



ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 16 - n. 63 - julho / setembro - 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 Ehke 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. 63	p. 121-180	Jul./Set.	1999
---------------------------	----------	-------	-------	------------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlike Braga Filho
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho
Iseu Affonso da Costa

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil
E-mail Geral : crmpr@crmpr.org.br
Secretaria/Diretoria: secdir@crmpr.org.br
Assessoria Jurídica: aj@crmpr.org.br
Cofep: cofep@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page <http://www.crmpr.org.br/main.htm>
Postal Caixa Postal 2208
Telefone (041) 322-8238
Fax (041) 322-8465

TIRAGEM

13.500 exemplares

CAPA

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

Comunicare - Criação Gráfica
Rua Francisco Scremin, 139. Fone (041) 352-2872
CEP 80450-320 - Curitiba - Paraná

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page <http://www.crmpr.org.br/main.htm>

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O material publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor 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 97 for Window, 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(es) - nome(s) e sobrenome(s)

Procedência - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e embaixo, o endereço para correspondência sobre o artigo.

Resumo e Abstract - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e inglês, acima do texto.

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

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 5 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 97 for Windows.

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. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final dos nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros - autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) - autor(es), título seguido de (abstract). Periódico, ano, volume, página(s). Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro - autor(es). Título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

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

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

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://www.crrmpr.org.br/main.htm>

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

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

Aborto em Malformações Congênicas Graves: Eugenia ou Direito da Mulher ? Della Barbosa Maia.....	121
Administração Dos Riscos na Atividade Profissional Dos Médicos Gilberto Baumann de Lima / Carlos Ehlke Braga Filho	137
Emissão de Atestado Por Psicólogo Parecer CFM.....	139
Circular da Unimed-Muriaé, Restringindo Exames Ultra-Sonográficos Autogerados Por Médicos Donos ou Sócios de Aparelhos de Ultra-Som, e Por Médicos Parentes de Donos ou Sócios de Tais Aparelhos Parecer CFM.....	146
Dados Sigilosos de Saúde em Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) Parecer CFM.....	149
Regulamentação Dos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placenta Parecer CFM.....	151
Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placenta Resolução CFM Nº 1.544/99	155
Competência Dos Peritos Médicos-Legistas Parecer CFM.....	158
Auditoria Médica Parecer CFM.....	161
Livre Acesso ao Perfil do Profissional Médico Parecer CFM.....	169
Prontuário Médico - Cópia à Autoridade Policial Parecer CRMPR	171
Normas de Alguns Convênios e o Exercício Médico em Ginecologia e Obstetrícia Parecer CFM.....	177
História da Medicina Ehrenfried Wittig	180

ABORTO EM MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS GRAVES: EUGENIA OU DIREITO DA MULHER?

Deila Barbosa Maia *

1. introdução

Aborto: questão complexa que gera discussões polêmicas. Etimologicamente, o termo deriva do latim *abortus*, que vem de *ortus* (nascimento), *orior* (nascer), acompanhado do prefixo negativo *ab*, significando, desta forma, não nascer, privação do nascimento, afastar-se da vida (MACEDO, 1993, p.146; CARRARA apud ROSA, 1995, p.134; HALBE, 1993, p.640; JESUS, 1993, p.101).

Preliminarmente, cabe ressaltar que várias podem ser as definições de aborto. Diferem de sentido, por exemplo, no âmbito da Medicina e do Direito.

Para a Organização Mundial de Saúde, abortamento é a eliminação do concepto antes da 22ª semana de gravidez ou com menos de 500 gramas, sendo que aborto é o produto eliminado (MATTAR et al., 1997, p.803; PONTES, 1993, p.928; HALBE, 1993, p.640).

Para o Direito, de um modo geral, consiste na interrupção da gravidez (em qualquer estágio antes do parto), com a morte do feto (TEIXEIRA & SANTOS, 1998, p.110; ROSA, 1995, p.134; JESUS, 1993, p.101).

Pelo fato de ser usualmente mais conhecida e também mais adequada ao enfoque abordado nesta monografia, adotaremos doravante a concepção jurídica do termo aborto.

O aborto clandestino em nosso país pode ser encarado como um problema de saúde pública, dado o elevado índice de mortalidade e esterilidade feminina decorrentes dele (FRANCO, 1998, p.145; SCHOR & ALVARENGA, 1998, p. 3).

Neste sentido, cabe observar que a mortalidade nos países onde o aborto é ilegal é significativamente mais alta do que nos países em que ele é permitido. Por exemplo: nos EUA, há 26 abortos por mil mulheres entre 15 e 44 anos e a mortalidade materna é de 12 por 100.000 nascidos vivos, enquanto que, no Brasil, ocorrem 38 abortos por mil mulheres na referida faixa etária e 220 mortes por 100.000 nascidos vivos¹ (SINGH & HENSHAW apud ABORTO, 1998, p.4).

* Estudante do Curso de Medicina, 12º período e 7º período do Curso de Direito da UFMA. Trabalho classificado em 1º lugar no concurso "Melhor Monografia Sobre Ética Médica", promovido pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná, 1999. "Aborto; Direito da Mulher ?" Este ano limitado à estudantes universitários.

É mister ressaltar outrossim que, nesta ampla temática, focalizaremos um assunto específico, que é o aborto em malformações graves, incompatíveis com a vida. Será isso uma forma de eugenia ou um direito da mulher?

Segundo FEINGOLD (1984, p. 869), cerca de 4% das crianças nascem com algum defeito congênito importante. A anencefalia (ausência de grande parte do cérebro)², por exemplo, acomete cerca de 1 em cada 1.000 fetos (ZUGAIB & BITTAR, 1999, p. 21). Vê-se, portanto, que as malformações congênitas são um problema de elevada frequência.

Em conseqüência dos grandes avanços tecnológicos, em especial na área ligada à Medicina Fetal, já é possível, atualmente, diagnosticar, com segurança e precocidade, muitas malformações congênitas (VASCONCELOS, 1998, p.63-4; MORON & SANTANA, 1997, p.890-3; ZUGAIB & BITTAR, 1999, p. 19-23).

Estes avanços, no entanto, criaram situações novas que exigem uma reflexão acurada por parte da sociedade como um todo. Esta monografia visa a dar uma contribuição para este debate.

A metodologia utilizada neste trabalho parte de uma abordagem interdisciplinar do fenômeno ora focalizado.³ Foi feita uma revisão de literatura (de medicina, de direito, de filosofia, bem como artigos de imprensa e de internet) e análise crítica e dialética⁴ de aspectos médicos, psicológicos, éticos, jurídicos e políticos.

2. avanços no diagnóstico pré-natal de anomalias fetais

As anomalias fetais podem ser provocadas por diversas causas, como: cromossômicas, gênicas, ambientais e multifatoriais. Segundo MORON & SANTANA (1997, p.890), todos os casais apresentam riscos para gerar filhos com anomalias fetais, independente da história familiar, pessoal ou reprodutiva. Este é o denominado risco populacional, que se relaciona com o tipo de constituição da população e do meio ambiente em que se está inserido.

A Medicina, mais especificamente, a Medicina Fetal, obteve consideráveis avanços tecnológicos nestas últimas décadas. Atualmente, dispõe-se de uma ampla

¹ É importante frisar que, embora a prática de abortos clandestinos seja um dos fatores que contribui para este elevado índice de mortalidade materna no Brasil, ele não pode ser considerado como causa exclusiva, posto que também há outros fatores, como por exemplo: toxemia, infecção e assistência inadequada (BRASIL, 1994, p.11-14).

² Entendemos ser pertinentes as explicitações de alguns termos técnicos, ainda que tal conduta possa parecer excessiva ou desnecessária para quem já os domina. Nesta linha de raciocínio, ensina o mestre italiano Umberto Eco (1996, p.113): "...uma tese é um trabalho que, por razões ocasionais, se dirige ao examinador, mas presume que possa ser lida e consultada, de fato, por muitos outros, mesmo estudiosos não versados diretamente naquela disciplina."

³ Em relação à interdisciplinariedade, seguimos a linha de pensamento adotada pelo professor maranhense Agostinho Ramalho Marques Neto (1990, p. 144-7), o qual defende que todos os fenômenos (sejam jurídicos, sociais ou naturais) são n-dimensionais. Daí a necessidade, para uma melhor compreensão dos mesmos, de uma abordagem interdisciplinar, com um profundo engajamento de várias áreas do conhecimento. Para ele: "A interdisciplinariedade exige, portanto, bem mais que uma simples contribuição ocasional de especialistas de outras áreas, o engajamento total destes, em torno de pontos comuns, durante todas as fases de desenvolvimento da pesquisa, desde a preocupação inicial até a redação do relatório final" (p. 146-7).

gama de exames - de imagem, bioquímicos e invasivos - que, aliados a um bom exame clínico, permitem ao médico diagnosticar precocemente, e muitas vezes, tratar uma série de distúrbios que acometem os fetos (VASCONCELOS, 1998, p.63-4; MORON & SANTANA, 1997, p.890-3; ZUGAIB & BITTAR, 1999, p. 19-23).

Para se ter uma idéia, com os recursos de hoje, já é possível diagnosticar defeitos cromossômicos e estruturais a partir da 10ª semana de gestação, através de um exame chamado biópsia de vilos coriais⁵ (BARINI, 1996, p.1; MORON & SANTANA, 1997, p.892; ZUGAIB & BITTAR, 1999, p. 19).

Através do ultra-som, que é um exame de imagem, não invasivo e inócua para a mulher e para o feto, pode-se rastrear anomalias cromossômicas, através da medida da prega da nuca, que avalia se o feto tem ou não um maior risco de apresentar problemas, partindo-se para exames mais invasivos, se necessário (MORON & SANTANA, 1997, p.890; TEIXEIRA & SANTOS, 1998, p. 114; ZUGAIB & BITTAR, 1999, p.22).

Um exame que também pode dar um diagnóstico por volta da 16ª semana é a amniocentese, que consiste em analisar células fetais descamadas no líquido amniótico⁶, colhido através de uma punção com agulha. Faz-se também uma análise cromossômica destas células, podendo-se diagnosticar possíveis malformações (MORON & SANTANA, 1997, p.892; VASCONCELOS, 1998, p.65; ZUGAIB & BITTAR, 1999, p.20).

A cordocentese, feita a partir da 18ª semana, possibilita o diagnóstico de diversas patologias através do estudo do sangue colhido da veia do cordão umbilical (MORON & SANTANA, 1997, p.892; VASCONCELOS, 1998, p.65; ZUGAIB & BITTAR, 1999, p.20).

Se por um lado todo este novo aparato propiciou benefícios aos médicos, pais e bebês, por outro, trouxe à tona um problema ético e jurídico muito delicado, pois permitiu também o diagnóstico de doenças graves, algumas absolutamente incompatíveis com a vida.

A questão é: o que fazer diante de um diagnóstico de, por exemplo, uma anencefalia ou de uma agenesia renal bilateral (ausência de formação dos dois rins)? Cabe acrescentar que no mais das vezes as malformações graves não acometem apenas um órgão, e sim vários, pois, em geral, ocorrem em estágios precoces do desenvolvimento embrionário. Estes bebês, infelizmente, estão fadados ao óbito devido às múltiplas e graves malformações que apresentam (SMITH, 1985, p.567; PRANDINI & CAVALHEIRO, 1997, p.786).

3. aspectos psicológicos do diagnóstico de malformações graves

A notícia de um diagnóstico de malformação grave, incompatível com a vida, pode provocar reações de profundo desolamento ou de raiva, desespero, culpa, depressão, incredulidade, mas, em geral, é seguida de grande desgosto e sofrimento,

4 Dialética aqui empregada no sentido hegeliano-marxista, o qual consiste em uma forma de pensar que admite os opostos em interação dinâmica (tese-antítese-síntese), analisando não apenas um aspecto da questão, porém a interação recíproca entre diversos aspectos envolvidos (ARANHA & MARTINS, 1986, p. 110-1; CHAUI, 1998, p. 202-4).

5 Vilos coriais é o tecido que origina a placenta.

6 Líquido no qual o feto fica imerso no útero materno.

não apenas da mãe, mas também de familiares e amigos. As reações emocionais à notícia são tão mais intensas quanto maior foi o grau de investimento afetivo na gestação (MACEDO, 1993, p.150-1).

É muito difícil, para a mãe principalmente, elaborar o seu processo de luto, uma vez que o seu ventre abaulado não a deixa esquecer sua condição de grávida, e com ela, todos os planos e sonhos que já havia feito. Além disso, as pessoas nas ruas, desconhecendo o fato, fazem as tradicionais perguntas a respeito do bebê: para quando é, qual o sexo, o possível nome, dentre outras, que em muito pioram o estado emocional da mãe.

Segundo MACEDO (1993, p.151), o luto nestas situações é ainda mais penoso porque quebra com expectativas, desejos e fantasias de futuro, que são abruptamente frustradas. A referida autora considera o seguinte:

“Ora, lidar com esses aspectos a nível de fantasia dificulta o processo de luto normal, pela permanência do filho sonhado na imaginação da mãe, às vezes, até de forma persecutória, porquanto nunca teve concretude.” (1993, p.152)

Cabe aqui atentar também para a angústia que estes diagnósticos podem causar em alguns médicos. Há um site na internet onde ocorre uma verdadeira troca de experiências pessoais e inquietações de obstetras perante situações como estas (de diagnóstico de malformações graves). A título de ilustração, vejamos um destes depoimentos:

“Caros colegas, Há um certo tempo atrás, diagnostiquei um caso de acondrodisplasia⁷ muito severa no serviço de medicina fetal em uma determinada instituição pública. O serviço automaticamente encaminhou para (pasmem!) o serviço de pré-natal(?) afim de acompanhar a evolução da gestação junto com um grupo de pacientes que incluíam até gestantes com fetos anencéfalos diagnosticados precocemente e já a termo! Seria isso correto de nossa parte? Eu presenciava o desespero destas pacientes que não tinham a mínima esperança de ver seu filho vivo após ter todas as dores de um parto normal. Seria isso humano

* 7 Doença que afeta o crescimento cartilaginoso, resultando em baixa estatura desproporcional, com o crânio e o tronco proporcionalmente aumentados em relação às extremidades. Tal afecção, quando em homozigose (forma grave), costuma a ser fatal logo após o nascimento (COTRAN et al., 1991,p.1090).

de nossa parte? Até que ponto poderíamos intervir?" (SGARBI, 1997, p.1)

4. aspectos bioéticos e éticos

Os avanços tecnológicos da ciência criaram e criam novas e complexas situações, que precisam ser enfrentadas pela sociedade. A reflexão em relação a qual atitude tomar no que diz respeito ao aborto em malformações graves é do âmbito de discussão da bioética.

De um modo geral, poderíamos dizer que a bioética é um ramo da ética aplicada, em que se faz um estudo sistemático e interdisciplinar das questões éticas das ciências da vida (SANTOS, M., 1998, p. 38-9; DURANT, 1995, p.22).

A bioética tem alguns princípios, que devem ser observados no manejo da relação médico-paciente. São eles: o da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e o da justiça (SANTOS, M., 1998, p. 42-7; D'ÁVILA, 1998, p. 158-60).

O princípio da beneficência, em linhas gerais, é aquele segundo o qual o médico deve sempre agir em prol dos interesses do paciente, visando a beneficiá-lo (GOLDIM, 1997, p.1-2).

Já o princípio da não-maleficência, consignado no clássico *primum non nocere*, orienta o médico a procurar ocasionar o mínimo de dano ao paciente, visando a diminuir o risco de prejudicá-lo (D'ÁVILA, 1998, p.159).

O princípio da autonomia, também conhecido como princípio do respeito às pessoas, orienta o médico a informar adequadamente o paciente acerca da sua situação, para que então este possa decidir conscientemente o que fazer. E esta decisão deve ser respeitada pelo médico, salvo em casos extremos. Baseia-se no reconhecimento, por parte do médico, do paciente enquanto sujeito com vontade autônoma, capaz de auto-governar-se (SANTOS, M., 1998, p.43).

Em relação ao aborto em malformações graves, devemos nos pautar nestes princípios para avaliar, nos casos concretos, a melhor atitude a ser tomada.

A nosso ver, os princípios da beneficência e o da não-maleficência podem ser perfeitamente aplicados para legitimar o aborto em malformações graves, pois estaremos ajudando uma mulher em sofrimento psicológico⁸, através de um procedimento com poucos riscos. E respeitando também o princípio da autonomia, visto que tal conduta só é realizada se a paciente manifestar sua vontade livre e consciente de interromper gravidez.

No que tange ao feto malformado, a interrupção da gravidez não resultará em dano efetivo aos princípios acima elencados, haja vista que estamos lidando com malformações incompatíveis com a vida extra-uterina.

Cabe ressaltar que o Código de Ética Médica⁹, em seu artigo 28, assegura como direito do médico se recusar a realizar atos profissionais que, mesmo sendo permitidos por lei, contrariem os ditames de sua consciência.

Desta forma, qualquer médico pode se valer deste artigo para se escusar de realizar um aborto, mesmo nas hipóteses já previstas no Código Penal.

Considerando que a conduta ética é fruto de uma escolha individual, e, portanto, variável, pois depende das visões de mundo de cada um, o Código de Ética Médica fez uma ressalva louvável, pois garante o respeito a posicionamentos éticos diferentes.

