientes para a realização de exames e tratamentos.

Questionamentos por pacientes sobre a experiência do acadêmico e o risco do procedimento podem surgir. O direito do paciente conhecer sobre a natureza do procedimento e de se submeter ou não ao exame deve ser respeitado. Através destas ações, o estudante reconhece a autonomia do mesmo como um valor significativo na Medicina moderna.

METODOLOGIA

Neste trabalho foram coletadas informações acerca da ética na relação entre acadêmico e paciente e procedimentos que apesar de serem da responsabilidade do profissional médico, são freqüentemente realizados por acadêmicos.

Para esta avaliação foram usados 210 questionários (anexo I) desenvolvidos pelos autores e aplicados pelos mesmos no período de 3 de março a 28 de abril entre os alunos do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, distribuídos entre as salas de aula do Centro Politécnico e do Hospital de Clínicas de Curitiba e dos setores do mesmo Hospital. Foram escolhidos alunos do 2º e 9º períodos e 6º ano (11º e 12º períodos) por estarem em fases significativas do curso, uma vez que se encontram, respectivamente: dando início ao curso teórico, finalizando as aulas teóricas, e no término da parte prática do curso.

Destes 210 questionários 19 alunos não completaram o preenchimento dos dados, e a causa disto não pode ser esclarecida pela equipe.

Dos 191 alunos que completaram a enquete, 74 eram do segundo período, 68 do nosso período e 49 do sexto ano. Os resultados foram compilados em tabelas, dividindo os itens em: período, procedimentos já realizados, se o estudante recebeu orientação profissional na realização dos procedimentos, conduta frente ao paciente na sua qualidade de acadêmico, e opinião dos alunos sobre a realização de procedimentos médicos sem supervisão.

Os alunos que nunca tinham entrado em contato com o paciente foram descartados na análise dos procedimentos mais freqüentemente realizados.

RESULTADOS

TABELA 1

RELAÇÃO DO NÚMERO DE ACADÊMICOS E PERÍODO DE GRADUAÇÃO A QUE PERTENCEM.

Período	2º período	9º período	6º ano
Número Acad.	74 (100%)	68 (100%)	49 (100%)

A tabela I demonstra a quantidade total de acadêmicos pesquisados e a divisão dos períodos aos quais eles pertencem.

TABELA II

ÍNDICE DE ACADÊMICOS QUE REALIZARAM E NÃO REALIZARAM PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

Período	2º período	9º período	6º ano
Realizaram	12 (16,21%)	68 (100%)	49 (100%)
Não Realizaram	62 (83,79%)		

Embora com total ausência de conhecimento clínico teórico, 16,2% dos estudantes do 2º período, como nota-se na tabela II, afirmaram ter realizado algum tipo de procedimento. Esta constatação leva a um questionamento sobre a validade de se realizar procedimentos médicos sem aprendizado prévio. A totalidade de resposta afirmativa no 9º período e 6º ano são compatíveis com o nível da graduação em que se apresentam.

TABELA III

TIPOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS ESTUDANTES.

	2º período	9º período	6º ano
Parto	4 (5,40%)	19 (27,94%)	42 (85,71%)
Sutura	8 (10,81%)	64 (94,11%)	48 (97,95%)
Atend. Clínico	9 (12,16%)	65 (95,50%)	49 (100%)
Gesso	2 (2,7%)	22 (32,35%)	22 (44,89%)
Gasometria		36 (52,94%)	41 (83,67%)
Paracentese		14 (20,58%)	27 (55,10%)
Dren. Abscesso	3 (4,05%)	39 (57,35%)	43 (87,75%)

Os procedimentos mais freqüentes já realizados por alunos do 2º período são: atendimento clínico e sutura. Cabe ressaltar que as matérias clínicas e as noções cirúrgicas são ministradas a partir do 3º ano do curso.

Entre os alunos do 9º período, praticamente todos os procedimentos questionados foram realizados com significativa freqüência, principalmente atendimento clínico e sutura.

A título ilustrativo, outros procedimentos também realizados pelos acadêmicos do 9º período e 6º ano foram punção lombar e toracocentese.

TABELA IV

ÍNDICE DE ESTUDANTES QUE RECEBERAM ORIENTAÇÃO DURANTE O PROCEDIMENTO MÉDICO.

