

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 16 - n. 64 - outubro / dezembro - 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. Hélcio Bertolozzi Soares |

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Daebes Galati Vieira
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Gerson Zafalon Martins
Hélcio 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. 64 | p. 181-244 | Out./Dez. | 1999 |
|---------------------------|----------|-------|-------|------------|-----------|------|

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehke Braga Filho
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paula
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
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 Windows, 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, encima 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, título do trabalho. Periódico abreviado pelo Index Medicus, volume (número), página inicial e final em algarismos arábicos e ano.

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, publicador, 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.

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.crmpr.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

| | |
|--|-----|
| A Humanização do Concepto e Seu Direito à Vida Maurício Venâncio Sperandio | 181 |
| Lista Nacional Única de Receptores Parecer CFM | 195 |
| Responsabilidade de Contato, Solicitação e Concessão de Vaga em Hospital do SUS, Para Paciente de Plano de Saúde, Quando Findar a Cobertura do Plano Parecer CFM | 203 |
| Pagamento do Médico Assistente em Concomitância Com o Intensivista Plantonista na UTI Parecer CFM | 206 |
| Inscrição de Empresa Médica em Outro Conselho Parecer CFM | 209 |
| É Ético um Conselheiro Exercer Paralelamente Outras Atividades Parecer CFM | 212 |
| Hipnose Médica Parecer CFM | 214 |
| Fornecimento de Endereço de Pessoa Jurídica Parecer CFM | 223 |
| Autorização de Uso de Antibiótico Pela CCIH Parecer CFM | 225 |
| Prescrição de Antibióticos Nas Unidades Hospitalares Resolução CFM N° 1552/99 | 227 |
| Cópia de Resultados ou Laudos de Exames Complementares Para Efetuar Pagamento Das Faturas Parecer CFM | 228 |
| Presença de Leigo, Familiares ou Não, Filmando na Sala de Parto Parecer CFM | 232 |
| História da Medicina Ehrenfried Wittig | 234 |
| Mudança de Endereço | 235 |
| Regimento Interno de Corpo Clínico em Empresas Com Número Reduzido de Médicos CFM | 236 |
| Índice Remissivo de 1999 Assunto / Autores | 238 |

A HUMANIZAÇÃO DO CONCEPTO E SEU DIREITO À VIDA

Maurício Venâncio Sperandio *

Introdução

O abortamento tem significado tema de constante controvérsia entre as mais variadas personalidades em todo o mundo. Debates erguem-se colossais; opiniões surgem vivazes; filosofias inteiras são colocadas à prova. Todos, de uma certa forma, lutam em prol de seus ideais como a defender uma verdade absoluta. E não poderia ser de outra forma.

Desde o simples ignorante iletrado ao grande gênio experimentado, todos trabalham por abraçar objetivos aos quais pretendem chegar. E, para tanto, é necessária a convicção ardorosa quanto à meta traçada. Entretanto, todo ser humano, sem exceção, é passível de erro.

É levantando a falibilidade humana à luz da imparcialidade que torna-se possível discorrer sobre temática tão crítica – o abortamento. É oferecendo às autoridades e aos estudiosos diversas verdades hipotéticas que delas se pode selecionar a que realmente pertence ao rol das experiências comprovadas.

A argumentação em pauta enfoca o reconhecimento do concepto como ser humano desde o fenômeno da fecundação. Busca redirecionar as idéias individualistas para novas concepções concernentes à coletividade social em que hoje vive o homem. Pretende demonstrar à mulher que, também como ela, seu descendente em gestação é merecedor, por direito, da oportunidade de manifestar a vida de que se faz possuidor.

Encarando o fenômeno “vida” sob mais vastas considerações, estabelecem-se, aqui, as bases para o desenvolvimento deste trabalho: a vivência humana é uma constante mutação, não sendo criada ao nascimento e, muito menos, destruída com a morte – *“Na Natureza, nada se cria, nada se destrói; tudo se transforma.”* (Lavoisier).

Relatividade

Cada indivíduo é um universo de experiências único. Não há, absolutamente, uma pessoa que pense, sinta ou viva como outra. O ser humano é parcial, invariavelmente. Isso é relatividade.

Em decorrência disso, torna-se extremamente difícil encontrar um meio conciliatório entre as diversas opiniões que imperam em torno da temática sobre o abortamento. Qualquer que seja a idéia abraçada, sempre haverá aqueles que quanto a ela tenham objeções. Aliás, essa é a fonte da riqueza intelectual surgida a partir das muitas contendas no meio científico.