5. eugenia ou direito da mulher?

Conforme já referido neste trabalho, as reações da mulher ao diagnóstico de uma malformação incompatível com a vida em seu feto podem ser várias. Algumas mulheres decidem levar a gravidez até o fim; no entanto, outras não se sentem capazes de suportar tal sofrimento.

E neste momento, uma pergunta se impõe: vale a pena, é justo, obrigar estas mulheres a seguir com uma gestação de um feto inviável? Mesmo isso sendo contra sua vontade e lhe causando grande sofrimento?

O aborto nestes casos se constitui eugenia, no repugnante sentido de ser uma forma de "melhorar" a raça humana¹⁰ ou se trata de um direito da mulher?

Existem pessoas que argumentam ser o aborto, nestes casos, uma forma de eugenia, pois se estaria tentando selecionar os seres humanos que virão ao mundo (ARGUMENTOS, 1998, p.2; CORREIA, 1996, p.1-5).

Acontece que se está falando aqui de bebês que, invariavelmente, irão morrer ainda dentro do útero, ou poucas horas depois de nascer. Ora, como alguém pode viver sem cérebro, que é o órgão que controla o centro da respiração, que comanda todos os outros órgãos, ou então, sem os dois rins, órgãos essenciais para a manutenção da vida?

Segundo ZUGAIB & BITTAR (1999, p.21-2), a anencefalia é letal em 100% dos casos e a sensibilidade diagnóstica pelo rastreamento ultrassonográfico é também de 100%, já em idades gestacionais precoces (a partir da 13ª semana).

Daí porque não vemos como uma forma de eugenia o aborto em malformações graves, incompatíveis com a vida. Somos da corrente que considera o aborto, nestas

8 Cf. item 3.

9 Resolução CFM n. 1246, de 8/1/1988 (DIREITOS, 1998, p.52).

10 Em relação ao histórico do termo eugenia, cf. GOLDIN, 1998a, p.1-3.

circunstâncias, um **direito da mulher**, devido aos duros transtornos psíquicos que tal situação acarreta, aliado ao fato de que já se dispõe de métodos seguros tanto para o diagnóstico das anormalidades, quanto para a retirada dos fetos (aborto com menos de 1% de complicações, principalmente se feito precocemente) (RISK, 1998, p.1; INCIDÊNCIA, 1998, p.4; ZUGAIB & BITTAR, 1999, p.21-2).

Somado a tudo isso, não se pode esquecer que é muito comum a ocorrência de abortos espontâneos em fetos com graves anomalias (PONTES, 1993, p. 928; MATTAR et al., 1997, p.804), o que dificulta mais a vida da mulher, que pode ficar receosa de praticar suas atividades normais, viajar, dentre outras.

A continuidade deste tipo de gravidez pode até ser perigosa, pois: e se a mulher tiver um aborto espontâneo em um local sem mínimas condições de atendimento? Ou se resolver fazer um aborto clandestino? Não seria melhor que o aborto se desse em um ambiente seguro e adequado, de modo eletivo?

Vejamos alguns dados objetivos para respaldar nossas afirmativas: nos EUA, em 1973, quando o aborto era ilegal, morria 1 mulher a cada 30.000 abortos. Atualmente, esse número está em 1 morte a cada 167.000 (INCIDÊNCIA, 1998, p.4).

Em Portugal, o aborto clandestino é a segunda causa de morte materna e a primeira de infertilidade das mulheres (SANTOS, O., 1998, p.2).

Desta forma, consideramos desnecessário e até mesmo sem finalidade, compelir uma mulher nesta situação a continuar a gravidez, se isto for contra sua vontade e estiver causando grande sofrimento, constituindo-se quase uma tortura (CASTRO FILHO, 1997, p.32).

6. aspectos jurídicos e políticos

Os avanços científicos cursam, em geral, em descompasso com as leis. Isto porque a elaboração legislativa galga sempre a passos mais lentos que as contínuas descobertas científicas (SANTOS, M., 1998, p. 23).

Mesmo assim, o Direito deve corresponder às expectativas sociais. As lacunas legais que surgem têm de ser preenchidas pelo Direito, o qual é mais amplo e não se esgota na lei (GUSMÃO, 1993, p. 249-51).

A nossa Constituição Federal, de 1988, em seu artigo 5º, inciso XXXV¹¹ delinea o princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional, onde se garante que o Poder Judiciário sempre atuará na apreciação de qualquer lesão ou mesmo ameaça a direito (SILVA, 1997, p. 410).

¹¹ *In verbis*: "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito."

O artigo 4º da Lei de Introdução ao Código Civil indica a forma de solução das lacunas legais¹². Desta forma, o fato de a realidade social criar situações novas, não previstas em lei, não impede que tal situação seja enfrentada pelo Direito, que é dinâmico e tem de dar respostas às demandas sociais (DINIZ, 1991, p. 49-52).

A comparação com a experiência de outros países pode ser útil na discussão da problemática abordada.

Entre 1964 e 1984, grande parte dos chamados países desenvolvidos adaptaram sua legislação aos avanços da ciência, passando a permitir o aborto em malformações graves e incuráveis (SUPLICY, 1996a, p. 2). Vejamos como é a legislação e a jurisprudência em alguns países:

a) Inglaterra - aborto livremente permitido até a 28ª semana de gravidez, desde 1967 (PINHEIRO, 1997, p. 1);

b) Estados Unidos - a Suprema Corte Americana, desde 1973, reconheceu o aborto como um direito protegido pela constituição, na seguinte circunstância: mulheres, em consulta com seus médicos, nos primeiros estágios da gravidez. Em 1992, a mesma Suprema Corte manteve o direito ao aborto, mas deu aos Estados a possibilidade de criar restrições, tais como: requerimento de envolvimento dos pais, período de espera (longo) e limites em verbas públicas, dificultando o acesso das mulheres economicamente desfavorecidas (ABORTO, 1998, p. 1; INCIDÊNCIA, 1998, p.4-5);

c) Canadá - o aborto é irrestritamente permitido e feito em hospitais públicos. O aconselhamento genético é bastante realizado, sendo o médico responsabilizado no caso de não ter pesquisado a possibilidade de anomalias, principalmente, se o casal já tiver tido outro filho com problemas (INCIDÊNCIA, 1998,p.4);

d) Portugal - desde 1984 , o aborto não é punível em estupro, risco de vida à mulher e grave malformação, até 16 semanas (Querem ampliar o prazo, na malformação, para 22 semanas e também, chegar à legalização da interrupção voluntária da gravidez)(SANTOS, O., 1998, p.1).

O Código Penal brasileiro, que data de 1940, permite a realização de aborto em caso de estupro ou de risco de vida para a mãe. No entanto, à época de sua elaboração, não havia exames como: ultra-sonografia genético-fetal, biologia molecular, amniocentese, biópsia de vilos coriais e tantos outros, que permitem uma avaliação mais acurada da gravidez e do feto (ZUGAIB & BITTAR, 1999, p. 19-22; MORON & SANTANA, 1997, p. 890-3). Fica evidente o descompasso entre os avanços na área da Medicina Fetal e a lei, no que tange à questão específica do aborto em malformações graves.

12 Diz o referido artigo: " Quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais do direito."

E surge a controvérsia: se o Código permite o aborto de um feto potencialmente normal, como o do estupro (aborto sentimental), devido principalmente ao grande sofrimento psíquico infligido à mulher (GOMES, 1997, p. 619-20), deve-se manter uma gestação de um feto com distúrbios que o incompatibilizem com a vida, mesmo nos casos em que este fato causar grandes problemas psicológicos, podendo até ameaçar a saúde mental da mãe?

O atual anteprojeto de Código Penal, ainda em discussão no Congresso Nacional, prevê esta situação em seu artigo 128, III e a enquadra como uma excludente de ilicitude. Vejamos, *in verbis*:

Art. 128. Não constitui crime o aborto praticado por médico se:

I -

II -

III - há fundada probabilidade, atestada por dois outros médicos, de o nasciturno apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais.

§ 1º. Nos casos dos incisos II e III, e da segunda parte do inciso I, o aborto deve ser precedido de consentimento da gestante, ou quando menor, incapaz ou impossibilitada de consentir, de seu representante legal, do cônjuge ou de seu companheiro;

§ 2º. No caso do inciso III, o aborto depende, também, da não oposição justificada do cônjuge ou companheiro. “ (grifos nossos) (MINISTÉRIO, 1998).

Se este anteprojeto for aprovado, a interrupção seletiva da gravidez será acolhida como mais uma hipótese dentre as excludentes de criminalidade do aborto, o que será, com certeza, um grande passo no sentido de adequar a lei aos avanços da ciência, em benefício da sociedade.

Com relação à jurisprudência¹³ brasileira, alguns juizes, de forma pioneira, já concedem alvarás autorizando a realização de abortos nos casos com suficiente comprovação da anomalia grave e em que as mães manifestem sua vontade de forma expressa.

A jurisprudência é uma fonte bastante dinâmica do Direito. Isto porque ela reflete o posicionamento que os juizes estão adotando face a uma determinada situação. Em se tratando de problemáticas novas, como a que tratamos neste

trabalho, os juizes se vêm impelidos a dar uma resposta justa para os cidadãos que os procuraram em busca do Direito.

Segundo um levantamento feito pelo Dr. Thomaz Rafael Gollop, do Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana, já foram emitidos no país cerca de 350 alvarás judiciais, até o ano de 1997, autorizando médicos a interromperem gravidez em que o feto apresenta anomalias graves. Eles utilizam a analogia, para adaptar o texto legal à evolução da ciência e da realidade social (GOLLOP apud DINIZ, 1997, p. 2-4).

No mesmo sentido, já existe um projeto de lei ¹⁴, de autoria da então deputada federal Marta Suplicy, que regulamenta, de forma lúcida e responsável, esta difícil e delicada questão. Este projeto autoriza a interrupção da gravidez, por indicação de médico especialista, quando o feto apresentar alguma condição que o torne incompatível com a vida. Tal procedimento só se dará após a comprovação da anomalia fetal e o consentimento da gestante. O referido projeto obteve, inclusive, parecer favorável do Conselho Federal de Medicina.

Entretanto, a força política de certos grupos vinculados a religiões buscam, de forma inflexível, a obstrução sistemática deste tipo de projeto. Lutam, inclusive, por um verdadeiro retrocesso no que diz respeito ao que já foi estabelecido com relação ao aborto no Brasil, como foi visto na época da regulamentação do Projeto de Lei 20/91, que dispunha sobre o atendimento, no Sistema Único de Saúde, de mulheres que precisavam realizar um dos tipos de aborto, previstos em lei (SUPLICY, 1997b, p.1; HALBE, 1993, p. 640-1).

Nessa época, a mídia noticiava as cenas de verdadeira histeria de alguns integrantes de grupos religiosos contrários à regulamentação de um direito que já havia sido estabelecido desde o ano de 1940, com a aprovação do Código Penal. Encorajados com a visita do papa João Paulo II ao Brasil, bradavam pelo banimento de todas as excludentes de ilicitude do aborto, previstas no Código Penal em vigor, quais sejam: o aborto necessário, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, e o aborto sentimental, que é o de gestações resultantes de estupro (PAPA, 1997, 1-2; PIOVESAN & PIMENTEL, 1998, p1-2; JESUS, 1993, p. 108-9).

Como salientou o então deputado federal Eduardo Jorge (1997, p.1-3): "A influência da Igreja Católica e das outras igrejas cristãs é marcante em nosso Congresso.", e arremata: "O mais triste é ver parlamentares que, por medo, covardia e eleitoralismo, se curvam ao poder de uma hierarquia religiosa".

13 Jurisprudência como sendo um conjunto ou coletânea de decisões proferidas pelos juizes ou tribunais sobre uma determinada matéria jurídica (NADER, 1994, p. 186).

14 Projeto de Lei no 1.956, de 1996 (SUPLICY, 1996b).

7. conclusão

Diante do exposto, consideramos que o aborto em malformações graves, incompatíveis com a vida, é um direito da mulher pelos seguintes motivos: os transtornos psíquicos que esta situação pode acarretar à mãe; a precisão com que atualmente já se dispõe para diagnosticar tais anormalidades e a segurança para efetuar a interrupção da gravidez; o alto índice de abortos espontâneos, em casos de malformações graves, o que pode restringir as atividades normais da mãe ou ainda arriscá-la a sofrer um aborto espontâneo em um lugar sem condições adequadas de atendimento; e, por fim, a obrigatoriedade em continuar uma gravidez deste tipo, mesmo contra a vontade da mulher, pode levá-la a, em atitude de desespero, procurar fazer um aborto clandestino, o que, sem dúvida, coloca em risco a sua vida e/ou sua capacidade reprodutiva futura, com graves repercussões individuais, familiares e sociais.

Defendemos, outrossim, que este tipo de aborto só seja efetuado nas seguintes condições: após a perícia de dois médicos, para que se tenha certeza diagnóstica; com consentimento da gestante e não oposição justificada do cônjuge e realizado por médico, em ambiente apropriado.

Consideramos de fundamental importância a desmitificação deste controverso problema do aborto no Brasil. E para que isso aconteça, é necessário que se faça uma ampla e contínua discussão sobre o assunto.

O mérito desta monografia residiu, desta forma, mais na possibilidade de se debater a questão. Sem dúvida, este é um tema extenso, em que várias facetas têm de ser analisadas, dificilmente chegando-se a um consenso que agrade a todos. Mas, mesmo assim, a reflexão e discussão científica do problema é indispensável, para que muitas mulheres não tenham seu sofrimento exacerbado pela intolerância ou silêncio, que as deixa à mercê de pessoas sem conhecimento e/ou condições adequadas para atendê-las de forma condigna.

Não se pode tratar um tema tão complexo e delicado com cenas de histeria. É preciso pensar o aborto como uma questão de saúde pública, que precisa de políticas públicas em sintonia com as necessidades da população.

Para ilustrar, uma citação de uma deputada de Portugal - Odete Santos (1997, p.5) - que é de um país onde o debate sobre o aborto está bem acirrado:

“Aos deputados não cabe decidir sobre o foro íntimo seja de quem for. Cabe-lhes aprovar uma lei que não obrigue ninguém a abortar, mas permita que quando se veja na necessidade de o fazer, o faça em condições de assistência e acompanhamento.”

Esta pesquisa de forma alguma esgota qualquer questão. Muito pelo contrário. Abriu um leque de questionamentos que, com certeza, nos impulsionarão a fazer mais pesquisas nesta instigante área.

bibliografia consultada

ABORTO no Brasil e America. [online]. Disponível na Internet via <http://www.aborto.com/aborto.htm> . Arquivo capturado em 07/09/98.

ALVARENGA, Augusta T. de, SCHOR, Néia. O aborto: um resgate histórico e outros dados.[online]. Disponível na Internet via <http://www.fsp.usp.br/SCHOR.HTM> Arquivo capturado em 07/09/98.

ANTEPROJETO do Código Penal. [online]. Disponível na Internet via <http://www.mj.gov.br>. Arquivo capturado em 07/09/98.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda, MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 1986, 443p.

ARGUMENTOS contra o aborto [online]. Disponível na Internet via <http://www.lbm.com.br/user/bem/aborto3.htm> . Arquivo capturado em 06/09/98.

BARINI, Ricardo. Rastreamento pode ser feito na décima semana. [online]. Disponível na Internet via <http://www.estado.com.br/edicao/pano/96/04/20/capa960419.html> Arquivo capturado em 20/04/96.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de mortalidade materna**. Brasília, 1994, 119p.

CAHALI, Yussef Said (org.). **Código civil, código de processo civil, constituição federal** . São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, 1170 p.

CALIN, Volnei Ivo (org.) **Ética e bioética: novo direito e ciências médicas**. Florianópolis: Terceiro Milênio, 1998, 176 p.

CARRARA apud ROSA, Antonio José Miguel Feu. Direito penal: parte especial. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995, 1044p.

CASTRO FILHO, Alexandre Martins de . Aborto. Consulex. **Brasília, ano I, n. 11, 30 nov. 1997 ,p.30-3.**

CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia**.10 ed. São Paulo: Ática, 1998, 440p.
CÓDIGO de Ética Médica (Resolução CFM n. 1.246, de 8.1.1988) IN: **Direitos e**

obrigações dos médicos. São Paulo: LTr, 1998, 548 p. p.52-67.

CORREIA, Carlos Henrique. Aborto: direito ou crime? [online]. Disponível na Internet via <http://www.cordis.com.br/0005.htm>. Editado em 02.06.96. Arquivo capturado em 05/12/96.

COTRAN, Ramzi S. , KUMAR, Vinay , ROBBINS, Stanley L. **Patologia estrutural e funcional.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991, 1231 p.

D'ÁVILA, Roberto Luiz. A bioética e o exercício da medicina nos dias de hoje. In: CARLIN, Ivo (org.) . **Ética e bioética.** Florianópolis: Terceiro Milênio, 1998, 176p. p. 153-63.

DELMANTO, Celso. **Código penal comentado.** 3 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 1991, 872 p.

DINIZ, Debora. Aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. [online]. Disponível na Internet via http://www2.rudah.com.br/cfm/espelho/revista/0501_97/abortsele.html Arquivo capturado em 06/06/97.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro.** 8 ed. V. 1. São Paulo: Saraiva, 1991, 300 p.