LEGENDA: C – Com orientação
S – Sem orientação
C/S – Com e Sem orientação

	2º período			6º período			6º ano		
	C	S	C/S	C	S	C/S	C	S	C/S
Parto	4			14	3	2	38	1	3
Sutura	6	2		42	13	9	24	16	8
Atend. Clínico	8	1		48	5	12	39	5	5
Gesso	2			18	4		16	6	
Gasometria				30	3	3	25	15	1
Paracentese				10	4		22	3	2
Dren. Abscesso	2	1		26	8	5	26	14	3

A tabela IV ilustra que, mesmo contrariando preceitos éticos, a presença de um orientador habilitado nem sempre ocorreu.

TABELA V

	2º período	9º período	6º ano	Total %
Sim, somente se perguntar	35	45	42	63,87
Sim, mesmo que não pergunte	15	19	4	19,89
Não	13	4	3	10,47
Não responderam	11			5,75

De acordo com a tabela V constata-se que 63,9% dos entrevistados ocultam, frente ao paciente, sua posição de acadêmico, a menos que sejam questionados. Enquanto 25,6% sempre se apresentam como estudantes, 10,5% nunca confirmam este fato.

TABELA VI

OPINIÃO DOS ESTUDANTES QUANTO A REALIZAÇÃO DESTES PROCEDIMENTOS SEM ORIENTAÇÃO.

	2º período	9º período	6º período	Total %
Sim, com conhecimento teórico	14	19	12	23,56
Sim, melhor forma de aprender	2	2	3	3,66
Não, não considero o acad. apto.	56	45	34	70,68
Não responderam	2	2		2,09

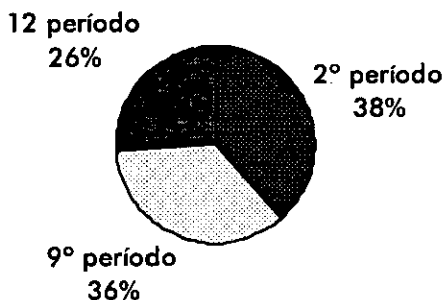
Embora a grande maioria dos entrevistados já tenham realizados os já citados procedimentos médicos, mesmo sem conhecimento prévio teórico ou supervisão, a maior parte deles responde não achar correto este fato, pois não considera o acadêmico apto para tais procedimentos.

Com os resultados obtidos, na maioria das vezes ocorre a omissão por parte dos acadêmicos de sua qualidade de estudante. Isto talvez seja explicado pela presença de um certo receio, comum aos estudantes, de o paciente se recusar a ser atendido por eles, ou outros fatores peculiares a cada acadêmico.

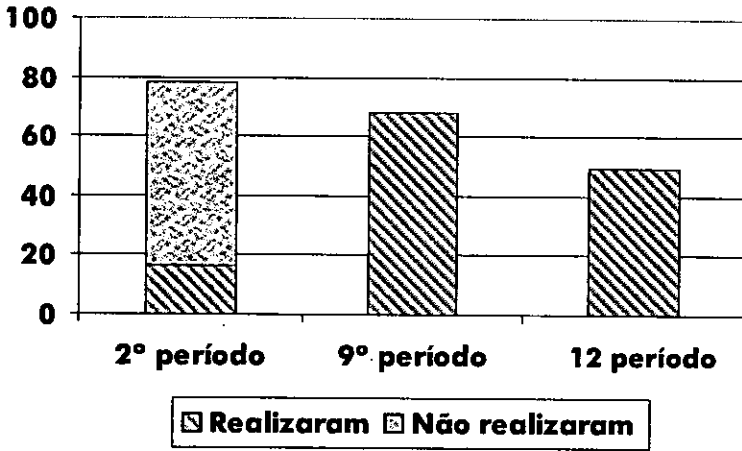
Não é claro aos alunos de medicina o que devem e não devem fazer, bem como a maneira de se portar frente ao paciente. Dessa forma, seria válido a elaboração de um Código de Ética para estudantes, a fim de que se estabeleça limites no aprendizado da medicina, manejando pacientes.