Como, então, agir com acerto através das muitas construções

* Estudante do 2º período de Curso de Medicina da UFPR. Trabalho classificado em 2º 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.

hipotéticas? Ora, para tanto, deve-se seguir a exemplificação e o ensinamento daqueles que indubitavelmente procederam de maneira correta. E agiram dessa forma os grandes homens que ardorosamente respeitaram a vida em todas as suas manifestações.

A relatividade, se não é superada, ao menos é cada vez mais atenuada conforme o indivíduo vá se integrando com o seu meio natural. O caos aparente não passa de ponta de um iceberg representante de uma vasta ordem já há muito tempo em andamento. O caos real, aquele contra o qual a natureza luta para tornar ao equilíbrio, é fruto do impacto provocado pela incompreensão humana, única espécie detentora de algum poder que possibilita a manipulação das demais.

Não convém ao homem, portanto, atuar de forma letal junto ao conceito (salvo em abortamentos terapêuticos – vide à frente) pensando estar conquistando maior equilíbrio, pois tudo o que encontrará será o caos a ser reparado pessoalmente.

Necessária se faz, agora, a explicação sobre as bases tomadas às mãos para que fossem feitas tais afirmativas.

Conceituação sobre a vida

Ao longo da evolução humana, poucas idéias levantaram tantos questionamentos quanto as teorias acerca do que venha a ser a vida. Novamente surge potente a atuação da relatividade nas muitas abordagens realizadas.

As definições em torno do tema variam desde a idéia de que um ser vivo nada mais é do que um conglomerado atômico distintamente organizado até a visão de que cada coisa uma alma possui.

Molly Yard, ex-presidente da Organização Nacional das Mulheres dos EUA, empenhou-se em batalha feroz para legalizar o aborto em seu país, declarando à revista *Isto É/Senhor* (23/08/1989) que, num abortamento, “o que se perde são algumas colheradas de células, só isso”. Tal afirmação reflete o ponto de vista materialista do fenômeno. Sendo assim, a vida existiria com a matéria e com a desagregação desta se desvaneceria. Ora, seria absurdo considerar verdadeira semelhante teoria, já que a organização dos corpos, os processos fisiológicos, a manifestação dos instintos e da razão, tudo manifesta-se com seu respectivo cunho de inteligência. Basta levar-se em conta o fato de que a ciência humana se baseia em que todo efeito inteligente deve possuir uma causa inteligente e assim prova-se a incongruência dos princípios materialistas. É lógico e racional, portanto, ao menos supor que algo exista além da matéria.

Podem, também, os materialistas afirmarem que aquilo a que se pode chamar de organização inteligente não passa de insistente realização do acaso, que ao longo dos bilhões de anos vividos pelo universo a matéria se organizou aleatoriamente até encontrar as manifestações que vingassem. De encontro a tais conceitos, porém, surgem matemáticos, físicos, astrônomos e cientistas de toda sorte a fim de provar a absurdidade do acaso. Exemplificando essa impossibilidade, o filósofo Jean Ghitton, em parceria com os físicos Grichka Bogdanov e Igor Bogdanov, no seu livro “Deus e a Ciência”, relata: “Tomemos um caso concreto: uma célula viva é composta de uns vinte aminoácidos que formam uma cadeia compacta. A função desses aminoácidos

depende, por sua vez, de cerca de duas mil enzimas específicas. Continuando o mesmo raciocínio, os biólogos foram levados a calcular que a probabilidade de que um milho de enzimas diferentes se aproximem de um modo ordenado até formar uma célula viva (ao longo de uma evolução de bilhões de anos) é da ordem de 10^{1000} contra um." (pág. 49). Ghitton ainda acrescenta: "Não podemos senão constatar a existência de um fenômeno de ordem subjacente que conduz inelutavelmente ao surgimento da vida", deixando claro que, sim, há alguma coisa de imaterial a reger o funcionamento orgânico, material.

Em 1972, o Dr. Harold Saxton Burr, em seu livro "Blueprint for Immortality", escreveu que "... o modelo ou organização de qualquer sistema biológico é estabelecido por um complexo campo eletrodinâmico que é, em parte, determinado por seus componentes físico-químicos atômicos e que, em parte, determina o comportamento e a orientação daqueles componentes. Este campo é elétrico no sentido físico e, por suas propriedades, relaciona as entidades do sistema biológico em um modelo característico e é ele próprio, em parte, resultado da existência daquelas entidades. Ele determina e é determinado pelos componentes.", continuando a seguir dizendo que "Mais do que estabelecer o modelo, ele deve manter o modelo em meio a um fluxo físico-químico. Por conseguinte, ele deve regular e controlar as coisas vivas. Ele deve ser o mecanismo, o resultado de cuja atividade é a totalidade, a organização e continuidade. O campo eletrodinâmico, então, é comparável à enteléquia de Driesch, ao campo embrionário de Spemann e ao campo biológico de Weiss."