DIREITOS e obrigações dos médicos. São Paulo: LTR, 1998, 548p.

DURANT, Guy. **A bioética: natureza, princípios e objetivos.** São Paulo: Paulus, 1995, 103 p.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese.** 14 ed. São Paulo: Perspectiva, 1996, 170 p.

FEINGOLD, Murray. Malformações congênitas. IN: AVERY, Gordon B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido.** 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984, 1255p. p. 869-88.

FRANCO, Paulo Alves. **Medicina legal aplicada.** 2 ed. São Paulo: LED, 1997, 502 p.

GOLDIM, José Roberto Princípios éticos. [online] Disponível na Internet via <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/princip.htm>. Arquivo capturado em 10/06/97.

_____. Eugenia. [online]. Disponível na Internet via <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eugenia.htm> atualizado em 19/04/98. Arquivo capturado em 07/09/98a.

_____. Aborto no Brasil. [online]. Disponível na Internet via <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/abortobr.htm> . Arquivo capturado em 07/09/98b.

GOLLOP apud DINIZ, Débora. Aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. [online]. Disponível na Internet via http://www2.rudah.com.br/cfm/espelho/revista/0501_97/abortsele.html. Arquivo capturado em 13/06/97.

GOMES, Hélio. Medicina legal. 32. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997, 820 p.

GUSMÃO, Paulo Dourado de. **Introdução ao estudo do direito.** 16 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1993, 480 p.

HALBE, Hans Wolfgang. A igreja católica apostólica romana, o aborto induzido e a anticoncepção. In: HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia.** 2 ed. São Paulo: Rocca, 1993. 2v. V. 1 , 2115 p. p.640-1.

INCIDÊNCIA de aborto na América.[online]. Disponível na Internet via <http://www.aborto.com/incid.htm>. Arquivo capturado em 06/09/98.

JESUS, Damásio E. de. **Direito penal: parte especial**. V.2 15 ed. São Paulo: Saraiva, 1993, 435p.

LARANGEIRA, Márcia. Aborto legal: novos desafios, novos atores. [online]. Disponível na Internet via <http://www.alternex.com.br/~saudebrasil/mulher/ablegal.htm>. Arquivo capturado em 10/06/98.

LEITE, Julio Cesar do Prado. Aborto. **Consulex**. Brasília, ano II, v. I, n 15, 31 mar. 1998, p. 44-8.

MACEDO, Rosa Maria Stefanini de. Conseqüências emocionais do aborto. In: HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 1993. 2v. V. 1, 2115 p. p.146-159.

MAIS de 80% dos católicos apóiam aborto legal.[online]. Disponível na Internet via <http://www.estado.com.br/edicao/pnao/97/08/27/ge1494.htm>. Arquivo capturado em 06/09/97.

MARCÍLIO, Maria Luiza, RAMOS, Ernesto Lopes (coord.) **Ética na virada do século: busca do sentido da vida**. São Paulo: LTr, 1997, 187 p.

MARQUES NETO, Agostinho Ramalho. **Introdução ao estudo do direito: conceito, objeto e método**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1990, 196p.

MATTAR, Rosiane et al. Abortamento. In: PRADO, Felício Cintra do et al. (org.) **Atualização terapêutica**. 18 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997, 1356p. p.803-7.

MENDES, Antonio Carlos, SILVA, Jefferson de Vasconcelos, DALLARI, Sueli Gandolfi. Bioética e direito. **Bioética**. Brasília, v. 2, n. 2, 1994, 221p. p.199-201, semestral.

MORON, Antonio Fernandes, SANTANA, Renato Martins. Diagnóstico pré-natal das anomalias fetais. In: PRADO, Felício Cintra do et al. (org.) **Atualização terapêutica**. 18 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997, 1356p. p. 890-3.

NADER, Paulo. **Introdução ao estudo do direito**. 9 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1994, 465p.

NAHUZ, Cecília dos Santos, FERREIRA, Lusimar Silva. **Manual para normalização de monografias**. 2 ed. rev. atual. São Luís: EDUFMA, 1993, 139 p.

NUNES, Maria José Fontelas Rosado. Por uma ética de solidariedade em favor da legalização do aborto no Brasil. [online]. Disponível na Internet via <http://www.alternex.com.br/~saudebrasil/mulher/eticasol.htm> Arquivo capturado em 07/09/98.

PAPA condena aborto: é o maior destruidor da paz no mundo [online]. Disponível na Internet via http://www.cordis.com.br/aborto_destruidor.htm Arquivo capturado em 10/09/97.

PINHEIRO, Daniela. Direito já adquirido. [online] Disponível na Internet via http://www2.uol.com.br/veja/170997/p_034.html. Arquivo capturado em 30/10/97.

PIOVESAN, Flavia, PIMENTEL, Silvia. O direito constitucional ao aborto legal. [online]. Disponível na Internet via <http://www.neofito.com.br/artigos/const8.htm> Arquivo capturado em 30/07/98.

PONTES, Múcio Diniz. Abortamento. In: In HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 1993. 2v. V. 1, 2115 p. p.928-35.

PRANDINI, Mirto Nelso, CAVALHEIRO, Sérgio. Malformações do sistema nervoso central. In: PRADO, Felício Cintra do et al. (org.) **Atualização terapêutica**. 18 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997, 1356p. p. 786-88.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. 19 ed. São Paulo: Saraiva, 1991, 381p.

RISK of the diagnostic procedures [online] Disponível na Internet via <http://plague.law.umkc.edu/xfiles/x721.htm> Arquivo capturado em 06/09/98.

ROLIM, L. Clemente de S. Pereira. Aborto e traumatismos psicológicos. [online]. Disponível na Internet via <http://www.redemptor.com.br/logos.rd/report/aborto.htm> Arquivo capturado em 10/06/98.

ROSA, Antonio José Miguel Feu. **Direito penal: parte especial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995, 1044p.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro dos. **O equilíbrio do pêndulo: a bioética e a lei: implicações médico-legais**. São Paulo: Ícone, 1998, 313p.

SANTOS, Odete. Interrupção voluntária da gravidez. [online]. Disponível na Internet via <http://www.pcp.pt/actpol/temas/ivg/folheto.html>, Arquivo capturado em 10/07/98.

SCHOR, Néia, ALVARENGA, Augusta T. de. O aborto: um resgate histórico e outros dados. [online]. Disponível na Internet via <http://www.fsp.usp.br/SCHOR.htm>. Arquivo capturado em 07/09/98.

SGARBI, Christian Sgarbi. Malformações letais. [online] Disponível via <http://forums.obgyn.net/forums/obstet-1/OBSTETL.9704/0068.html>. Arquivo capturado em 07/09/98.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 13 ed. São Paulo: Malheiros, 1997, 816p.

SINGH, S., HENSHAW, S.K. The incidence of abortion: a worldwide overview focusing on methodology and on Latin America. apud: ABORTO no Brasil e na América [online]. Disponível na Internet via <http://www.aborto.com/aborto.htm#states>. Arquivo capturado em 07/09/98.

SMITH, David W. **Síndromes de malformações congênitas**. 3 ed. São Paulo: Manole, 1985, 671 p.

SOUTO, Cláudio. **Ciência e ética no direito: uma alternativa de modernidade**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1992, 110p.

SUPPLY, Marta. Justificativa do Projeto de Lei nº 1.956 (interrupção de gravidez em casos de malformações graves). [online]. Disponível na Internet via <http://www.solar.com.br/~msupply/pl1956.htm>. Arquivo capturado em 23/05/1996a.

_____. Projeto de Lei nº 1.956, de 1996. [online]. Disponível na Internet via <http://www.solar.com.br/~msupply/pl1956.htm> Arquivo capturado em 11/08/96b.

_____. Marta. Mortalidade materna: ainda um problema de saúde pública. [online]. Disponível na Internet via <http://www.solar.com.br/~msupply/materna.htm>. Arquivo capturado em 10/07/97a.

_____. PL 20/91: apenas a regulamentação de um direito. [online]. Disponível na Internet via <http://www.solar.com.br/~msupply/aborto.htm>. Arquivo capturado em 02/11/97b.

TEIXEIRA, Elza Spanó, SANTOS, Márcia Regina Soares Seixas. **Medicina legal e genética aplicada à defesa penal**. São Paulo: LTr, 1998, 192p.

VASCONCELOS, Yuri. Pequenos milagres. **Época** ano I, n. 28, 30 nov. 1998, p. 62-7.

ZUGAIB, Marcelo; BITTAR, Roberto Eduardo **Protocolos assistenciais, clínica obstétrica, da FMUSP**. 1 reimp. São Paulo: Atheneu, 1999, 328p.

Palavras-Chave: aborto, malformação, direito da mulher, eugenia.

Key Words: abortion, malformation, woman right, eugenics.

ADMINISTRAÇÃO DOS RISCOS NA ATIVIDADE PROFISSIONAL DOS MÉDICOS

Gilbeto Baumann de Lima *
Carlos Ehke Braga Filho **

Muito se fala sobre os direitos e deveres dos médicos e, especialmente, sobre suas obrigações, principalmente no âmbito legal.

Os riscos inerentes ao exercício da profissão médica são de largo espectro e, muitos deles passíveis de redução e, outras, de completa exclusão.

Há mais de 24 anos outros países se têm detido nessa questão e, em consequência, muitas medidas profiláticas de direito têm sido tomadas pelos profissionais de medicina em suas clínicas e hospitais.

Trata-se, comparativamente, de aplicar no campo do Direito, o que os profissionais de medicina propõem no âmbito da saúde, ou seja, medidas que evitem ou reduzam a incidência de riscos.

Nessa linha de preocupação, a Clínica Psiquiátrica de Londrina foi a primeira instituição de que se tem notícia no Brasil, a instalar a sua Comissão de Riscos, criada pelo Advogado Gilberto Baumann de Lima, a pedido do médico responsável técnico, Dr. Paulo Fernando de Moraes Nicolau.

A Comissão de Riscos congrega os existentes na instituição de saúde e, através da divulgação de conceitos e iniciativas jurídicas, passam a ser documentados os procedimentos de saúde.

Essa orientação é ministrada por um método dialético que se divide em duas partes: na primeira, após terem contato com os principais conceitos de direito aplicáveis à área, os profissionais de saúde formulam um rol de observações sobre os riscos de cada procedimento adotado na instituição.

Em seguida, na fase posterior, são sugeridas novas maneiras de serem praticados os procedimentos existentes, considerados os riscos que lhes são inerentes.

Conhecidos os riscos levantados pela comissão interdisciplinar, são sugeridas e estudadas alterações dos procedimentos a fim de que sejam reduzidos os riscos existentes ou até eliminados.

Após toda essa dinâmica, com o consenso da comissão, o novo procedimento ou o antigo procedimento é transformado em protocolo que, aprovado pela instituição de saúde, passa a ser norma escrita passível de profissionais de saúde que prestam serviços naquela clínica ou hospital.

Esses protocolos dão ênfase aos direitos e deveres das partes envolvidas no tratamento de saúde, estabelecendo uma nova ordem no relacionamento que se trava, por exemplo, entre médicos e pacientes.

O paciente e ou seus responsáveis assumem, documentalmente, suas obrigações de parte no processo de tratamento.

* Advogado ** Médico e advogado, Conselheiro do CRM/PR. Prof. adjunto da Disciplina de Medicina Legal e Ética da UFPR.

É estimulada a criação dos protocolos que atribuem essas novas obrigações, de maneira que tenham valor perante o Direito.

Quando se diz "novas obrigações", busca-se a normatização de procedimentos iniciados a partir do trabalho da comissão de risco, ou da consolidação, por meio dos protocolos das práticas comprovadamente eficazes já existentes na instituição.

Após ser transformado o procedimento em protocolo aprovado pela Direção da Instituição, torna-se obrigatória a sua obediência pelos membros da equipe de saúde.

Essa metodologia evita que os Pacientes continuem depositando todas as suas expectativas de cura ou melhora apenas nos profissionais de saúde e, principalmente, no Médico.

Outro benefício da criação dos Protocolos é o decorrente da participação do Paciente e seus familiares no processo de tratamento e cura.

Ainda, destaque-se o valor de prova da efetiva e correta prestação de serviços médicos, como corramento dos benefícios trazida pelos protocolos.

Pelas razões alinhadas, os Protocolos não podem ser concebidas apenas sob o enfoque médico. Devem ser elaborados obedecendo critérios legais para que tenham valor jurídico, do contrário serão inúteis.

O desequilíbrio existente nas relações havidas entre Médicos e Pacientes poderá ser atenuado com a concepção de Protocolos que atendam os requisitos legais.

Constitui-se, essa iniciativa em aproximação salutar dos Profissionais de Saúde e, principalmente do Médico, com o Direito.

Palavras-Chave: prevenção jurídica, comissão de riscos jurídicos, protocolos de risco, administração de riscos.

Key Words: legal prevention, legal risk committee, risk protocols, risk administrations.

ABORTO PARA AS MENORES

Paris – As menores da França podem abortar sem permissão de seus pais e num prazo máximo legal de três meses de gravidez, assinalou ontem em Paris a ministra do emprego e solidariedade, Martine Aubry. Atualmente 10 mil menores francesas ficam grávidas ao ano.

Gazeta do Povo 17/7/99

EMISSÃO DE ATESTADO POR PSICÓLOGO

Parecer CFM

EMENTA

Os médicos somente devem reconhecer atestados para afastamento de tratamento de saúde quando emitidos por profissionais médicos no gozo dos seus direitos ou por odontólogos, estes no âmbito de suas prerrogativas previstas em lei; os médicos e as organizações de prestação de serviços médicos não devem aceitar tais documentos quando emitidos por psicólogos.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná provoca o Conselho Federal para que este se pronuncie acerca da resolução do Conselho Federal de Psicologia que visa conferir aos psicólogos competência para emitir atestados para afastamento de tratamento de saúde.

Além do CRM-PR, outras instituições e médicos, individualmente, demandaram ao CFM questões no mesmo sentido.

O Conselho Federal de Medicina tem se manifestado quanto à matéria, com aprovações do seu Plenário, em várias ocasiões, sempre com o entendimento de que somente os médicos e cirurgiões-dentistas, estes nos limites de sua área de atuação profissional, são competentes para emitir atestados que justifiquem ausência dos seus pacientes às atividades trabalhistas.

Com base nessa premissa, o Plenário desta casa aprovou o parecer nº 214/87, de autoria do conselheiro Waldir Paiva Mesquita, que, adotando parecer prévio oriundo da Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina, expressou: "Assim, o atestado passado por um médico presta-se a consignar o quanto resultou do exame por ele feito em seu paciente, sua sanidade e as suas conseqüências. É um documento que traduz, portanto, o ato médico praticado pelo profissional que o reveste de todos os requisitos que lhe conferem validade, vale dizer, emana de profissional competente para a sua edição – médico habilitado. Atesta a lei (...) que o atestado médico quando fornecido e utilizado para fins de justificação de falta do empregado junto a seu empregador deve seguir os ditames da legislação trabalhista existente sobre a espécie." No texto do referido parecer, o eminente relator refere-se com muita propriedade à Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, que dispõe no seu artigo 5º, parágrafo 2º: "A doença será comprovada mediante atestado de médico da instituição da Previdência Social a que estiver filiado o empregador, e, na falta deste e, sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico da empresa ou por ela designado; de médico a serviço de repartição federal, estadual ou municipal, incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes na localidade onde trabalhar, de médico de sua escolha."

Em outro parecer, aprovado pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina, o Conselheiro Mário Marques Henrique Filho destaca o artigo 202 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que explicita: "Será concedida ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus." O artigo 203 do mencionado documento legal determina que: "Para licença de até 30 (trinta) dias, a inspeção será feita por médico

particular; parágrafo 3º - no caso do parágrafo anterior, o atestado só produzirá efeito depois de homologado pelo setor médico do respectivo órgão ou entidade." O ilustre parecerista salienta, ainda, em seu parecer perfeitamente estribado na lei citada, a figura única do médico para atestar em favor de servidor visando justificar seu afastamento para tratamento de saúde ao dizer que "a licença até trinta dias será dada por MÉDICO do setor, inexistindo este, por médico particular (...) nas licenças por período superior a trinta dias é exigida junta médica oficial."

Outro conselheiro a trazer ao Plenário do CFM parecer sobre a matéria em espécie, obtendo sua aprovação, foi o dr. Ivan de Araújo Moura Fé que, em texto aprofundado e embasado técnica e legalmente, entende não ser permitido ao psicólogo a emissão de atestados de enfermidade ou declaração semelhante, para justificar incapacidade.

Em seu parecer, acentua aquele eminente conselheiro que a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, regulamentada pelo Decreto nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964, aquela dispendo sobre a profissão de psicólogo e este especificando as suas atribuições, não incluem funções e nem atribuições que lhe permitam emitir atestados de enfermidades: "Ressalta-se que a legislação específica atribui ao psicólogo competência para formular diagnósticos psicológicos e emitir pareceres sobre a matéria de psicologia. Entretanto, outra é a situação quando se trata de fazer um diagnóstico de uma doença ou emitir atestado de uma enfermidade, procedimentos que a lei não autoriza sejam realizados por Psicólogos, mas que se incluem nas atribuições e competência dos médicos. O diagnóstico psicológico abrange a descrição de fenômenos, ocorrências e configurações psicológicas dentro das variações da normalidade e, ainda, a descrição das alterações das funções psíquicas, porém sem caracterizar ou delimitar uma entidade nosológica. Todavia, o diagnóstico psiquiátrico, em que, apropriadamente, é feita a definição da existência ou não de doença mental e a especificação da natureza da patologia porventura existente é atribuição exclusiva dos médicos."