GRÁFICOS

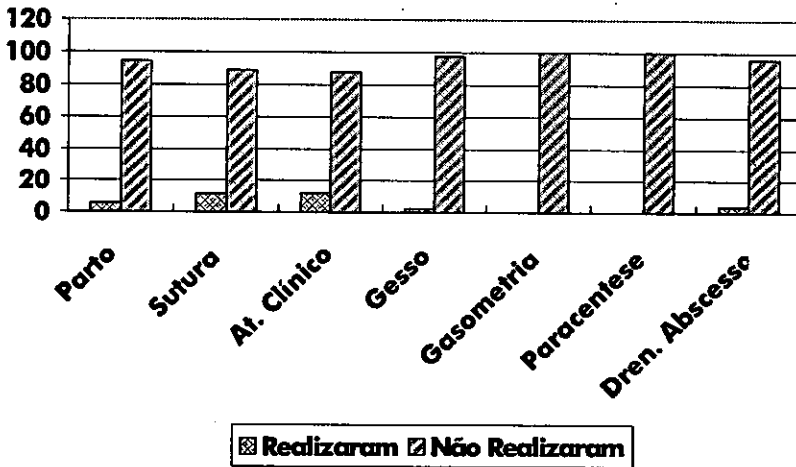
Acadêmicos X Período



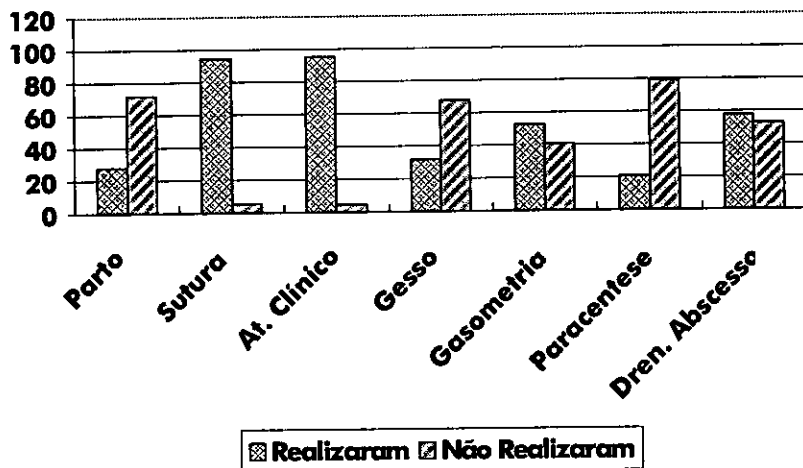
Realiz. proc. X Período



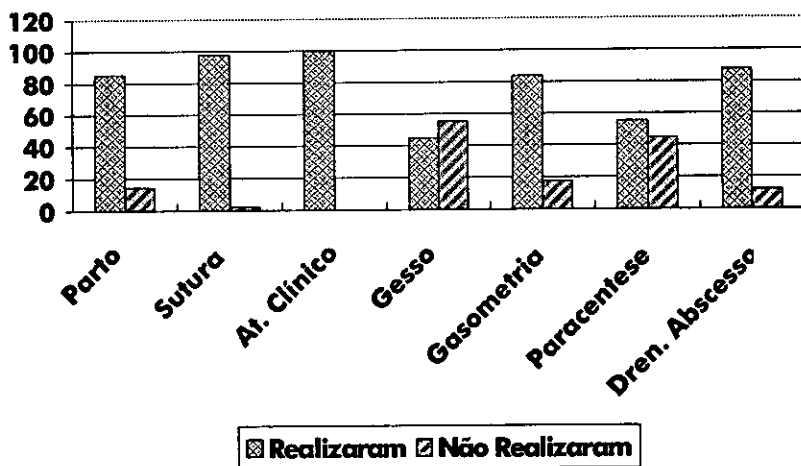
2º Período X Procedimentos



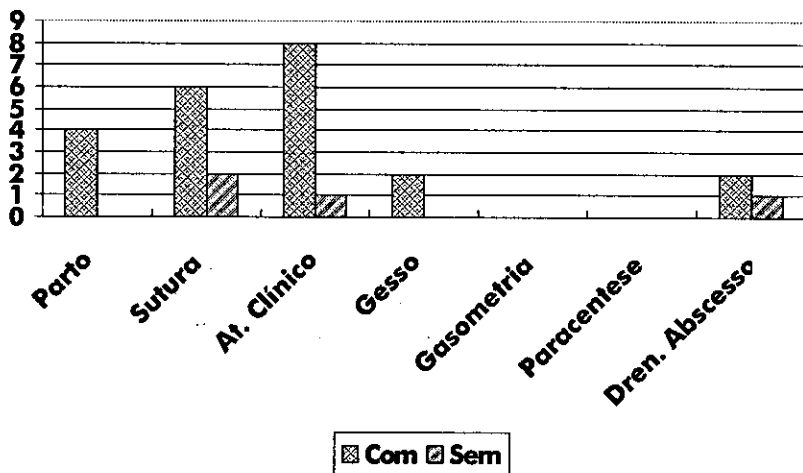
9º Período X Procedimentos



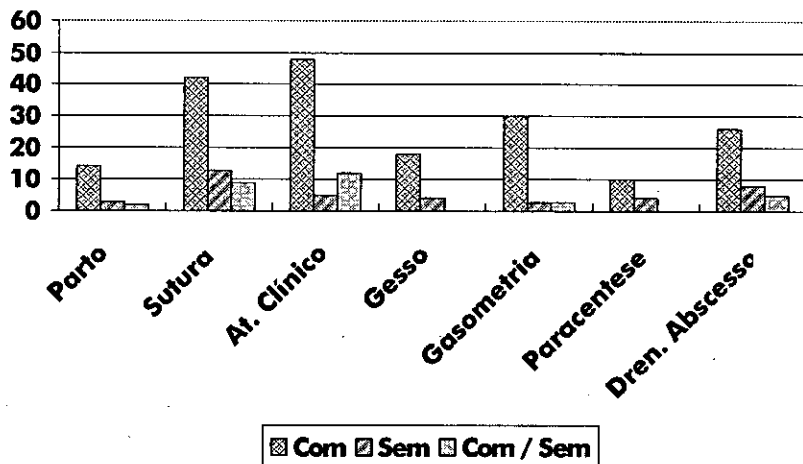
6º Ano X Procedimentos



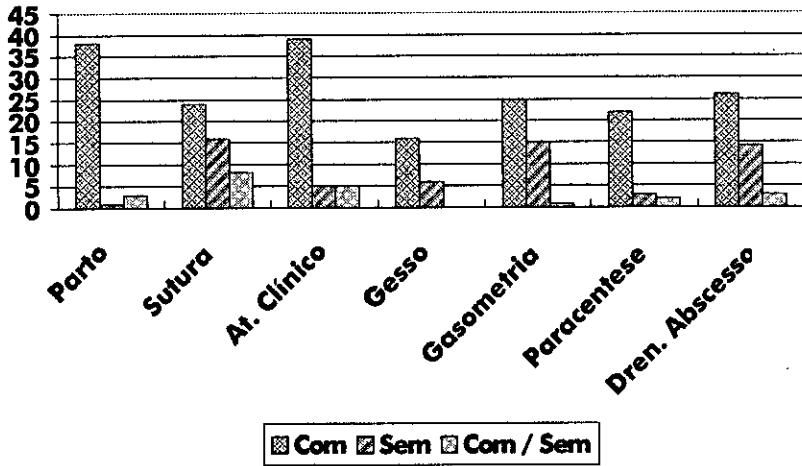
2º Período X Orientação



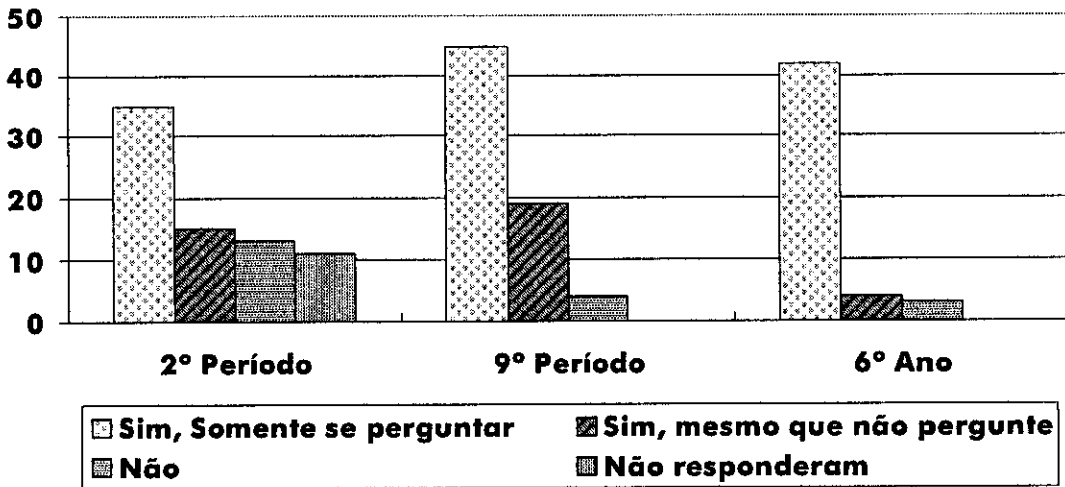
9º Período X Orientação



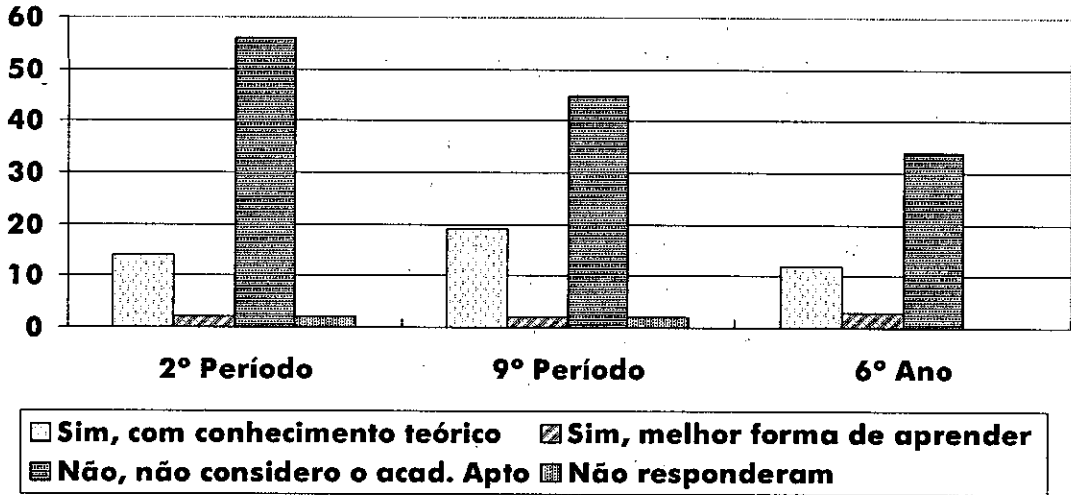
6º Ano X Orientação



Conduta do Acadêmico



Conduta dos Estudantes



CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos através da coleta de questionários e da revisão da literatura feita pelos autores, pode-se finalmente concluir que uma variedade grande de procedimentos é realizada pelos estudantes, mesmo sem supervisão ou sem conhecimento teórico. Isto demonstra que não há um consenso a propósito do que é ou não permitido ao aluno da graduação.