Diante da atitude hostil de algumas pessoas contra semelhantes idéias, Rupert Sheldrake, bioquímico pela Universidade de Cambridge e filósofo pela Universidade de Harvard, conclui que ela se deve a adesão delas a uma filosofia materialista. "Alguns cientistas confundem a ciência com a visão materialista do mundo e tratam o materialismo como se fosse uma religião. Outros adotaram os vícios que eles tantas vezes criticam como próprios das religiões organizadas, como o dogmatismo e a cerração mental. Tento trabalhar cientificamente, elaborando hipóteses e as comprovando experimentalmente. Creio que é mais científico examinar um fenômeno com uma mente aberta do que com uma fechada a campos inteiros de investigação potencial por culpa dos preconceitos." (35).

"Os avanços da psicologia fetal e das pesquisas sobre memória celular constituem outros fortes argumentos. Esses estudos indicam que embriões ou fetos nada têm a ver com um "amontoado de células". Muito pelo contrário, (...) o ser humano (...) desenvolve-se segundo um modelo organizador imaterial, mantendo sua personalidade própria. Existem razões científicas muito bem fundamentadas para que se defenda os direitos inalienáveis do embrião." (30).

Ao que parece, é vastíssimo o campo de estudos a atuar junto à constatação da porção imaterial da vida, seja ela chamada de alma, espírito, modelo organizador biológico, etc. Transforma-se em fútil dogmatismo, afinal, a insistência quanto a um conceito que tende a entrar em desuso – o materialismo.

A partir de então, aceitas racionalmente tais assertivas lógicas, compreendendo-se que algo há de sobrevivente à morte no organismo humano, torna-se impossível para o homem de bem a consumação de um abortamento que não seja

com o fim de salvar a vida materna, pois para ele tal ato significaria repugnante assassinato.

No entanto, outras concepções há acerca da vida que merecem menção. Sem elas, brechas surgiriam para os ardilosos a favor da interrupção gestacional.

A professora Dr^a. Márcia Pimentel, PhD em genética humana, diz que *"a vida humana começa com a concepção, pois a partir do momento em que o óvulo é fecundado pelo espermatozóide inicia-se uma nova vida, que não é aquela do pai ou da mãe, e sim a de um novo organismo que dita seu próprio desenvolvimento, sendo dependente do ambiente intra-uterino da mesma forma que somos dependentes do oxigênio para viver. Biologicamente, cada ser humano é um evento biológico único que não mais se repetirá."* (33), sendo acompanhada em sua opinião pelo professor Dr. Jérôme Lejeune, que ainda completa enfático: *"Daí para a frente, qualquer método artificial para destruí-lo é um assassinato."* (33). Tal também é a crença das igrejas católica e protestante, acrescentando-se aí a existência da alma.

A questão, porém, vai mais além quando entra em cena as explanações de algumas religiões orientais e do espiritismo. Surge um fato novo e de abordagem mais ampla – a preexistência da alma, a questão da reencarnação. Conseqüentemente, o organismo biológico serviria apenas de indumentária para a manifestação física da alma encarnada, segundo leis de ação e reação em torno de seu passado. Um abortamento, nesse caso, representaria a interferência de terceiros em um processo que diz respeito ao ser imaterial que ocupará um corpo carnal.

Essa última concepção, pelo fato de se alastrar mais largamente por sobre o conhecimento humano, oferecendo-lhe respostas mais satisfatórias às muitas dúvidas até então insolúveis, tais qual a origem da vida, é a que mais perfeitamente advoga os interesses do conceito e por isso é a que delinea o ponto de referência desta obra.

A conceituação da vida é tarefa que toma para si a necessidade de uma maior dissertação, a fim de que se torne mais completa. Assim sendo, sem delongas, para maiores e melhores detalhes é recomendada a consulta ao livro *"O Céu e o Inferno"*, de Allan Kardec, no qual um satisfatório enfoque acerca da existência humana é racional e logicamente delineado. A título de esclarecimento, vale mencionar que Allan Kardec (Hippolyte Léon Denizard Rivail; 1804 - 1869) foi um conhecedor de várias línguas, professor de Química, Matemática, Astronomia, Física, Fisiologia, Retórica, Anatomia Comparada e Francês, além de pertencer a uma dezena de sociedades culturais da França (15).