O entendimento referido acima, a nosso ver, não merece o mínimo reparo, vez que expressa fiel e perfeitamente o espírito do legislador e os objetivos da lei e do decreto que a regulamenta, com ambos determinando: Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, capítulo III – Dos direitos conferidos aos diplomados (em psicologia), artigo 13: ao portador do diploma de psicólogo é conferido o direito de ensinar psicologia em vários cursos de que trata esta lei, observadas as exigências legais específicas, e a exercer a profissão de psicólogo. Parágrafo 1º - constitui função do psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos:

a) Diagnóstico psicológico; b) Orientação e seleção profissional; c) Orientação psicopedagógica; d) Solução de problemas de ajustamento.

O Decreto nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964, no seu artigo 4º repete o contido na lei e acrescenta: "2) Dirigir serviços de psicologia (...); 3) Ensinar as cadeiras ou disciplina de psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor; 4) Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos de psicologia; 5) Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares; 6) Realizar perícias e emitir pareceres sobre a psicologia."

Como vemos, não há como os profissionais da medicina e a sociedade aceitarem diagnósticos de enfermidades atestados por psicólogos, pois além de não possuir base legal haveria, caso se concretizasse o desejo dos profissionais da psicologia em emitir atestados de enfermidades, um abuso, pois extrapolariam os seus limites de atividade profissional, invadindo a área da medicina. Vejamos o que nos traz o parecer já citado e aprovado pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina: "É nosso entendimento, por conseguinte, que se o psicólogo emite atestado de enfermidade estará excedendo os limites previstos nos diplomas legais que regulamentam sua profissão e invadindo área de atuação do profissional da medicina, incorrendo, portanto, na prática do ilícito capitulado no art. 282 da nossa lei punitiva (Código Penal: Art. 282 – Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites"). E quem aceitar tal atestado incorrerá, também, na sanção da lei, seja pessoa física ou jurídica, de vez que "ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece" (Art. 3º do Decreto Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 – Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro, com redação trazida pela Lei nº 3.238, de 1º de agosto de 1957).

É de notar que a Previdência Social somente reconhece justificativas de ausência ao trabalho por motivo de incapacidade mediante a apresentação, por parte do segurado, de documento hábil fornecido por médicos e por odontólogos, estes nos casos específicos da odontologia; a portaria que define tal assunto refere-se ao artigo 32 da Consolidação das Leis da Previdência Social, aprovada pelo Decreto nº 77.077, de 24 de janeiro de 1976, e, ainda, ao artigo 92 do Regulamento do Regime de Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 72.771, de 6 de setembro de 1973, e ao artigo 79 e seu parágrafo 1º do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 83.080, de 24 de janeiro de 1979. O odontólogo pode atestar enfermidades de acordo e nos limites da Lei nº 6.215, de 30 de junho de 1975, onde se lê: "Artigo 6º: compete ao cirurgião dentista: - III – Atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificação de faltas ao emprego".

Entendendo-se como privilégio profissional o direito exclusivo de prerrogativa especial que o poder estatal garante a algumas pessoas de exercer determinada atividade ocupacional, considerar-se-á infração legal punível pela sociedade a sua prática por quem não estiver credenciado. Ao privilégio concedido pela sociedade corresponderá responsabilidade no mesmo nível; é preciso ter em mente que tais privilégios devem ser sempre criados por lei e não pela própria corporação dos interessados, e que o alcance da atividade de uma profissão é competência da legislação que a institui, cabendo aos Conselhos Federais determinar como o ato profissional deve ser concretizado, ou seja, estabelecer as condições em que será realizado, enfim, normatizá-lo e nunca instituir direitos à margem da lei.

O instituto jurídico-administrativo da licença para tratamento de saúde refere-se unicamente à dispensa de trabalho para quem está em tratamento de alguma doença. E a nossa legislação somente atribui essa prerrogativa a médicos e odontólogos em suas respectivas áreas de competência legal, claramente determinado em lei. O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Odontologia não podem ampliar o alcance de suas atribuições firmadas na legislação e muito menos

criar direitos a que julgarem que seus profissionais devam usufruir, do mesmo modo que Conselhos de outras profissões não podem conceder aos seus filiados o direito de praticar atos definidos em lei como exclusivos da Medicina e da Odontologia, como é o caso da emissão de atestados para afastamento de tratamento de saúde. A lei concedeu, e não os Conselhos de Medicina e de Odontologia avocaram esse direito, sendo consenso universal de que os limites e as competências profissionais dependem da legislação da qual decorrem os já citados privilégios profissionais, e entre estes, em todo o mundo, a legislação consagra somente aos médicos o direito de conceder licenças trabalhistas, aposentadorias e outros benefícios previdenciários, tanto é assim que as instâncias para definir tais situações são denominadas universalmente perícias médicas e juntas médicas. À exceção já referida dos odontólogos que emitem atestados para afastamento de tratamento de enfermidades restritas à sua competência legal, mas que não alcançam o nível de decisão terminativa referente a benefícios, como os médicos.

CONCLUSÃO

Dentre os privilégios profissionais dos médicos está, obviamente, o exercício exclusivo dos atos médicos, especificamente no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento das patologias, sendo, por isso, impedido de tal prática aquele que não for médico habilitado legalmente e registrado no respectivo Conselho Regional. Diagnosticar enfermidades e declarar este diagnóstico onde se inferem suas implicações legais em atestados é uma atribuição médica, um ato médico, uma competência legal de médicos.

O Conselho Federal de Psicologia, ao editar a Resolução CFP nº 15/96, visa claramente atribuir aos psicólogos o direito de exercerem atos da competência dos médicos, como facilmente se percebe no texto daquele documento:

"Art. 1º, Parágrafo Único – Fica facultado ao psicólogo o uso do Código Internacional de Doenças – CID, ou outros Códigos de diagnóstico, científica e socialmente reconhecidos, como fonte para enquadramento diagnóstico".

"Art. 2º - Quando emitir atestado com finalidade de afastamento para tratamento de saúde (...)"

"Art. 3º - No caso do afastamento para tratamento de saúde ultrapassar a 15 (quinze) dias, o paciente deverá ser encaminhado pela empresa à perícia da Previdência Social, para efeito de concessão de auxílio-doença".

Em relação ao uso da CID (e não do CID (e não do CID como diz a referida resolução, já que se trata de uma classificação e não de um Código), aquele Conselho exorbita de sua competência querendo criar um direito para os psicólogos que é exclusivo dos médicos, pois a CID contém os diagnósticos médicos, de enfermeiros e, portanto, a sua utilização é prerrogativa de médicos; os atestados de doenças são indissolavelmente ligados às implicações de toda ordem deles decorrentes. Daí que o artigo 2º da resolução em tela, ao se referir a "atestado com finalidade de afastamento para tratamento de saúde", tenta atribuir aos psicólogos as responsabilidades inerentes ao contido em tal documento, pois que não se podem dissociar esses elementos e somente o médico está capacitado, habilitado e competente

para assumir o todo do atestado para tratamento de saúde. No artigo 3º, ao se referir ao "encaminhamento do paciente à perícia", volta a imiscuir-se nas prerrogativas médicas pois é sobejamente conhecido que essa perícia é médica e não há sentido em um profissional não-médico valer-se de instância médica superior para referendar seus atos, além do tácito reconhecimento de que a ação médica é terminativa, decisiva e, portanto, superior; caso não seja esse o entendimento deveria haver uma junta psicológica e até mesmo a perícia psicológica para definir a situação do paciente em relação a possíveis benefícios por enfermidades de que fosse portador.

Valemo-nos ainda dos ensinamentos e opiniões de dois mestres da psiquiatria brasileira, o professor doutor Valentim Gentil Filho, titular e chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, e Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, professor doutor e titular de psiquiatria da UFMS e diretor de Educação da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Diz o professor Valentim:

"Sabemos que o bem-estar e o mal-estar observados unilateralmente sob o ponto de vista físico, psíquico ou social conduz a diagnósticos incorretos. Desde 1946, a Organização Mundial da Saúde define saúde como "um estado de bem-estar completo, físico, mental e social". Nesse sentido, se a investigação cuidadosa das condições psíquicas e sociais são fundamentais para atingir o objetivo proposto, o psíquico não pode ser separado do físico como componente independente.

Desta forma, a saúde mental não pode ser observada exclusivamente através de sintomas psíquicos e comportamentais, uma vez que estes são resultantes da integração de causas somáticas, psíquicas e sociais. Um diagnóstico, para ser eficiente na sua intenção nosológica, não tem validade se não estiver apoiado nesta sólida base supradescrita e que atualmente continua sendo especificamente inerente ao currículo médico.

O psicólogo não tem, no seu currículo, estudo suficientemente profundo das bases somáticas do organismo. Mesmo a disciplina de psicopatologia, onde ele aprende as noções do psiquismo em sua dinâmica normal e patológica, não fornece base clínica suficiente para atestar, com segurança, saúde ou patologia mental.

Nestas condições, a resposta à pergunta "pode o psicólogo fornecer atestado de saúde mental? Deve ser negativa.

O professor Luiz Salvador, em aprofundado estudo sobre o mesmo tema, aponta no mesmo sentido ao fechar o seu brilhante trabalho desta forma: "Os conselhos de controle do exercício profissional não devem ser usados como instrumentos corporativos a serviço dos interesses mercantis da sua categoria profissional, mas como agentes da sociedade. Os médicos sabem muito bem disto porque conviveram e convivem com os problemas resultantes de conselhos corporativistas. Pois o corporativismo é uma perversão política que coloca os interesses de uma categoria laboral acima dos interesses sociais mais amplos. A legitimidade dos conselhos se radica no fato de que, embora compostos por profissionais da categoria fiscalizada, têm uma identidade muito mais ampla. São instrumentos da sociedade para assegurar o caráter essencialmente social da prática fiscalizada. Quando o conselho assume o papel de vanguarda dos interesses corporativos, perde-se esta finalidade e desaparece a lealdade prioritária com a sociedade que deve caracterizá-lo."

O Conselho Federal de Medicina deve defender a exclusividade dos médicos serem peritos em diagnóstico médico e tratamento de doentes porque isto é melhor para a sociedade, não porque resulte em aumento da renda dos médicos.

1. Os Conselhos de Psicologia, tal qual os de qualquer outra profissão, são incompetentes para legislar sobre a matéria porque, caso contrário, teriam o privilégio de estabelecer eles mesmos seus próprios limites com as demais profissões;

2. Os diagnósticos médicos (inclusive o diagnóstico psiquiátrico) são essencialmente diversos dos diagnósticos psicológicos (psicodiagnóstico) e cada uma destas modalidades de diagnosticar se situa no âmbito de sua respectiva atividade profissional como atos profissionais específicos, usando seus próprios instrumentos, sujeitos às suas próprias regras e voltados para seus próprios objetivos;

3. Procedimentos diagnósticos enquadráveis na CID/10 são diagnósticos médicos porque são diagnósticos de enfermidades e só podem ser elaborados e exercidos como atos médicos, procedimentos específicos dos profissionais da Medicina, porque somente eles são especificamente formados para fazê-lo;

4. Caso outro profissional pratique ato justificado por um diagnóstico médico, isto não será um ato profissional específico seu e estará cometendo uma infração e uma invasão dos limites da medicina."

Pelo aqui exposto, pela interpretação da legislação vigente em nosso país e em seguimento ao Código de Ética Médica e à doutrina já estabelecida por este egrégio Conselho Federal de Medicina, somos de parecer que:

1. Somente os médicos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados.

2. Os médicos, quando em função pericial devem considerar apenas os atestados exclusivamente emitidos por médicos habilitados e inscritos em Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, estes no estrito âmbito daquela profissão.

3. Atestados visando quaisquer benefícios legais ao cidadão enfermo deverão ser emitidos e considerados por médicos legalmente habilitados e inscritos regularmente no Conselho Regional de Medicina do seu estado, exceto o previsto na lei em relação aos odontólogos.

4. O médico que acatar atestados de enfermidades não previstos na lei estará incorrendo em ilícito ético, por infração aos artigos 44 e 112 – parágrafo único, do Código de Ética Médica.

Brasília, 16 de dezembro de 1998.

É o parecer, S.M.J.
Rubens dos Santos Silva
Conselheiro Relator

Processo-Consulta CFM nº 4146/97
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/02/99

Palavras-Chave: atestado médico, atestado psicológico, atestado odontológico, atestado de doença
Key Words: medical certificates, psicologic certificates, odontologic certificates, disease certificates.

Colega

***Não presenteie
com
Alcool ou Tabaco.***

Seja criativo.

***Você também é
Responsável.***

CIRCULAR DA UNIMED-MURIAÉ, RESTRINGINDO EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS AUTOGERADOS POR MÉDICOS DONOS OU SÓCIOS DE APARELHOS DE ULTRA-SOM, E POR MÉDICOS PARENTES DE DONOS OU SÓCIOS DE TAIS APARELHOS.

Parecer CFM

EMENTA

Unimed. Restrição de exames autogerados. Inadmissibilidade.

I – CONSULTA

Trata-se de consulta efetuada por médico de Minas Gerais, cooperado da Unimed-Muriaé, endereçada ao Conselho Federal de Medicina. O profissional é proprietário de um serviço de ultra-som, e diante da Circular recebida pela cooperativa médica, pediu a emissão de parecer.

A Circular, subscrita pelo diretor-presidente da Unimed-Muriaé, fixa critérios com relação aos exames de ultra-sonografia, limitando os exames autogerados por médicos donos ou sócios de aparelhos de ultra-som, e por médicos parentes de donos ou sócios de tais aparelhos, em 25% do número de consultas realizadas. Os exames que ultrapassarem esse limite não serão pagos.

II – PARECER

Como bem exposto em parecer jurídico do CFM, "a Unimed é uma cooperativa que presta serviços médicos e, como tal, está obrigada a observar os preceitos éticos que regem o trabalho profissional do médico, o teor do artigo 3º da Resolução CFM nº 1.084/82. Em vista disso, encontra-se inserida nos preceitos éticos elencados no Código de Ética Médica, do mesmo modo que os médicos cooperados."

Corroborando esse entendimento, a Lei nº 9.656/98, dispendo sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, determinou que para a obtenção da autorização de funcionamento as operadoras deverão registrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina (inc. I do art. 8º). Assim, é incontestável a submissão das operadoras de planos privados de assistência à saúde aos preceitos ético-médicos.

Sobre o assunto, encontramos a Res. CFM nº 1.401/93, trazendo os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas de seguros-saúde, empresas de Medicina de Grupo, cooperativas de trabalho médico ou outras que atuem sob a

forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, assim dispendo:

"Art. 2º - Os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constantes no art. 1º são:

a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente;

(...)

d) inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratoriais e demais serviços complementares pelo paciente e o médico."

Ressalte-se que constitui falta ética "deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina (...)", conforme o art. 45 do Código de Ética Médica (Res. CFM nº 1.246/88), elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58.

Contudo, em face do despacho concessivo da medida provisória, *in limine*, do MM. juiz federal da 15ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal, mantida pelo Supremo Tribunal Federal, em 20/9/94, determinou-se a abstenção de qualquer ato com fundamento na alínea "d" do art. 2º da Resolução CFM nº 1.401/93.

Assim, não nos podendo valer da Resolução *sub judice*, devemos observar o que estabelece a Lei nº 5.764/71 em seu inc. III do art. 37: (A cooperativa assegurará a igualdade de direito dos associados, sendo-lhes defeso:) estabelecer restrições de qualquer espécie ao livre exercício dos direitos sociais.

Ora, a Circular em estudo, limitando em 25% os exames autogerados, acaba por desrespeitar esse dispositivo legal, pois restringe o exercício dos direitos dos médicos proprietários de aparelhos de ultra-som.

Além disso, sob o prisma da ética médica, a restrição imposta pela referida Circular, injustificadamente, intervém na relação médico-paciente, uma vez que este se vê tolhido no seu direito de escolha do profissional que o irá examinar, e aquele vê mitigada a sua liberdade profissional e fica privado do seu direito constitucional de exercer a Medicina. A medida cria, ainda, um empecilho na descoberta do diagnóstico, uma vez que procrastina a obtenção do resultado dos exames. Imaginamos que em Muriaé exista mais de um serviço de ultrasonografia, uma vez que seria por demais penoso aos pacientes o deslocamento a algum município vizinho. É por essas razões que entendemos que a Circular fere o disposto nos arts. 2º, 7º e 8º do Código de Ética Médica.

Por fim, é indubitável que exsurge do texto da Circular o espírito de coibir abusos e fraudes dos proprietários de aparelhos de ultra-som. Todavia, o meio empregado pela Unimed-Muriaé mostrou-se deveras inadequado. Se suspeitas ou indícios existem, deve-se proceder às investigações através de sindicâncias, apu-

rando os reais responsáveis, punindo-os administrativamente e, encontrando indícios de infração ética, protocolando denúncia formal nos Conselhos Regionais de Medicina, órgãos competentes para processar, julgar e punir faltas éticas.