Como não é possível aprender Medicina sem manejar pacientes, torna-se fundamental estabelecer ao menos uma idéia do que seria a atitude mais correta. O objetivo deste trabalho é abrir caminhos para essa discussão.

ANEXO I

1. PERÍODO
2. Já realizou procedimento ou consulta com pacientes?
() SIM () NÃO
3. Dos procedimentos abaixo citados, responda:
Com orientação de Médico
Já realizou? Professor ou Residente?
 - a. Parto () SIM () SIM
() NÃO () NÃO
 - b. Sutura () SIM () SIM
de Pele () NÃO () NÃO
 - c. Atendimento () SIM () SIM
Clínico () NÃO () NÃO
 - d. Gesso () SIM () SIM
() NÃO () NÃO
 - e. Gasometria () SIM () SIM
() NÃO () NÃO
 - f. Paracentese () SIM () SIM
() NÃO () NÃO
 - g. Drenagem de () SIM () SIM
Abscesso () NÃO () NÃO
4. Realizou algum procedimento não citado? () SIM () NÃO
Qual(is)?
5. Em consulta ou procedimento ambulatorial, você informaria o paciente a sua qualidade de acadêmico?
() SIM, somente se ele perguntar.
() SIM, mesmo que não pergunte.
() NÃO.
6. Em sua opinião, é correto um acadêmico de medicina realizar os procedimentos acima citados, sem supervisão?
() SIM, desde que tenha conhecimento teórico.
() NÃO, pois esta é a melhor forma de aprender medicina.
() NÃO, pois não considero o acadêmico apto para a realização destes procedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 HAFFERTY FW; FRANKS, R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69 (11): 861-71, 1994.
- 2 REISER, SJ. The ethics of learning and teaching medicine. *Academic Medicine*, 69 (11): 872-76, 1994.
- 3 Tratado de Medicina Interna. OXFORD. P. 2.3-2.10, 1992.
- 4 _____ . The ethics of learning from patients. *The Lancet - Editorial*, 344 (8915): 71-72, 1994.
- 5 AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIAN. Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine*, 117 (11): 947-60, 1992.
- 6 VEVAINA, JR; NORA, LM; BONE, RC. Issues in Biomedical Ethics. *Disease-a-Month*, 39 (12): 871-925, 1993.
- 7 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Normas para apresentação de trabalhos. 2. Ed. Editora da UFPR, v. 2 e 8, 1992.