Função do Homem

A humanidade, como um todo, representada pelos grupos coletivos e pelos indivíduos que a compõem, sendo a espécie mais evoluída do planeta, tem o dever de respeitar a vida em absolutamente todas as suas manifestações, já que por si mesmo o homem representa uma peça integrante dessa vida. Os Evangelhos e a sabedoria humana recomendam, portanto, com razão, não fazer ao próximo o que não gostasse que fosse feito a si mesmo.

As conquistas intelectuais e morais do ser humano destinam-se a elevar-lhe como espécie, de maneira que passe a atuar como orientadora das potências do

planeta. O homem está destinado à construção e melhoria do espaço em que atua, respeitando as leis naturais que ainda o regem.

Entretanto, age de forma destrutiva aquele que abole uma vida, porquanto toma uma via que o leva de encontro ao processo corriqueiro.

Se quer o homem dizer-se integrante de uma sociedade civilizada, deve ele superar-se a si mesmo, buscando sempre a melhoria de vida de toda a coletividade. O indivíduo deve tentar para aprender. Pode, por conseguinte, cair em falta com sua tentativa, porém cabe a sua sabedoria repensar o passado para que os mesmos erros não venham a ser cometidos novamente. E um dos mais recorrentes distúrbios realizado ao longo de todos os tempos é o desrespeito ao semelhante.

Ora, o conceito não só é um ser humano desde zigoto, como também apresenta-se submisso, frágil, indefeso e encurralado, razões mais que suficientes para o merecimento de uma defesa justa e o mais imparcial possível. Para o indivíduo que abraça a apologia aos mais fracos, a situação do pequeno ser intra-uterino é digna da mais ardorosa das argumentações.

Por outro lado, outros há que respeitam tão somente a lei do mais forte, o exemplo do conquistador, a luta de um líder. Enganam-se, porém, caso pensem no indivíduo em gestação como um derrotado ou um incapaz. Desde o momento da concepção, o pequeno ser humano em desenvolvimento enfrenta bravamente forças celulares titânicas, a tudo presidindo; domina passo a passo a construção de sua nova vestimenta física; ordena imponente a operação conjunta de todas as células sob seu comando.

O conceito é singular, porém expressivo em seu desenvolvimento; é pequeno fisicamente, no entanto um gigante em batalha por sua vida; é digno de proteção, mas além de tudo merecedor do mais nobre reconhecimento.

No silêncio e na sombra do útero materno, reclama ele o direito à vida através da natural manifestação de amor despertada nas pessoas que o vislumbram. Aqueles que por ele não sintam o mesmo certamente acham-se em desequilíbrio, pois que se desviam do curso normal tomado por outros que já se evoluíram na compreensão da existência.

Compete ao homem, portanto, zelar pelo patrimônio vital a ele confiado com o fim de que dele fizesse bom uso, trabalhando por sua melhoria própria e pela evolução da vida em suas mãos, seja ela de qualquer espécie, de qualquer tamanho e em qualquer situação.

Abortamento terapêutico

No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em torno de quatro a cinco milhões de abortamentos são realizados por ano, dos quais, conforme estimativas, 1,4 milhão acoberta-se na clandestinidade.

Porém, com o avanço da medicina atual, que conta com moderna tecnologia de diagnóstico e imenso arsenal terapêutico, torna-se cada vez mais rara a necessidade de se interromper a gestação para salvaguardar a vida materna. No Estado

do Paraná, "em todos os anos de funcionamento do Hospital de Clínicas, da UFPR, existiram cerca de dois casos em que a gravidez representava risco para a gestante" diz o professor Dr. Carlos Ehlke Braga Filho (16), demonstrando a realidade na qual a maioria dos abortamentos foge à necessidade terapêutica.

Em "O Livro dos Espíritos", de Allan Kardec, à pergunta de número 359, "no caso em que a vida da mãe estivesse em perigo com o nascimento da criança, há crime em sacrificar a criança para salvar a mãe?", responde clara e diretamente a espiritualidade que "é preferível sacrificar o ser que não existe ao ser que existe". Ora, estando a vida materna de posse de maior vivência na carne, está ela comprometida com diversos eventos ocorridos ao longo de sua romagem terrena. Não convém, pois, malbaratar-lhe a experiência ainda em curso em favor de outra que ainda está para se iniciar, a de seu filho.

Para o conceito abortado, a interrupção da gravidez "é uma existência nula a recomençar", segundo a resposta dos Espíritos à questão 357 de "O Livro dos Espíritos", quando Kardec pergunta quais são, para o Espírito, as conseqüências do abortamento. Como ser preexistente à organização biológica, a entidade reencarnante que teve sua tentativa frustrada por causas as mais diversas possíveis não desaparece simplesmente após o evento abortivo, mas sobrevive e age de conformidade com novas oportunidades que lhe irão surgir.