III - CONCLUSÃO

Pelo exposto, opino que a Circular aos médicos cooperados da Unimed-Muriaé viola os preceitos da ética médica ditados pelo Conselho Federal de Medicina, órgão com competência legal para tanto.

É o parecer.

Brasília, 26 de maio de 1999.

Cláudio Balduino Souto Franzen
Conselheiro Relator

Processo-Consulta CFM nº 6579/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária 717/99

Palavras-Chave: exames autogerados, fraude, limite de exames autogerados, auto-referência.
Key Words: self referral tests, fraud, test limitation, self referral.

TÉCNICA FAZ TRANSPLANTE "SEM SANGUE"

De "Reuters" - Médicos do Hospital Saint James, em Leeds (Reino Unido), deverão realizar uma cirurgia "sem sangue" para operar um paciente testemunha de Jeová, cuja religião proíbe transfusões de sangue.

Steve Pollard, que deverá liderar a cirurgia, afirmou que o paciente, que precisa de um transplante de fígado, deverá ter seu sangue filtrado e reciclado durante a operação.

Uma cirurgia semelhante, realizada por médicos belgas, foi divulgada em 15 de maio pela revista médica britânica "The Lancet".

Folha de São Paulo

DADOS SIGILOSOS DE SAÚDE EM ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Parecer CFM

EMENTA

Devem as informações pessoais relativas a hábitos, doenças e variantes anatómicas e mutilações ser guardadas sob sigilo com médico que emitir ASO. Fichas clínicas devem ser obrigatoriamente bem preenchidas.

CONSULTA

Em 24 de junho de 1998, o dr. Cristóvão Luiz Gardelin encaminha e-mail ao CFM nos seguintes termos:

"Prezados Srs.

Sou Médico do Trabalho e gostaria, se possível, de orientação e esclarecimento sobre algumas dúvidas sobre o preenchimento do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional). Gostaria de saber se além das informações determinadas pelo item 7.4.4.3 da NR-7 o ASO poderá conter:

- 1) Informações sobre hábitos do trabalhador (etilismo, tabagismo, etc.);***
- 2) Informações sobre doenças crônicas (HAS, diabetes, etc.)***
- 3) Informações sobre malformações ou ausências de partes do corpo.***

Caso não possa constar estes dados, qual seria(m) a(s) sanções que o profissional estará sujeito a sofrer?

A ficha clínica é elemento suficiente, se bem preenchida, no caso de uma demanda judicial?"

PARECER

O atestado médico é um documento que atesta a veracidade em relação a datas, assistência, internações a necessidade de exames complementares, todos de maneira genérica, não especificando a doença. Destina-se também a atestar a aptidão para práticas desportivas, para utilização de ambientes coletivos, bem como a aptidão ao trabalho. No caso específico do ASO, a aptidão ao trabalho, correlacionada à função laborativa. Eventualmente, alguns locais exigem a informação médica de serviço médico próprio, a qual segue codificada (CID), sempre com a ausência tácita do paciente trabalhador, para atestados eventuais.

No caso do ASO, o médico coordenador está submetido à norma 7.4.4.3 da NR 7. Esta norma orienta e regulamenta como apor os dados de identificação do trabalhador, a citação dos exames complementares realizados, os dados do médico coordenador e de outros médicos que participaram da avaliação, a definição da aptidão ou não ao trabalho relativa à função que irá desempenhar. Orienta, ainda, que

podem ser anotados os riscos inerentes à função (ruído, chumbo, calor, etc.).

Ressalta-se que o legislador, através da NR 7, não esquece de citar a importância e dever com o sigilo, ao prever na NOTA apontada no item 7.4.5.2:

“A guarda dos prontuários médicos é de responsabilidade do coordenador. Por se tratar de documento que tem informações confidenciais da saúde das pessoas, o seu arquivamento deve ser feito de modo a garantir o sigilo dos mesmos.”

Respondendo objetivamente às questões formuladas:

- a) O ASO não pode conter informações sobre hábitos pessoais ou doenças crônicas. Estas estarão devidamente guardadas sob sigilo no prontuário em poder do médico coordenador, na empresa, em seu consultório, até mesmo, informatizadas, caso se tenha certeza do sigilo previsto na NR 7.
- b) Informações sobre malformações ou defeitos físicos igualmente deverão constar somente no prontuário, mesmo que aparentes. A obrigação do médico é tão somente afirmar se o trabalhador está apto para a função laborativa que está sendo ou será exercida.
- c) As sanções pelo não acatamento a estas orientações são as previstas no Código de Processo Ético-Profissional, dependendo da Instrução de Processo e de julgamento do caso, não sendo possível tipificar esta falta especificamente com qualquer uma das penalidades prevista.
- d) A ficha clínica (prontuário), que sempre deve estar bem preenchida, é documento vital para demandas judiciais. O médico tem fé pública, o que, no entanto, não elimina a necessidade de sua presença diante de juízes quando intimado, estando também sujeito a perícias contestadoras, encomendadas pelas partes, trabalhador e empregador. Isto é um direito legal que depende da vontade dos envolvidos. Todavia, nada disto poderá macular o brilho de um prontuário metuculoso e bem preenchido.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília-DF, 18 de dezembro de 1998

Lúcio Mario da Cruz Bulhões
Conselheiro Relator

Processo-Consulta CFM nº 4390/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 09/04/99

Palavras-Chave: atestado de saúde ocupacional, conteúdo de atestado, saúde ocupacional.
Key Words: occupational health certificates, certificate content.

REGULAMENTAÇÃO DOS BANCOS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTA

Parecer CFM

EMENTA

Propõe resolução para regulamentação dos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placenta.

Em 2/7/98, o CFM recebeu em audiência o dr. Luis Fernando Bouzas, coordenador do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placenta do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que veio em busca de subsídios para a regulamentação dessas atividades, em seus aspectos éticos. Foi criado um Grupo de Trabalho, cabendo-nos hoje apresentar as conclusões resultantes.

INTRODUÇÃO

A toxicidade à medula óssea é uma séria limitação ao tratamento do câncer em geral. O transplante de medula óssea (TMO) permite a administração de doses elevadas e potencialmente curativas de drogas quimioterápicas associadas ou não à radioterapia. Sob estas circunstâncias, a terapêutica estaria limitada principalmente pela toxicidade não-hematopóética.

Há cerca de cinquenta anos, pesquisadores demonstraram a capacidade de a medula óssea proteger animais previamente irradiados com doses letais, através da reconstituição do sistema hematopóético.

A prática clínica do TMO, após inúmeros insucessos, só se tornou possível no final da década de sessenta, com a melhoria dos conhecimentos na área de imunologia e histocompatibilidade (HLA).

Nessa época, um pequeno número de crianças portadoras de imunodeficiência grave e com leucemia avançada recebeu infusões de medula óssea de doadores familiares HLA idênticos.

Inicialmente, o TMO foi usado como derradeira e desesperada medida em pacientes que não respondiam ao tratamento convencional existente, porém os avanços nos cuidados de suporte, aliados à compreensão ampla das indicações do procedimento, bem como limitações e complicações, tornaram este procedimento uma forma bem sucedida de terapêutica para uma crescente gama de enfermidades. Dentre as principais limitações podemos destacar a escolha do doador, que, preferencialmente, além de estar saudável, deve ser compatível com o receptor.

São doadores de medula óssea:

- singênico (irmão gêmeo)
- alogênico
 - relacionado (irmão ou familiar)
 - não-relacionado (não familiar, ex: banco de medula óssea)
- autólogo (medula óssea originária do próprio paciente com ou sem tratamento *in vitro*)

Estas fontes ideais de medula óssea com membros de uma família geneti-

camente idênticos (gêmeos) são raras e a maior parte dos transplantes alogênicos realizados utilizaram irmãos HLA – A,B,DR e D idênticos. As possibilidades de um indivíduo obter um irmão compatível situam-se em torno de 30%, para outros membros da família é inferior a 5%.

As complicações relacionadas ao TMO aumentam na proporção da disparidade de compatibilidade, incluindo risco de rejeição, desenvolvimento do enxerto tardio ou incompleto e doença do enxerto-contra-hospedeiro (DECH).

A criação de registros internacionais de doadores não-aparentados (fenotipicamente HLA-idênticos) permitiu a expansão do número de pacientes que se beneficiam com o procedimento. No entanto, as limitações ainda são grandes, já que estes registros – com cerca de 3.000.000 de doadores voluntários – têm em sua maioria uma grande representação de caucasianos, não atendendo, assim, às minorias raciais como orientais, negros e indígenas.

No Brasil, devemos ressaltar a experiência pioneira desenvolvida pelo grupo da Universidade Federal do Paraná, que em 1979, sob o comando do dr. Ricardo Pasquini, realizou o primeiro TMO.

Mas somente a partir de 1982, com a adequação da unidade do Paraná e o início das atividades do Centro Nacional de Medula Óssea (CEMO)/INCA no Rio de Janeiro, sob a orientação da dra. Mary Flowers, houve significativo desenvolvimento deste procedimento no país, culminando com os cerca de 12 centros atualmente existentes.

JUSTIFICATIVA

Apesar da crescente atividade, resultando nos últimos 18 anos em cerca de 3.000 TMOs, estes números encontram-se bem abaixo das reais necessidades. Alguns países – como a França, Israel e Estados Unidos – mantêm uma média de 6,5 a 10 transplantes alogênicos por milhão de habitantes/ano, contra menos de 2,5 no Brasil. Cabe observar que, em nosso país os principais centros de referência oferecem o tratamento totalmente custeado pelo Estado, com todas as dificuldades de um país em desenvolvimento. Apesar do aumento do número de leitos disponíveis e a duplicação da média anual de TMOs alogênicos, estamos longe de atender a todos os pacientes que desse recurso necessitam. O tempo médio de espera nos principais centros – como Rio de Janeiro, Curitiba e São Paulo – está em torno de um ano, com cerca de 150 pacientes em constante aguarda em listas permanentes.

Por outro lado, aqueles que não possuem um doador compatível sofrem com as limitações terapêuticas e de recursos para obtê-lo.

Nestas instituições, o custo de um TMO alogênico (tabela SUS) varia de 40.000 a 50.000, reais o que é incomparavelmente menor que em centros de outros países. Frequentemente, defrontamo-nos com mobilizações populares em torno de um caso específico, gerando muitas vezes recursos mal aplicados e mal direcionados.

A pesquisa de doadores e obtenção da medula óssea não-aparentada nos registros recém-constituídos no Brasil, pelo pequeno número de indivíduos cadastrados, não constitui ainda uma possibilidade real, restando a opção de utilizar os registros internacionais. Esta opção, porém, determina um custo por unidade de cerca de 35.000 reais (sem incluir o valor referente ao TMO propriamente dito). Em se tratando de procedimento que em geral envolve maiores complicações e complexidade quanto às possíveis disparidades imunológicas (DECH, rejeição, etc) existentes, concluímos que teríamos que buscar outras soluções para a aplicação adequada de recursos em nosso meio.

Na última década, vários estudos demonstraram o potencial das células obtidas

do sangue do cordão umbilical e placentário (SCUP) – que contendo número suficiente de células progenitoras pode ser utilizado como fonte para a reconstituição hematopoética. Além disso, estas células são menos imunorreativas que as da medula óssea, permitindo a sua utilização num projeto de banco ou registro de SCUP, proporcionando transplantes não-aparentados idênticos ou parcialmente idênticos com menos complicações.

Nos últimos sete anos, o SCUP de irmão recém-nascido foi utilizado como fonte de células progenitoras em mais de 100 transplantes. Em cerca de 44 destes, que foram reportados ao Registro Internacional de Transplante de Sangue de Cordão, houve bom desenvolvimento do enxerto e uma incidência de DECH menor do que a esperada com medula óssea. Contudo, esta fonte de células somente estava disponível para pacientes jovens, com pais capazes de ter filhos, e outros pacientes somente poderiam ser beneficiados com SCUP não-aparentado. Para o uso de SCUP necessitamos, portanto, o estabelecimento de um amplo painel de doadores ou Banco de SCUP. A principal razão para este Banco é a fraca alorreatividade destas células, a qual possibilita o enxerto entre tecidos com diferenças (compatibilidade), o que não seria possível com a medula óssea.

A reduzida incidência de DECH poderia causar conseqüências indesejáveis, como redução do efeito enxerto-contraleucemia, levando a um aumento das recaídas pós-TMO e rejeição do enxerto. A experiência acumulada não sugere que estes efeitos negativos realmente ocorram e vem se constituindo importante campo para pesquisa na área de doença residual mínima e imunomodulação pós-TMO.

Outras considerações dizem respeito ao número de células progenitoras obtidas, doenças infecciosas, doenças genéticas ainda não manifestadas e possível presença de linfócitos maternos no sangue coletado.

A proporção de células progenitoras no SCUP pode ser maior que nas coletas de medula óssea. Quanto às doenças infecciosas, devemos considerar com muita cautela, processando as amostras com testes de rastreamento para as principais afecções prevalentes no âmbito materno-fetal. Da mesma forma, a principal maneira de se reduzir a possibilidade de transmissão de doenças genéticas é – além dos testes disponíveis – a obtenção de questionários bem delineados e aplicados a fim de identificá-las na história familiar.

Quanto aos aspectos éticos, trata-se de material de fácil obtenção e descartável. São necessários termos de consentimento materno para sua obtenção e armazenamento, bem como para a utilização no Banco de SCUP. No sentido de preservar possíveis solicitações futuras, todas as informações são confidenciais e a identificação nos questionários e prontuários maternos são substituídos por códigos logo que a unidade seja liberada para uso do registro.

Em 1992, foi estabelecido no New York Blood Center o primeiro Programa de SCUP da América, com o intuito de explorar a possibilidade de estas células serem utilizadas para Banco de doadores não-aparentados. Cabe ressaltar que estes pesquisadores já estavam se organizando desde 1990, mas somente em fevereiro de 1993 iniciaram a coleta de unidades para uso clínico, com coletas realizadas em uma única maternidade, cinco dias por semana. Para estabelecer técnicas de coleta detalhadas, todas as unidades foram caracterizadas quanto ao número de células formadoras de colônias e contagem de células. Em junho de 1993, com cerca de 300 unidades coletadas, foram recebidas as primeiras solicitações de busca de doadores, sendo encontrados dois. Os transplantes foram realizados em agosto e setembro do mesmo ano. Atualmente, o Programa já se encontra bem desenvolvido, coletando cerca de 70 unidades de SCUP por semana e tendo mais de 6.500 unidades armazenadas e registradas.

Desde o primeiro transplante de SCUP bem sucedido em um paciente com anemia de Fanconi, em 1988, os conhecimentos na área evoluíram e Bancos se desenvolveram em todo o mundo. O EUROCORD foi organizado para standardizar métodos de coleta, testes, criopreservação de SCUP de doadores aparentados ou não-aparentados, para estudar as propriedades destas células e criar um registro próprio para estes transplantes na Europa. Até 1996, cerca de 45 centros faziam parte deste registro, com 143 transplantes já realizados.

A criação de um Banco Brasileiro de Células de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, além de todos os benefícios já citados, certamente contribuiria para aumentar o número de pacientes beneficiados com TMO; bem como reduzir o tempo de espera por um transplante, reduzir o custo deste procedimento e proporcionar o desenvolvimento de uma área importante de pesquisa no país.

Com estes esclarecimentos, pensamos que os dados de caráter eminentemente técnicos, tais como indicações do transplante de MO ou SCUP, gratuidade do procedimento e equidade na sua realização, bem como as características dos centros de obtenção, de transplante e dos Bancos de SCUP, a importação e exportação de MO e SCUP, as normas de inclusão e exclusão no programa, a coleta, a testagem, o processamento, armazenamento e transporte, o controle de qualidade, o seguimento pós-parto do RN e mãe deverão ser alvo de regulamentação concomitante pelo Ministério da Saúde, através do Sistema Nacional de Transplantes, cabendo-nos prioritariamente, através de resolução, regulamentar o procedimento o que diz respeito à confidencialidade, à voluntariedade e ao consentimento livre e esclarecido dos doadores e à sua finalidade.

Quanto a confidencialidade, as informações relativas a identidade dos doadores e receptores deverão ser tratadas com absoluto sigilo, excetuando-se os casos em que haja relação genética entre eles.

Em relação a obtenção do produto, deverá haver respeito à autonomia da doadora, obtendo-se prévia autorização mediante esclarecimento detalhado do procedimento, em linguagem adequada, formalizando-se em termo de consentimento – o qual deverá explicitar se é uma doação autóloga, para familiar ou para não-aparentados.

Quanto à finalidade do procedimento, será sempre de natureza terapêutica, sem prejuízo de investigações que possam ser feitas adicionalmente. A detecção de doenças através dos testes nas amostras obtidas ensejará comunicação aos interessados e a adoção das medidas terapêuticas necessárias. As amostras não poderão ser utilizadas para investigação de paternidade.

Brasília, 2 de fevereiro de 1999.