RESUMO

Enfocando a ética médica e o aprendizado de medicina, aplicaram-se questionários nos 1º, 5º e 6º anos da graduação. Os resultados obtidos demonstraram que inúmeros procedimentos são realizados por acadêmicos, mesmo antes da conclusão do curso teórico. Constatou-se que a supervisão por profissionais habilitados nem sempre foi observada.

Não se pretendeu condenar ou mesmo defender o aprendizado em paciente, mas sim apontar uma necessidade de estabelecer limites de aprendizado a nível de graduação.

Palavras Chave - aprendizado ético acadêmico, ensino ético, relação academico-paciente

Key Words - students ethics learning, students-patient relationship

O MÉDICO E O CÓDIGO DO CONSUMIDOR A RESPONSABILIDADE MÉDICA CONTINUA A MESMA: BASEADA NA CULPA PROFISSIONAL

Luiz Augusto Pereira*

O sistema adotado pelo Código do Consumidor (Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990) é voltado praticamente à Responsabilidade Objetiva. Basta que haja uma ação e um dano para que haja responsabilidade. A responsabilidade objetiva é independente de qualquer falha ou culpa é baseada na noção de risco.

O Código do Consumidor no artigo 14 esclarece: "O fornecedor de serviços responde independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos a prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua precisão e riscos".

A única exceção ao princípio da responsabilidade objetiva para os acidentes de consumo são os serviços prestados por profissionais liberais. Assim para os médicos vale o parágrafo 4º do artigo 14.

"A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação da culpa".

Em termos práticos, a Lei 8078 nada mudou em relação a Responsabilidade Médica; continua vigorando o princípio da responsabilidade subjetiva onde a culpa por negligência, imperícia ou imprudência não se presume, deve ser provada.

O Direito Brasileiro, por intermédio do Código de Defesa do Consumidor, mantém a tese da responsabilidade subjetiva para apuração da responsabilidade civil dos médicos. Neste tipo de responsabilidade há necessidade de que o queixoso prove a ocorrência de um ato culposo ou doloso provocado pelo agente que causou o dano assim como o nexu causal entre a conduta e o dano sofrido pela vítima.

O Código de Defesa do Consumidor foi uma conquista da Sociedade, um avanço social, mas a sua interpretação e utilização de forma inadequada tem prejudicado a defesa do médico e estimulado demandas jurídicas.

É inconteste que a responsabilidade médica continua baseada na culpa do profissional, mas há artigos do CDC, como o 6º, parágrafo VIII, que prejudicam a defesa do médico. O referido artigo normatiza como direito básico do consumidor "a facilitação da defesa de seu direito, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando a critério do Juiz for verossímil a alegação ou quando for ele hipóssuficiente segundo as regras ordinárias de experiências".

Podemos dizer que há uma forma intermediária entre a teoria subjetiva e a objetiva - a chamada técnica de presunção da culpa, que dispõe que em dadas situações se inverte o ônus da prova. O Legislador Brasileiro, através do Código de Defesa do Consumidor, permitiu aos juizes, quando os fatos lhe mostrarem que a alegação do

* Médico e Advogado do Rio Grande do Sul. Vice-Presidente do Cremers.

consumidor é verossímil, possam se utilizar da técnica da inversão do ônus da prova, segundo assenta a norma contida no artigo citado acima.

Na verdade o Juiz pode se socorrer de todos os meios válidos de prova: testemunhas, registros sobre o paciente, laudos fornecidos, perícias. É bom que se acentue que uma das formas de fazer prova dos fatos é a exibição do prontuário, que todo médico deve elaborar (artigo 69 do CEM) a cujo acesso o paciente tem direito (art. 79 CEM).

Em juízo, cabe o pedido de exibição, cuja recusa permitirá ao juiz admitir como verdadeiros os fatos que se pretendia provar e, se não houver a exibição ou se a recusa for considerada ilegítima (art. 335 e 359 do CPC).