Nei Moreira da Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 8669/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária em 9/4/99

Palavras-Chave: banco de sangue de cordão umbilical, banco de sangue de placenta, transplante de medúla óssea, doador de sangue, ética em transplante.

Key Words: umbilical cord blood banks, umbilical cord, placenta blood banks, blood donors.

BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.544/99

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 regido pela Lei nº 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO a importância médica da utilização de sangue de cordão umbilical e placenta como recurso terapêutico em diversas situações;

CONSIDERANDO a relevância social que tais procedimentos adquirem em nosso país, bem como seus elevados custos;

CONSIDERANDO o constante no Parecer CFM nº 10/99 e o decidido na Sessão Plenária de 9.4.1999,

RESOLVE:

Art. 1º - A obtenção de amostras de sangue de cordão umbilical e placenta será de natureza gratuita e voluntária, mediante esclarecimento da finalidade, da técnica e demais itens dispostos nesta Resolução, sendo vedada a comercialização com fins lucrativos.

PARÁGRAFO ÚNICO - Fica aprovado o termo de consentimento esclarecido, anexo, a ser aplicado por equipe multidisciplinar coordenada por médico.

Art. 2º - As amostras de sangue de cordão umbilical e placenta obtidas serão utilizadas apenas com finalidade terapêutica ou de pesquisa, sendo vedada a sua utilização para outros fins, inclusive determinação de paternidade.

Art. 3º - As informações a respeito dos doadores e receptores de sangue de cordão umbilical e placenta serão de natureza confidencial, exceto quando geneticamente relacionados.

Art. 4º - Quando da doação, deverão ser registrada a utilização da amostra, a qual será classificada como *autóloga* (para utilização apenas pelo próprio recém-nato já doente), *para familiar* (para utilização por um familiar geneticamente relacionado já doente) ou *para não-relacionadas* (para qualquer pessoa que possa vir a precisar de um transplante).

PARÁGRAFO ÚNICO - Não serão aceitas doações *não-relacionadas* dirigidas especificamente a uma pessoa.

Art. 5º - A instituição coletora da amostra deverá assegurar, de forma direta ou indireta, o acompanhamento pós-parto para mãe e filho por pelo menos 3 meses após o nascimento, com a finalidade de detectar possíveis alterações clínicas ou laboratoriais pós-parto.

PARÁGRAFO ÚNICO - Quando a testagem da amostra de sangue de cordão umbilical e placenta apontar a existência de doenças, tal fato deverá ser comunicado ao responsável pela doação e adotadas as medidas necessárias para a terapêutica adequada, sendo tais amostras descartadas.

compreendi todas as informações dadas, estou satisfeita com as informações recebidas, pude formular todas as perguntas convenientes e me foram esclarecidas todas as dúvidas.

Em conseqüência do meu consentimento para a doação do sangue do cordão umbilical.

Assinatura do médico:

Assinatura da doadora
(mãe):

Testemunhas:

- 1) _____
- 2) _____

Palavras-Chave: transplante de medula ossea, banco de sangue, sangue de placenta, sangue de cordão umbilical, consentimento para transplante.

Key Words: bone marrow transplantation, blood banks, umbilical blood, placenta blood, transplantat informed consent.

JUIZ AUTORIZA EUTANÁSIA E PROMOVE A EXECUÇÃO

Washington (AE-Ansa) – Um juiz da Flórida decidiu que Georgette Smith, paralisada pelo resto da vida, poderia morrer, sendo retirados os aparatos que permitem a ela respirar. Mas impôs uma condição: antes, deverá testemunhar contra sua mãe, que poderá ser condenada à morte. O caso de Georgette Smith não tem antecedentes. A mulher está paralisada desde março, quando sua mãe de 70 anos rompeu sua coluna vertebral ao disparar um projétil por temer que a filha quisesse lhe internar em um hospício. A mãe foi acusada por tentativa de homicídio, mas se a filha morrer, correrá o risco de ser executada.

Georgette, de 42 anos, pediu para morrer. Ela pode mover apenas os olhos, o nariz e a língua. Não pode respirar, mas é capaz de falar, apesar de isto lhe dar muito trabalho. Ela só deseja uma coisa na vida: "Não me deixem assim", disse ela ao juiz Richard Conrad. "Deixem-me morrer e doem meus órgãos."

Transcrito Gazeta do Povo Abril/99

COMPETÊNCIA DOS PERITOS MÉDICOS-LEGISTAS

Parecer CFM

EMENTA

Somente o Poder Judiciário (magistratura) e os Conselhos Regionais de Medicina têm competência para, firmando o convencimento, julgar – aquele a existência da culpa, estes o delito ético que envolve também a ação ou omissão culposas. Sendo assim, “exorbita competência” o médico legista emitir parecer, ainda que por indícios, da existência ou não, de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por médico, pois isto é um julgamento, missão privativa de juiz ou dos Conselhos Regionais de Medicina.

PARECER

O consultante dirigiu à Presidência deste Conselho Federal de Medicina a seguinte questão:

“Há pedidos que chegam ao IML-DF, de autoridades policiais, ministério público e judiciário, solicitando aos médicos legistas que digam afirmativamente ou não se houve negligência, imperícia ou imprudência em atos praticados por médicos, em serviço público ou privado. Pergunto: É de competência dos peritos médico-legistas se pronunciarem afirmativamente ou não sobre negligência, imperícia e imprudência praticados por médicos no exercício da profissão? Em caso negativo, a quem cabe?”

A resposta é **NÃO**, pelas razões adiante explicitadas.

Os diversos pareceres e resoluções deste Conselho a respeito de perícias e peritos não abordam o aspecto central, que, reiteradas vezes, tenho manifestado em artigos, julgamentos e livros, ou seja:

o médico legista não tem a competência legal, e por vezes nem a técnica, para julgar o ato médico.

Sou obrigado a dar exemplos corriqueiros para que seja, completamente, vista e entendida a profundidade do absurdo proposto:

houve um acidente de trânsito com vítimas (atropelamento). O perito faz o levantamento do local e constata: marca de frenagem indicativa de que a velocidade do veículo era de 60 km horários; registra que naquele local a velocidade permitida, com placa indicativa é, por ser área escolar, de 40 km horários; a vítima recebeu o impacto do veículo no pára-lama direito, que ficou amassado e com o farol quebrado (inclusive registro fotográfico). Terminou seu trabalho. Entretanto não pode e não deve dizer que houve culpa do motorista, se este foi negligente ou imprudente. Isto será tarefa do juiz, que, avaliando o laudo e mais os documentos e depoimentos juntados aos autos, irá firmar sua convicção e sentenciar. Pode acontecer que o horário do acidente não fosse

o de saída ou entrada de alunos na escola; depoimentos insuspeitos afirmam que o veículo trafegava com as luzes de alerta piscando, tocando a buzina com insistência; o motorista levava uma gestante em trabalho de parto para a maternidade; a vítima praticamente jogou-se na frente do veículo como quem deseja o suicídio, e o juiz absolve o motorista. Seria admissível a autoridade policial solicitar previamente ao perito criminal que diga afirmativamente ou não se houve negligência, imperícia ou imprudência no proceder do motorista? Seria lícito que a autoridade policial, tomando conhecimento de tudo que ficou apurado, deixasse de instaurar o inquérito policial? Já tive a oportunidade de ver laudos periciais feitos por médicos legistas fundamentarem sentenças injustas. Mais um exemplo:

Médico atende paciente às 8:00 da manhã, com queixas vagas, mal-estar, um pouco de febre, discreta cefaléia, coriza. O médico faz o diagnóstico de resfriado comum e prescreve antitérmico e repouso. Às 20:00 horas, portanto 12 horas após, o paciente é internado com púrpura disseminada, comatoso, crises convulsivas e morre. Necropsiado, o diagnóstico é meningite meningocócica. A autoridade pergunta ao médico legista se houve erro de diagnóstico e ele responde afirmativamente. Pergunta se foi negligente e o perito, acostumado com outra rotina, a de morte violenta, e pelo despreparo que alguns têm, responde também afirmativamente e o médico pode acabar condenado. No entanto, se esse médico examinou o paciente, pesquisou reflexos e nada encontrou que indicasse a temível doença, ele é inocente, pois sabemos que a evolução dessa doença pode ser fulminante. No início, nada é encontrado e poucas horas após ela explode exuberante. O médico seria negligente, isto sim, se sem sequer tomar o pulso do paciente ou efetuar qualquer outro exame físico optasse por aquele diagnóstico de resfriado comum.

Não raro autoridades despreparadas transferem a peritos a responsabilidade de julgar, com "perguntas secas", como a mencionada pelo consulente. O que podem e devem fazer é solicitar pareceres fundamentados, com quesitos que permitam a exposição das diversas alternativas referentes ao ato médico.

A possível hipótese de querer "economizar" tempo, evitando um trabalho que acabe em nada, com a absolvição, é absurda. Os processos existem justamente para, coletando todos os informes possíveis, permitir ao magistrado firmar sua convicção e sentenciar condenado ou absolvendo. A fase que consideramos preliminar, a do inquérito policial, vai indicar se existem indícios do delito, mas de forma alguma poderá ser fundamentada num parecer perfunctório do médico legista, mas sim num laudo médico-legal de perícia regularmente requisitada e executada.

Nos Conselhos Regionais de Medicina temos esse procedimento prévio em que, mediante sindicância e parecer de um conselheiro, é analisado se existem indícios de falta ética. Em havendo, será aberto o competente processo ético-profissional, o que mesmo assim, pode resultar em absolvição. Esse exame prévio não pode e não deve ser o fundamento de uma condenação.

Num parecer elaborado por quem detenha conhecimento, **na qualidade de perito**, seja médico legista ou não, conselheiro ou não, mas elevado a esta alçada por nomeação da autoridade judiciária, esse perito dirá se o médico foi ética e cientificamente correto ou não em seu proceder, abstendo-se de julgar a culpa, o que será da alçada do magistrado nos processos cíveis ou penais.

Se o médico estiver atuando como conselheiro relator ou revisor de um processo ético, aí sim, dirá se houve culpa ou não. A Lei nº 3.268 determina em seu art. 2º:

“O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.”

Eventualmente, qualquer médico não estando numa das situações expostas, perito oficial ou nomeado, ou como conselheiro relator ou revisor de processo ético, e somente fora dessas condições, poderá emitir a convicção que tiver, pois é livre o pensamento e sua expressão, porém o documento será apenas peça informativa, sem a qualidade de laudo pericial. Diga-se, de passagem, que o juiz não está obrigando a cingir-se nem mesmo ao laudo oficial para firmar sua convicção, podendo recusá-lo parcial ou totalmente, fundamentando sua decisão.

Quanto à Segunda pergunta do consulente, **“Em caso negativo, a quem cabe?”**, pelo exposto não cabe a ninguém. Não pode haver outro procedimento que não o dito neste parecer. A única hipótese, não obrigatória, visto serem instâncias independentes, é a que já tem ocorrido: a autoridade judiciária sobrestar o processo e aguardar o julgamento do Conselho Regional de Medicina, que, melhor do que ninguém, está apto legal, ética e cientificamente para julgar o ato médico. Reitero aqui, para os conselheiros federais e regionais de medicina, a importância que deve ser dada à instrução e julgamento dos processos ético-disciplinares. Discordando de alguns, entendo que é função importante dos Conselhos a prevenção dos ilícitos éticos mediante palestras, publicações, simpósios, etc., **mas considero primordial e fundamental a função judicante**. Enquanto aquela atinge muitos evitando que incorram em ilícitos éticos, esta pode atingir um só, mas é preciso lembrar que o destino desse “um só” pode estar selado injustamente se descuarmos desse deve-poder dos Conselhos. É quanto melhor e mais ágil atuarmos maior será nossa credibilidade e respeito na missão de proteger a sociedade contra os maus médicos, pois para isto que foram criados os Conselhos de Medicina.

Este é o parecer de vista.

Brasília, 22 de abril de 1999

Léo Meyer Coutinho
Relator de vista

Processo-consulta CFM nº 7.401/A98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/6/99

Palavras-Chave: perito médico-legista, parecer médico-legista, ato médico, limites do médico-legista.

Key Words: medical examiners limits, medical examiners expert, medical examiners opinion.

AUDITORIA MÉDIA

Parecer CFM

EMENTA

Não é atribuição dos médicos auditores autorizar exames complementares e procedimentos solicitados pelos médicos assistentes, por ferir-lhes a autonomia e cercear-lhes o exercício profissional. Tal ação configura-se como infração aos artigos 81 e 121 do CEM. As Sociedades de Especialidades da AMB devem elaborar os protocolos das diversas condutas que nortearão as ações de todos os médicos assistentes.

PARTE EXPOSITIVA

Este parecer é, na verdade, uma tentativa de compilação de vários outros anteriores, acima citados, tal a complexidade da questão.

O Conselho Federal de Medicina é sempre demandado a opinar na relação do médico auditor com o assistente, e deste com o paciente.

O presente parecer será seguramente longo, mas tentaremos fazer um apanhado de todas as situações, embasamentos técnicos, legais e éticos, que permeiam o exercício desta indispensável atividade; cremos mesmo, que o CFM deve editar resolução que discipline, da forma mais abrangente possível, estas ações.

As consultas feitas ao CFM são sempre semelhantes e as questões mais comumente levantadas são:

1. Pode, o auditor, recusar a autorização para algum procedimento?
2. Pode, o auditor, mudar ou solicitar procedimentos?
3. Pode, o auditor, examinar pacientes no exercício de sua função?
4. Quais são as funções do médico auditor?

Acredito que as respostas a essas questões gerais contemplarão os consulentes e colocarão uma pá de cal em todas as dúvidas inerentes a esta atividade.

PARECER

A premissa básica da qual decorrerá toda a análise é a própria definição do que é auditoria médica, também entendida como assistencial.

Segundo Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, no *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, significa:

"auditoria. S.f **1.** Cargo de auditor. **2.** Lugar ou repartição onde o auditor exerce suas funções. **3.** Exame analítico ou pericial que segue o desenvolvimento das ações contábeis, desde o início até o balanço; *auditagem.*"

"auditor (do lat. *Auditore*). S. m. **1.** Aquele que ouve; ouvidor. **2.** Magistrado com exercício na Justiça militar e que desfruta de prerrogativas honorárias de oficial do exército. **3.** Em alguns países magistrado do contencioso administrativo, ou com funções consultivas junto a determinadas repartições. **4.** Bras. Perito-contador encarregado da auditoria(...)"

No Dicionário Latino-Português, 7ª edição, de José Cretella Júnior e Geraldo de Ulhoa Cintra, encontramos:

"Auditor, õris. M. Cic. Ouvinte, o que ouve. Cic. discípulo"

Em 1996, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria (CAUDI), editou o *Manual de Normas de Auditoria*, válidas para todo o país, que definia as finalidades da auditoria. Por ser conceitual, destacamos:

"(...)

2. Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência de saúde."

O Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON/UFMG), em seu Curso de Atualização em Controle, Avaliação e Auditoria em Serviços de Saúde, ensina-nos, conceitualmente, o que é auditoria, de onde extraímos:

"... A auditoria tem conceito mais abrangente, incluindo aspectos de avaliação técnica, de apuração de resultados (grifo nosso)(...)"

"A própria Constituição da República deu tratamento mais amplo à questão da fiscalização contábil, financeira e orçamentária quando, em seu artigo 74, I e II, atribuiu aos sistemas de controle interno dos Poderes da República, incumbência de avaliar:

a) *O cumprimento de metas previstas(...)*

b) *Os resultados (grifo nosso) quanto à eficácia e eficiência(...)"*

"Vê-se, pois, que ao Sistema Nacional de Auditoria incumbe não apenas a verificação da regularidade das contas mas também a avaliação de resultados."

"2. Como podemos definir a avaliação no âmbito do SUS? Podemos definir a avaliação como o ato pelo qual o servidor analisa a veracidade das informações em saúde prestadas pelo gestores do SUS e pelas pessoas físicas e jurídicas que

participam do sistema de forma complementar e a qualidade, o desempenho e o grau de resolubilidade das ações e dos serviços executados no âmbito do SUS. (grifo nosso)."

O Decreto Presidencial nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde, define, no artigo 2º, como atividades do SNA:

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

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

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

Assim, por todos esses conceitos emitidos, quer do ponto de vista semântico quer legal, permitimo-nos apresentar uma definição de auditoria médica ou assistencial como sendo:

O CONJUNTO DE ATIVIDADES E AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO, DE CONTROLE E DE AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS E PROCEDIMENTOS ADOTADOS, ASSIM COMO O ATENDIMENTO PRESTADO, OBJETIVANDO SUA MELHOR ADEQUAÇÃO E QUALIDADE, DETECTANDO E SANEANDO-LHES EVENTUAIS DISTORÇÕES E PROPONDO MEDIDAS PARA SEU MELHOR DESEMPENHO E RESOLUBILIDADE.

Para o cumprimento deste mister, existem várias modalidades de auditorias assistenciais, a saber:

- a) Auditoria operativa
- b) Auditoria analítica
- c) Auditoria de sistemas
- d) Auditoria de rotina
- e) Auditoria especial (por provocações de terceiros)

Existe uma sutil diferença entre todos esses conceitos emitidos e o efetivamente praticado, principalmente por planos de saúde. É a diferença temporal. Em que momento atua o auditor?

Por tudo já considerado, parece-me cristalino que a atuação desse profissional só ocorre após o fato.

Entretanto, seria vulgarizar a importância de tão relevante trabalho a transformação do auditor em mero autorizador (ou desautorizador) de procedimentos e exames. Esta questão poderia ser resolvida, e em última análise o é, pelos regulamentos e regimentos ou, ainda, no âmbito do SUS, pelos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares. Não há necessidade de auditores para fazê-lo. Os próprios padrões e parâmetros destes sistemas regulam esta questão (Decreto 1.651, art.2º, I)

Usar de auditores para a função de autorizar ou não exames e procedimentos é, enfim, expô-los a riscos desnecessários que deveriam ser assumidos pelos próprios sistemas através de sua regulação, pois uma vez denegado um determinado procedimento e desta negativa advir prejuízos, responderá o auditor, e somente ele, por aquele ato.

Certamente, todos os senhores conselheiros perceberam como esta premissa básica, assim tomada, muda a lógica deste parecer.

O CFM e a Auditoria Médica

O artigo 81 e o capítulo XI do CEM trata, especificamente, da auditoria médica, mais especialmente em seus artigos 118 e 121:

“É vedado ao médico:

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

Art. 118 – Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições ou competências.

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

Muitos artigos do Código de Ética guardam relação com esta questão, mormente com o artigo 121 e, entre eles, “en passant”, poderíamos aventar a questão da livre decisão do médico acerca da escolha dos melhores meios de diagnóstico e tratamento (art. 16), da imposição de restrições (art. 8º), da independência profissional (art. 18) e tantos outros.

A Resolução CFM nº 1.466/96, de 13 de setembro de 1996, trata desta questão estabelecendo o perfil e postura do médico auditor, seu acesso ao prontuário médico, responsabilidades dos diretores técnico e clínico perante o auditor, e estendendo, ainda, seu âmbito a todos os serviços, não só àqueles que prestam atendimento ao SUS.

O CFM já pronunciou-se, também, através de diversos pareceres:

Parecer nº 21/94 – 12/8/94 – Nei Moreira da Silva

“Encaminhamento de prontuários médicos para auditoria do SUS”

Parecer nº 01/96 – 12/4/96 – Edson de Oliveira Andrade

“A liberalidade do exercício profissional da medicina contempla, entre outras prerrogativas, o direito da escolha da melhor terapêutica a ser empregada no paciente, obedecendo a boa prática médica vigente e a vontade do paciente. Qualquer interferência neste mister, fora do previsto no artigo 81 do Código de Ética Médica, mesmo quando feita por médico auditor, caracteriza falta ética.”

Parecer nº 18/96 – 10/9/96 – Paulo Eduardo Behrens

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

Parecer nº 20/96 – 10/4/96 – José Ricardo de Holanda Cavalcanti

“O direito do paciente aos meios diagnósticos e a autonomia profissional do médico não podem ser prejudicados, sob qualquer pretexto, por serviços médicos, independente de sua natureza.”

Parecer nº 17/97 – 07/5/97 – Paulo Eduardo Behrens

“O controle e a avaliação realizados pelo Estado através de instituições de críticas nos sistemas de informações não restringem o trabalho médico ou comprometem sua eficácia. A interferência direta do auditor nas atividades médicas, de forma açodada, que configure modificações de conduta adotada, constitui infração ao artigo 121 do CEM.”

O ilustre conselheiro Luiz Carlos Sobania, um dos pareceristas originais, fazendo análises acerca da ética em auditoria médica traz a seguinte consideração, que pedimos licença para transcrever:

"A auditoria médica, no sentido de corrigir falhas ou preencher lacunas, deve ter como único objetivo a elevação dos padrões técnicos, administrativo e ético dos profissionais da área, bem como a melhoria das condições hospitalares visando em conjunto um melhor atendimento da população.

Assim considerada, é ela uma necessidade reconhecida por todos. Deve ficar claro que não se trata de técnica utilizada para policiamento das atividades dos profissionais de saúde. Ao contrário, justifica-se como um estímulo à melhoria do padrão de atendimento e um sinal de respeito a nosso semelhante.

A realidade atual e conclusões

Sábias palavras do nobre conselheiro. Porém não seguidas na prática dos planos de saúde.

À guisa da nomenclatura da auditoria paralela, estes mesmos planos e até o SUS reduzem tais nobres funções, atribuindo, quase unicamente aos auditores, a função de recusar ou aprovar solicitações dos médicos assistentes dos pacientes, num claro prejuízo a estes, desrespeitando-os e lesando a livre decisão do médico para a formulação do diagnóstico e para a instituição da terapia que entende melhor convir àquele a quem assiste.

O CFM, pelo que vimos através do Código de Ética Médica, resoluções e pareceres, tem que preservar, sobretudo, a autonomia profissional; e quem ganha, em última análise, é o paciente, beneficiário maior desta conceituação.

Este Plenário não pode, portanto, tolerar qualquer forma de intervenção, seja de quem for, que venha a restringir limitar o trabalho assistencial do médico, sob pena de ter que rasgar o CEM, por lesão aos princípios fundamentais que o norteiam.

Mas, por outro lado, este Plenário não pode fechar os olhos às distorções, às fraudes, às desobediências de regras básicas perpetradas por muitos profissionais e instituições que prestam assistência à saúde.

Elas existem, estão aí e devem se contidas.

A auditoria médica exerce, então, um fundamental e indispensável papel na sua detecção.

A auditoria operativa, ao levantar dados assistenciais, detecta situações que fogem da normalidade como, por exemplo, elevado número de solicitações de exames de alto custo, valores de internações superiores aos parâmetros esperados, ocorrência de internações de procedimentos passíveis de solução ambulatorial, esquemas terapêuticos incompatíveis com o diagnóstico firmado, e várias outras situações.

Todos os tempos dos procedimentos são analisados, desde a autorização para sua realização até seu desfecho, e este levantamento de dados constitui-se num relatório

preliminar, de alarme, que passará, depois, pelo crivo da auditoria analítica que verificará se houve algum fato extraordinário que pudesse justificar tais ocorrências.

Basear-se-á, ainda, no princípio constitucional do contraditório, ouvindo as alegações do autor do fato, e só então decidirá pela fraude ou não.

Caso constatada alguma irregularidade, adotará as medidas administrativas, éticas, policiais e penais cabíveis.

Encontramos, neste momento, mais um argumento que impede à auditoria a autorização para a realização de determinado procedimento. Nesta seqüência de passos, como ela vai auditar uma atitude que ela mesmo autorizou? Ninguém é auditor de si mesmo, por óbvias razões de natureza ética ou moral.

Somente assim, entendemos, poderá funcionar uma auditoria médica, seja no âmbito do SUS ou na rede assistencial privada, interessado, aí, todos os convênios.

Quando citamos o Decreto Presidencial que regulamentou o SNA, transcrevemos parte do art. 2º, inciso I, que reiteramos:

“I – controle da execução para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos(...).”

Então, entendemos que deve haver o estabelecimento de padrões que podem ser lidos como parâmetros assistenciais ou, melhor ainda, protocolos de atendimentos.

O estabelecimento destes protocolos é prática comum na Medicina e usualmente utilizados em UTIs, maternidades, como política de utilização de antibióticos em hospitais – e em várias outras situações, até mesmo em programas de saúde pública.

A existência do protocolo não significa, absolutamente, restrição à liberdade médica. Sempre que surgirem situações inusitadas nas quais o protocolo é rompido, isto deve ser relatado, justificado, sob pena de não ser considerado e, portanto, remunerado.

Há várias tentativas de se elaborar protocolos, muitas vezes pelas próprias empresas prestadoras de assistência médica e, obviamente, com interesses, no mais das vezes, mercantis.

Acredito que apenas sociedades de cunho científico, pela sua isenção e precípua preocupação com o paciente assistido e com a qualidade da assistência, terão condições técnicas e ética para fazê-lo.

Assim, instigadas pelo Conselho Federal de Medicina e em ação conjunta com a Associação Médica Brasileira, as Sociedades de Especialidades desta poderão

estabelecer os diversos protocolos a serem adotados por todos os médicos brasileiros, pois caso contrário, terão que se submeter a outros, elaborados por terceiros.

Com essas considerações, acreditamos ter superado as questões 1 e 4 do início deste parecer:

1. Pode o auditor recusar a autorização para algum procedimento?

R. Não. O Conselho Federal de Medicina não entende esta atividade como função de auditoria e qualquer interferência nesta autonomia configura infração ética.

5. Quais as funções do médico auditor?

R. Já respondido quando da definição proposta para a auditoria médica.

Restam as questões 2 e 3 a serem definidas e, para tanto, reporto-me ao parecer já aprovado nesta Casa, da lavra do conselheiro Nei Moreira da Silva (Parecer 3/94, de 13/1/94):

“... Assim sendo, entendo que o médico auditor tem o direito de examinar o paciente, à beira do leito, como condição necessária ao bom desempenho de suas funções. Se assim não o fizer poderá até estar sendo negligente. Porém, ao executar tal direito, estará também comprometido com a fiel observância do que determinam a lei, o Código de Ética Médica e as Normas Técnicas do SUS, podendo ser responsabilizado penal, ética e administrativamente por deslizes que venha cometer.”

Este princípio está albergado no fato de que o médico auditor assume, em seu mister, postura pericial com a prerrogativa de utilizar-se deste meio para o melhor desempenho de seu trabalho.

Quanto à mudança de procedimento feita por auditor, é interferência ilógica, contrariando, claramente, os postulados dos artigos 81 e 121 do CEM.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 8 de janeiro de 1999

Paulo Eduardo Behrens
Conselheiro relator

Processo-Consulta CFM nºs 5.544/95 ; 5.566/96 ; 3.305/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 7/4/99

Palavras-Chave: auditoria médica, auditor, autorização de exame, funções do auditor, protocolo.
Key Words: medical audit, auditor, test permit, auditor function.

LIVRE ACESSO AO PERFIL DO PROFISSIONAL MÉDICO

Parecer CFM

EMENTA

É inaplicável, no Brasil, um sistema como Physician Profiles Project, por violar a Constituição.

Em correspondência datada de 26/12/97, protocolada neste Conselho Federal de Medicina em 5/1/98 e a mim enviada para emissão de parecer em 22/4/98, o dr. E. Christian Gauderer relata:

"Em anexo estou lhe enviando carta do Conselho Regional de Medicina do Estado de Massachusetts, que implantou o Physician Profiles Project, que consiste num perfil do profissional de saúde de livre acesso para que o cliente ou outras pessoas possam ter informações sobre a sua atividade profissional acadêmica e legal.

Este projeto tem se mostrado extremamente útil em ajudar o leigo a escolher adequadamente um profissional e também em diminuir questões legais, tornando as relações entre usuário e profissional mais transparentes.

Gostaria de sugerir um estudo deste projeto, que pode ser acessado através do endereço da correspondência em anexo." "PS.: Quero aproveitar para lembrar que a Licença Médica norte-americana é renovada a cada dois anos, o que ajuda e muito a melhorar a qualidade do profissional obrigando-o a se manter atualizado. Fizemos sugestões nesse sentido, que gostaríamos de reiterar."

Em apenso, carta em papel timbrada do Board of Registration in Medicine Commonwealth of Massachusetts, Boston, que explica ao médico o "Physician Profiles Project". Trata-se de disponibilizar para a sociedade dados a respeito do profissional médico, cabendo a este informar parte deles, a saber, tempo de licenciamento no estado, se aceita pacientes novos, atendimentos a planos e seguros de saúde, filiação a hospitais, formação médica e treinamento, especialização, condecorações e homenagens, publicações científicas, etc. Já outros dados seriam de responsabilidade do órgão, tais como penalização por má-prática (com a ressalva de que "alguns estudos provaram que não há correlação significativa entre história de má-prática e competência médica (...)", acusações criminais, punições aplicadas por entidades hospitalares ou pelo próprio "Board".

Os dados cadastrais e, principalmente, os de natureza disciplinar estão protegidos de divulgação, por obediência às normas legais vigentes, em especial ao art. 5, inciso X da Constituição Brasileira.

"X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurados o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação."

Dessa forma, concluímos pela inaplicabilidade do sistema em nosso país, à luz dos atuais preceitos constitucionais.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 8 de maio de 1998.

Nei Moreira da Silva
Conselheiro Relator

Processo-Consulta CFM nº 30/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/4/99

Palavras-Chave: cadastro do perfil médico, cadastro médico, revelar cadastro médico, perfil médico

Key Words: profile medical cadastre, profile medical.

EUA AUTORIZAM PESQUISA COM EMBRIÕES HUMANOS

Washington (AFP) – O governo americano anunciou ontem que autoriza os cientistas que recebem fundos federais para suas pesquisas a utilizar células chamadas cepas ou indiferenciadas, extraídas de embriões humanos. A decisão foi tomada após a aprovação da Comissão de Bioética, nomeada pelo presidente Bill Clinton.

A Casa Branca explicou em um comunicado que reconhece “os benefícios médicos potenciais” dos trabalhos sobre as células indiferenciadas obtidas a partir de embriões humanos. O texto informou que os Institutos Nacionais da Saúde aplicarão as medidas necessárias para garantir que as células sejam obtidas de uma forma eticamente satisfatória.

As células indiferenciadas têm a particularidade de poder substituir todas as células doentes do organismo, tanto do cérebro quanto do sangue, dos músculos, dos ossos e até mesmo de diferentes órgãos. As pesquisas sobre sua eventual utilização, autorizadas até agora com fundos privados, abrem grandes possibilidades para a elaboração de novos tratamentos.

Em 1994, a mesma comissão consultiva de bioética se pronunciou a favor do financiamento público da investigação sobre os embriões. Também se declarou favorável a criação de embriões humanos para fins científicos. O novo Congresso, dominado pelos republicanos, reagiu em 1995 votando uma lei contra este tipo de pesquisa.

Em um país no qual o direito ao aborto é um tema ainda controverso, este texto proíbe expressamente destinar fundos federais para “qualquer pesquisa na qual um ou vários embriões humanos sejam destruídos, descartados ou submetidos, como todo conhecimento de causa, a riscos de ferimento ou morte”.

PRONTUÁRIO MÉDICO – CÓPIA À AUTORIDADE POLICIAL DELEGADO EXIGE CÓPIA DO PRONTUÁRIO

Parecer CRMPR

A Diretoria da Divisão de Serviços Médicos do Hospital Cajuru, através do ofício 183-DC, solicita parecer sobre a disponibilidade de prontuários médicos a autoridades constituídas, por solicitação destas, para instrução de procedimentos instaurados.

A motivação de parecer, neste caso, decorre de um mandado de intimação dirigido ao Diretor Clínico/ Administrativo da entidade pelo Delegado de Polícia da Divisão de Investigações Criminais da Delegacia de Homicídios da Capital, outorgando um prazo de cinco dias para a apresentação de cópia da ficha clínica/boletim de atendimento de paciente que fora vítima de lesões corporais no dia 30/6/97 e que ficou em tratamento até o dia 08/7/97 quando entrou em óbito.

Adentrando-se à questão, é de se ver inicialmente que este CRM tem reiteradamente se manifestado contrário a apresentação de documentação médica à pessoas não legitimadas ou obrigadas ao compromisso.

O Parecer CRMPR 47/86, entre outros, de lavra do Consultor Jurídico Antônio Celso Cavalcanti de Albuquerque, se vale de disposição expressa do artigo 144 do Código Civil para assentar o entendimento de inviolabilidade do segredo médico.

Prescreve referido artigo que:

Artigo 144: "Ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo."

Da mesma forma, sob o matiz de violação do segredo profissional, o Código Penal, considera crime revelar alguém, sem justa causa, segredo de que se tenha ciência em razão de função ou profissão e cuja revelação possa causar dano a outrem.

Resta assim, verificar a questão da justa causa e ou dever legal autorizadores da quebra do sigilo. A matéria neste ponto, está perfeitamente delineada nos arestos abaixo indicados, não se enquadrando na exceção ou permissibilidade, s.m.j., o pedido efetuado pela autoridade policial, senão vejamos:

"CONSTRANGIMENTO ILEGAL. Médico e hospital intimados a apresentar fichas clínicas e prontuários de vítima de suicídio, sob pena de responsabilidade e desobediência – Inadmissibilidade – Ofensa ao sigilo profissional – Ausência, ademais, de justa causa para tal exigência – Mandado de Segurança concedido – Inteligência dos artigos 37 e 38 do Código de Ética Médica."

Embora a obrigatoriedade do sigilo profissional não se apresente em caráter absoluto, admitindo exceções, também esbarra em restrições o poder ou faculdade da autoridade de requisitar informes ou elementos para instruir processos criminais. Assim não se cuidando de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou de moléstia de comunicação compulsória, em que fica o profissional desonerado do aludido sigilo, é de se ter por subsistente cuidando-se de tratamentos particulares, seja no

tocante à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada. (TJSP, 4ª Câ. Criminal, Rel. Des. Geraldo Gomes, São Paulo, 13 de setembro de 1982) (in: RT 567/305);

SEGREDO PROFISSIONAL – Sigilo médico – Estabelecimento hospitalar intimado, com seus médicos e advogados, a apresentar em juízo ficha clínica de vítima de aborto consentido lá internada – Ilegalidade da determinação judicial – Recusa legítima – Concessão de mandado de segurança – Recurso extraordinário provido – Declarações de votos vencedores e vencidos – Inteligência dos arts. 153, 154 e 325 do CP, 234, do CPP, 66 da Lei das Contravenções Penais, 30 da Lei 3.268/57 e 34 e 29 do Código de Ética Médica.