No momento em que a ciência jurídica vem apresentando uma visão mais adaptada à realidade das relações humanas esperamos dos operadores do Direito (juizes) um melhor conhecimento dos limites da ciência médica e uma melhor interpretação jurídica da atividade médica. As decisões jurídicas advindas dos tribunais, representam o direito vivo, atual, constituindo-se na interpretação dos juizes a norma do direito, na aplicação da vontade da Lei a situações concretas. Cria-se a jurisprudência, segundo Reale "a doutrina que se vai firmando através de uma sucessão convergente e coincidente de decisões jurídicas".

Na apreciação concreta da atuação médica os magistrados precisam observar, detidamente, o contexto em que se desenvolveu a atuação, condições gerais do hospital, meios colocados a disposição do médico, possibilidade de obtenção de exames complementares, enfim observar se o médico se desviou da conduta recomendável naquelas circunstâncias, sempre levando em conta que a Medicina encontra-se em estado de permanente transformação e os tribunais não devem entrar no exame das divergências de correntes médicas.

A Medicina é uma prática de meio não de resultado.

O Código de Defesa do Consumidor não se coaduna com a atividade médica.

Os serviços prestados pelos médicos têm natureza especial, o viver já envolve riscos e intervir no corpo humano potencializa esses riscos. O ato de salvar vida traz na sua magnitude a incompreensão de muitos que não consideram as limitações da ciência médica.

Um trabalho árduo de esclarecimento aos pacientes e em especial aos legisladores e magistrados, referente a natureza, implicações e limitações do trabalho médico fazem parte da estratégia de prevenção, de minimização das injustiças que hora estamos vivenciando, ou seja, um exagerado número de processos contra os médicos. Todo mundo erra, inclusive médicos e magistrados. A responsabilidade médica e jurídica é de um fenômeno histórico e social, portanto dinâmico e mutável.

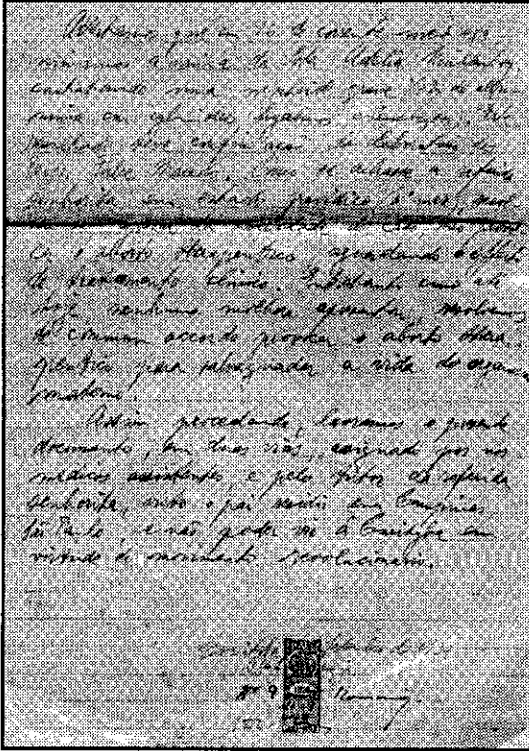
É visível a necessidade de construir-se um novo regime de responsabilização, normas próprias para os médicos dentro do ordenamento jurídico.

Palavras Chave - responsabilidade médica, erro médico

Key Words - medical liability, physician error

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig *



Atestamos que em 16 do corrente mez examinamos a urina da Srta. _____, constatando uma nephrite grave (4% de albumina com cylindros hyalinos e leucócytos). Este resultado teve confirmação do Laboratório dos Profs. Falce Macedo. Como se achasse a referida senhorita em estado gravídico (3º mez), resolveu-se, apezar da severidade do caso, não provocar o aborto therapeutico, aguardando o effeito do tratamento clínico. Entretanto como até hoje, nenhuma melhora apresentou, resolvemos de commum accordo provocar o aborto therapeutico para salvaguardar a vida do organismo materno.

Assim procedendo, lavramos o presente documento, em duas vias assignado por nós, médicos assistentes, e pelo tutor da referida senhorita, visto o pai residir em Campinas, São Paulo e não poder vir a Curityba em virtude do movimento revolucionário.

Curityba, 27 de setembro de 1932

Dr. Jorge Mayer

Dr. Dante Romanó

MAIS ANTIGA ATA PARA ABORTO EM CURITIBA: Transcrevemos por escaneamento do original, a ata de conferência para documentação de aborto legal mais antiga que dispomos e temos conhecimento, registrada e realizada em Curitiba. (Foi omitido o nome da paciente).

Doador: Dr. Octaviano Baptistini Junior (Hosp. São Francisco, Curitiba)

Palavras Chave: história da medicina.

Key Words: medicine history.

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

1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (COFEP)

Presidente: Carlos Ehlke Braga Filho
Secretária: Armanda
Cons. Lúcia Helena Coutinho dos Santos
Cons. Cícero Lotário Tironi
Cons. Mariângela Batista Galvão Simão
Cons. Renato Seely Rocco
Cons. Rubens Kiemann
Cons. Sérgio Luiz Lopes

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO (CD)

Presidente: Monica de Biase Wright Kastrop
Secretária: Suzana
Cons. Sérgio Maciel Molteni
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Presidente: Mariana Cristina Milano Campos
Secretária: Cleunice
Cons. Jorge Rufino Ribas Timi
Cons. Niazzy Ramos Filho
Cons. Manoel de Oliveira Saraiva Neto
Cons. Iwan Augusto Collaço
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

4 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Presidente: Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Secretária: Cleunice
Cons. Sérgio Luiz Lopes
Cons. Jorge Rufino Ribas Timi
Cons. Rubens Kiemann

5 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons. Monica de Biase Wright Kastrop
Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro

6 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS REGIONAIS/SECCIONAIS

Presidente: Gerson Zafalon Martins
Secretária: Fernanda
Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Cons. Luiz Sallim Emed
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

7 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Daebes Galati Vieira
Secretária: Kelly
Cons. Renato Seely Rocco
Cons. Carlos Ehlke Braga Filho
Cons. Célia Inês Burgardt
Cons. Raquela Rotta Burkiewicz

8 - CORREGEDORIA DO CRMPR

Cons. Hélcio Bertolozzi Soares

9 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Daebes Galati Vieira
Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Cons. Hélcio Bertolozzi Soares

10 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO, LEILÃO E SEDE

Presidente: Wadir Rúpullo
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Cícero Lotário Tironi
Cons. Kemel Jorge Chammas

11 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E REMUNERAÇÃO

Presidente: Monica de Biase Wright Kastrop
Cons. Mário Stival
Cons. Raquela Rotta Burkiewicz

DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)
Dr. Evaldo Américo Galhardo Sanches (Suplente)
Dr. Adail Rother Junior (Suplente)
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

Dr. Antônio Sérgio de Azevedo Rebeis (Presidente)
Dr. Moacir Ciulla Porciúncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)
Dr. Manuel da Conceição Gameiro (Suplente)
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saaveca (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Keith de Jesus Fontes (Presidente)
Dr. Nelson Ossamu Osaku
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário)
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)
Dr. Milton João Borgetti (Colaborador)

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zalons (Secretário)
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)
Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)
Dr. Nelson Antônio Barulatti Filho (Suplente)
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Drª Vera Lúcia Dias (Presidente)
Dr. Osmani Edson de Andrade Góes (Secretário)
Drª. Alicar Darwich (Colaboradora)
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)
Dr. Fredenco Eduardo W. Virmond (Suplente)
Drª Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. Edgard Luiz Westphalen (1º Secretário)
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Laércio Uemura
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior
Dr. Adelmo Ferreira (Suplente)
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)
Dr. Ludovico Pieri Neto (2º Secretário)
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kemei Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)
Drª Maria Teresa de M. C. Coimbra (1ª Secretária)
Dr. Mário Massaru Miyazato (2ª Secretário)
Dr. Mineo Okawa
Dr. Mário Lins Peixoto
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi (Suplente)
Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Suplente)
Dr. Roberto Tanus Pazello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (1º Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2º Secretário)
Dr. Antônio Mizutaki (Suplente)
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)
Dr. Pedro Soveral Bortol (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Colaborador)
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)
Drª Margaret Zych (Suplente)
Drª Marii Cybulski (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antônio de Mello Costa (Presidente)
Dr. João Jorge Hellu (1º Secretário)
Dr. Mauro Acácio Garcia (Colaborador)
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Cortes Derenusson (Suplente)
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo (Suplente)