A pública potestade só forçará o desvendar de fato sigiloso se tanto autorizada por específica norma de lei formal. Trata-se de atividade totalmente regrada, prefixados os motivos pelo legislador, a não comportar a avaliação discricionária da autoridade administrativa ou judiciária do que possa constituir justa causa para excepcionar o instituto jurídico da guarda do segredo profissional. Esta tutela a liberdade individual e a relação de confiança que deve existir entre profissional e cliente, para a proteção de um bem jurídico respeitável, como o é o direito à salvação adequada da vida ou da saúde. No embate com o direito de punir, o Estado prefere aqueles outros valores (Red.).

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

A revelação do segredo médico em caso de investigação de possível abortamento criminoso faz-se necessária em termos, com ressalvas de interesse do cliente. Na espécie, o Hospital pôs a ficha clínica à disposição de perito médico, que 'não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial' (art. 87 do Código de Ética Médica). Por que se exigir a requisição da ficha médica? Nas circunstâncias do caso, o nosocômio, de modo cauteloso, procurou resguardar o segredo profissional. Outrossim, a concessão do writ, anulando o ato da autoridade coatora, não impede o prosseguimento regular da apuração da responsabilidade criminal de quem se achar em culpa.

Recurso extraordinário conhecido, em face da divergência jurisprudencial, e provido. Decisão tomada por maioria de votos. (Supremo Tribunal Federal – 2ª Turma, Rel. Min. Djaci Falcão, Brasília, 10 de novembro de 1981) (in: RT 562/407).

Deste aresto, paradigma para discussão acerca do sigilo médico, destaca-se ainda, parte do voto do Ministro Firmino Paz, o qual nos itens 11 e 12 de seu arrazoado, aponta:

“11. No plano jurisprudencial, faço referência a memorável acórdão deste STF de que fora relator o eminente Min. Ary Franco e cuja ementa é a seguinte: “Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência de revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais” (HC 39.308, Pleno, ac. de 19.9.62, RTJ 24(466)...

12. Nesse mesmo julgamento proferiu longo e erudito voto o eminente Min. Cândido Motta Filho, sobre o problema de guarda do segredo médico, voto de que destaco essa passagem, verbis:

Não é de hoje que o tema provoca discussões. Não é de hoje que se fala em doutrina do interesse ou da vontade. Por muito tempo, ele foi colocado entre o individualismo de cada caso de consciência e o anti-individualismo do interesse comum. Só a experiência dos tempos é que pode encaminhá-lo para uma solução jurídica, após a apreciação de casos que provocaram verdadeiros escândalos.

A solução partiu do princípio de que o segredo profissional, notadamente o segredo médico, é a regra. E é uma regra de tais conseqüências que sua violação constitui crime. A lei protege o segredo, em nome de direitos patrimoniais e em nome de direitos pessoais (RTJ 24/473 e 474).

Relevante declina, nesta mesma ordem de raciocínio outro julgado que, guardando as proporções, se enquadra no teor da consulta efetuada, senão vejamos:

CRIME CONTRA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Desobediência – Descaracterização – Médico que deixa de atender a requisição judicial de informações sobre o estado de saúde de réu em processo crime sob invocação de sigilo profissional – Admissibilidade – requisição que, no referente a tratamento médico a que está ou foi submetida determinada pessoa, somente é permitida à autoridade judiciária cuidando-se de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou de moléstia de comunicação compulsória, quando dispensado o sigilo – Circunstâncias não verificadas na espécie – Irrelevância de ter o interessado anuído ao fornecimento se tal anuência não constava do ofício respectivo, lícito, portanto, ao facultativo supô-la inexistente – Informes que, ademais, poderiam ser obtidos através de inspeção médica na própria comarca ou em hospital da rede penitenciária – “Habeas corpus” preventivo concedido, com determinação de que não seja requisitado ou instaurado inquérito policial pelo fato descrito.

Existem restrições ao poder ou faculdade da autoridade judiciária de requisitar informações no que se refere a tratamento médico a que está ou foi submetido determinada pessoa, seja no pertinente à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada.

O sigilo profissional a que está sujeito o médico só pode ser dispensado para fornecimento de informes ou elementos para instrução de processos crimes que visem à apuração de infrações criminais relacionadas com a prestação de socorro médico ou moléstia de comunicação compulsória.

Assim, não caracteriza crime de desobediência a conduta do facultativo que deixa de atender a requisição judicial de informações sobre o estado de saúde de réu em processo crime sob a invocação de sigilo profissional uma vez que não necessária a providência à instrução de processo crime, podendo, ademais, as informações respectivas, devidamente atualizadas, ser obtidas através de inspeção médica na própria comarca ou em hospital da rede penitenciária. Irrelevante o fato de ter o interessado anuído ao seu fornecimento se tal anuência não constava do ofício respectivo, lícito, portanto, ao médico supô-la inexistente. (Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo, 5ª Câmara, Rel. Juiz Walter Swensson, São Paulo, 17 de maio de 1989) (in: RT 643/304)

Conseqüentemente, forçoso concluir que a solicitação efetuada pela autoridade policial não prospera, sendo certo, contudo, que a entrega do prontuário estaria perfectibilizada através de autorização expressa e inequívoca dos responsáveis legais do falecido.

Em se procedendo de forma contrária, incorreria-se em diversos ilícitos, tanto administrativos, quando penais e civis, sujeitando-se o responsável da entidade às cominações legais.

Não é demais referir, elucidativamente, os casos constitutivos do dever legal e da justa causa, matéria objeto da Resolução nº 05/84 deste CRM-PR, que estipula o seguinte:

“O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições lhe conferidas pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina

...

RESOLVE:

1) Que são casos constitutivos do **“dever legal”**, as seguintes circunstâncias:

- a) Os casos de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou de outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomania, etc);
- b) As perícias jurídicas;
- c) Quando o médico está revestido de função em que tenha de se pronunciar sobre o estado do examinado (serviços biométricos, junta de saúde, serviços de companhias de seguros, etc.), devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico;
- d) Os atestados de óbito;
- e) Quando se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor, supressão intencional de alimentos;
- f) Os casos de crime, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico;
- g) Os casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses do cliente;

§ - É aconselhável o uso, em código da nomenclatura internacional de doenças e causas de morte.

2) Que são casos constitutivos de **“justa causa”**:

- a) Quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família ou envolva responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência estiver o paciente;
- b) Para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, em que o médico esgotará primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra do sigilo;
- c) Quando se tratar de fato delituoso previsto em lei ou a gravidade de suas conseqüências sobre terceiros, crie para o médico o imperativo de consciência para revelá-lo a autoridade competente”.

Concluindo, empresta-se trecho do parecer lavrado por Antônio Carlos Mendes, Assessor Jurídico, CREMESP, onde se pontifica que:

“O segredo médico, enquanto instituto jurídico, acolhe no seu bojo as papeletas, boletins médicos, folhas de observações clínicas e fichários respectivos que, assim, submetem-se ao regime penal e ético próprio que resguarda e tutela o sigilo profissional.

Desta forma, além dos médicos, os funcionários e dirigentes de hospitais, clínicas e casas de saúde, estão sujeitos às penas do art. 154, do Código Penal, se, eventualmente, revelarem o segredo médico através da entrega a terceiros ou exposição das anotações clínicas atinentes aos pacientes.

Com efeito, a lei não permite sequer, que o profissional da Medicina preste depoimento em Juízo acerca de fatos conhecidos em razão de sua profissão. Esta regra permeia toda ordem jurídica e não admite que, por vias transversas, as confidências necessárias sejam levadas ao conhecimento do Judiciário ou da Polícia mediante a requisição de fichas e boletins médicos.

Assim, não há nenhum dever legal que obrigue o médico, o funcionário ou dirigente de hospital e clínicas em geral a entregar as papeletas, as folhas de observação clínica e os boletins médicos. Não havendo disposição legal respaldando a ordem da autoridade judiciária ou policial, ocorre constrangimento ilegal, porque "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei" (artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal).

Afonso Proença Branco Filho
Assessor Jurídico

CRMFR nº 1105/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 9/6/99

Palavras-Chave: prontuário médico, disponibilização do prontuário, revelar segredo à autoridade.

Key Words: medical record, availability record.

Nota - A respeito do assunto consulte "Arquivos" nº 16 ou 50.

NORMAS DE ALGUNS CONVÊNIOS E O EXERCÍCIO MÉDICO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Parecer CFM

EMENTA: O entendimento do Conselho Federal de Medicina é o de que ginecologia e obstetrícia são duas especialidades distintas. O médico tem o dever legal e ético de atuar na plenitude do seu conhecimento, utilizando todos os procedimentos necessários ao benefício do paciente. O melhor método diagnóstico deve ser estabelecido através de protocolo que represente o consenso do conhecimento científico atual. O valor de determinado ato médico não pode variar quando feito por diferentes profissionais.

Solicitei vistas apenas por discordar da disposição feita pelo nobre Conselheiro Lino Antônio Cavalcanti Holanda, e o que fiz foi utilizar o seu abalizado entendimento para, no meu modo de ver, adaptá-lo ao questionamento feito.

1) A especialidade Gineco Obstetra corresponde a uma única especialidade representada pela FEBRASGO ou duas distintas, sendo Ginecologia uma Obstetrícia a outra?

R: O Conselho Federal de Medicina reconhece ginecologia e obstetrícia como especialidades distintas. A FEBRASGO representa as duas.

2) Alguns convênios não autorizam o código Associação Médica Brasileira 92:33.01.020-0 e 32.09.008-0 por estarem relacionados a atividades ligadas a esterilidade, infertilidade e métodos procriativos. Há legalidade neste bloqueio? Não fere direitos garantidos em Constituição? Se afirmativo, pode um acordo contratual ferir estes direitos?

R: O médico pode e deve solicitar os exames que entender necessários dentro de critérios técnicos, visando ao benefício do paciente. A restrição imposta pelos compradores de serviços, sem qualquer embasamento e de cunho exclusivamente econômico, é descabida por ser ilegal e antiética.

3) Houve por parte de alguns convênios a redução do valor do exame cód. Associação Médica Brasileira 92:33.01.014-15 tornando-o de igual valor ao cód. 33.01.013-7 por entenderem que o exame Endovaginal apenas é indicado por ser de maior retorno financeiro, com pouca vantagem ao diagnóstico. É legal a mudança de valores determinado, já que como meio diagnóstico a técnica Endovaginal tem sido orientada pelos cursos de ultra-sonografia, como melhor indicação para estudo da pelve e de gestações no 1º trimestre, por seus melhores resultados?

R: O exame melhor indicado é aquele que as sociedades de especialidades, no caso a FEBRASGO, ou a literatura científica, respaldam. A mudança de códigos de uma tabela adrede pactuada deve ser feita por acordo entre as partes e foge ao limite deste Conselho por tratar-se de matéria contratual

e cabe a que se julgar prejudicada procurar seus direitos da forma mais adequada.

4) Duas normas baixadas por alguns convênios:

- a) O exame indicado por um profissional só pode ser realizado por outro. É o aqui denominado "exame auto gerado". Ao solicitar um ultra-som o mesmo médico não poderá realizá-lo. Idem para Endoscopia, ECG, ECO etc. (Em breve ao solicitar uma cirurgia, esta deverá ser realizada por outro? Se pedido para um Hospital A, será autorizado somente para um não A)
- b) Forma mais branda do enunciado acima: O "exame auto gerado" é remunerado com 50% a 70% do valor da Tabela da Associação Médica Brasileira 92. Diminui o valor do ato médico se realizado por quem o indicou? Estas medidas são legais? Não tolhem a liberdade do exercício médico e contribuem para o desestímulo ao aperfeiçoamento profissional? Ressalte-se que o exame dito "auto gerado" é na sua grande maioria da preferência do cliente que escolheu o médico e lhe transfere a confiança para a realização do exame assim como para a realização de cirurgias, e não uma imposição ao cliente.

R: Na verdade, em tese, não há como justificar o fato de um médico solicitar um exame e não poder fazê-lo. Por outro lado, o comprador de serviço tem a visão que essa forma de atuação leva ao chamado exame autogerado. O Código de Ética Médica, em vigência no país, trata desta questão nos artigos 8º, 21, 42 e 57.

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 direito do médico:

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

É vedado ao médico:

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

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

Observa-se, ao analisar os supracitados artigos, que por um lado cabe ao médico atuar sem renunciar à sua liberdade profissional, profissional indicando o procedimento mais adequado para o paciente.

Por outro lado, não lhe é permitido indicar ou praticar atos médicos desnecessários, como também não o deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

A solução de um problema de tal natureza vai exigir a adoção de critérios na solicitação de exames, o que poderá ser estabelecido através de protocolo, que representa o consenso do conhecimento científico atual. A não ser assim, não vejo

como disciplinar as solicitações de exames. Sempre haverá quem se ache tolhido, vítima, perseguido e outros quejandos. No outro pólo do problema, os compradores de serviços queixam-se que têm seus custos estourados pela sobrevalorização de exames na prática médica.

A situação só encontrará solução pelo livre entendimento entre os envolvidos.

Então, respondendo: o valor do ato não pode variar com a mudança de quem o executou.

Não é entendível que dois profissionais executem o mesmo procedimento e recebam de forma diferente pelo ato médico praticado. Não é uma forma ética de remuneração.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 10 de junho de 1999-09-10

Carlos Alberto de Souza Martins
Conselheiro Relator de Vista

Processo-Consulta CFM nº 2300/97

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 7/7/99

Palavras-Chave: convênio obstétrico, convênio ginecológico, normas de convênio, limite da obstetria, remuneração.

Key Words: obstetric coverage, gynecology coverage, obstetric/gynecology reimbursement.

Assim que o homem começa a viver, tem a idade suficiente para morrer

Heidegger

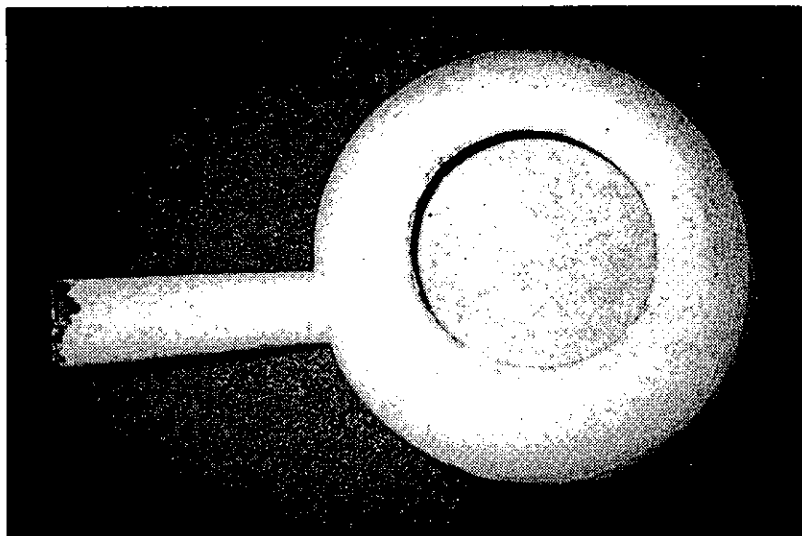
Martin

A morte pertence a vida, como pertence o nascimento. O caminhar tanto esta em o pé, como em pausa-lo no chão.

Tangore - Passaros errantes - CCXVII

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig *



COMADRE. Urinol, uma peça achatada, com cobertura branca de esmalte, utilizada por paciente limitado à cama ou cadeira e que necessita urinar ou evacuar. Este objeto apresenta ao lado um acessório tubular para micção masculina, existindo outra sem esta parte para uso mais feminino. Apesar de ser uma peça bastante antiga, similares podem ser encontradas em uso ainda hoje. Doador: Desconhecido

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: Arminda
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 Kastrup
Secretária: Suzana
Cons. Sérgio Maciel Molteni
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Presidente: Marília 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 Pellegriani

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 Kastrup
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 Pellegriani

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: Waldir Rupólio
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Cícero Lotário Tironi
Cons. Kemel Jorge Chammas
Dr. Luiz Carlos Sobania (Membro Nato do CRM)

11 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E REMUNERAÇÃO

Presidente: Monica de Biase Wright Kastrup
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 Júnior (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 Carneiro (Suplente)
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Keithe 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. Moacir João Borgueti (Colaborador)

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegriani (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zaians (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. Osmário Edson de Andrade Góes (Secretário)
Drª. Aligar Danwich (Colaboradora)
Dr. Humberto Pellegriani Maia (Suplente)
Dr. Frederico Eduardo W. Vimond (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 Camoos
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. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)
Drª Maria Teresa de M. C. Coimbra (1ª Secretária)
Dr. Mário Massaru Miyazato (2º Secretário)
Dr. Minao 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 Pazzello (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 Motizuki (Suplente)
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)
Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Solicitou o afastamento em 05/07)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Secretário)
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)
Drª Margaret Zych (Suplente)
Drª Marli Cybuski (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)