Quando questionados quanto ao abortamento voluntário ser crime, qualquer que seja a época da concepção, respondem os Espíritos a questão 358 de "O Livro dos Espíritos" dizendo: "existe sempre crime quando transgredis a lei de Deus. A mãe, ou qualquer pessoa, cometerá sempre crime tirando a vida à criança antes de nascer, porque está impedindo, à alma, de suportar as provas das quais o corpo deveria ser o instrumento", em conformidade com a resposta dada à pergunta número 880 do mesmo livro: "Qual o primeiro de todos os direitos naturais do homem?" - "O de viver. Por isso é que ninguém tem o de atentar contra a vida de seu semelhante, nem de fazer o que quer que possa comprometer-lhe a existência corporal". Nesse ponto, inclusive o Direito Civil humano é forte em afirmar que o direito de uma pessoa termina onde começa o de outra, expressando a mesma idéia, porém com diferentes palavras.

A sutileza da questão está em se perceber que, em verdade, o abortamento terapêutico é crime, porém falta sanada com o "amor que cobre a multidão de pecados", isto é, a consciência moral daquele que provoca o abortamento necessário é aliviada pelo instinto de auxílio à vida materna. "É preferível sacrificar o ser que não existe ao ser que existe". Não foi dito que a interrupção gestacional terapêutica classifica-se como lícita, porém deixou-se à mercê do aprofundamento a descoberta de que tudo depende do nível de moralidade com que se executa a ação. A consciência do homem é o tribunal de Deus; tudo é nela gravado e passa sob o crivo das leis naturais. Assim sendo, aquele que em equilíbrio está com as demais forças universais vive em um ambiente íntimo de profunda legalidade, o que não ocorre com outro que abriga em seus arquivos conscienciais a lembrança do erro a ser resgatado. Não há culpabilidade quando não há intenção ou consciência positiva de se fazer o mal.

Como sobre a decisão do médico a respeito da interrupção necessária da gravidez somente pode incidir a vontade da própria gestante, casos

há, ademais, nos quais a mãe decide-se por sacrificar a si mesma em prol da oportunidade referente ao seu filho. É fato que se deve considerar, já que simboliza ato ou de extrema abnegação (sacrifício) ou de terrível covardia (suicídio).

Pergunta Kardec na questão 951 de "O Livro dos Espíritos": "o sacrifício de sua vida não é meritório, algumas vezes, quando tem por objetivo salvar a de outrem ou de ser útil aos semelhantes?", ao que responde a espiritualidade: "isso é sublime, conforme a intenção, e o sacrifício de sua vida não é um suicídio. Mas Deus se opõe a um sacrifício inútil e não pode vê-lo com prazer se é deslustrado pelo orgulho. (...) ", sobre o que Allan Kardec ainda discorre dizendo que antes de cumprir o suicídio, deve o indivíduo refletir se sua vida não pode ser mais útil que sua morte.

Assim, quanto ao abortamento terapêutico, diz Joanna de Ângelis através da mediunidade de Divaldo Pereira Franco, no livro "Alerta", à página 72:

– Diante da terapia para salvar a vida da mãe, é aceitável a interrupção do processo da vida fetal, em se considerando a possibilidade de nova gestação ou o dever para com a vida já estabelecida, face à dúvida ante a vida em formação...

Abortamento sentimental

O Paraná é o estado do sul do país com maior número de denúncias de exploração sexual contra crianças e adolescentes. No quadro nacional aparece como oitavo estado em número de denúncias.

Segundo o Conselho Federal de Medicina do Brasil, "o médico não deverá provocar abortamento salvo quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez é resultante de estupro, mas sempre depois do consentimento expresso da gestante ou de seu representante legal", decisão que também toma a legislação brasileira.

O caso acerca da gestação oriunda de violência sexual é, dentre as demais situações que acolhem o abortamento, o de maior repercussão em debates sobre o assunto. Nem poderia ser diferente. Basta a simples idéia de crianças que são assediadas, tocadas ou que têm objetos introduzidos na vagina, além de sofrerem abuso sexual, para que a dor se instale em compaixão a elas. O submundo de tais atentados é composto por padrastos, pais, irmãos, avôs, demais familiares, conhecidos e desconhecidos que agridem, violentam essas crianças e delas abusam, para logo em seguida agirem normalmente como se nada houvesse acontecido, para negarem a culpa veementemente se vítimas de suspeita, para acusarem levemente a vítima de seus desequilíbrios como desejosa de seus "agrados".

A torpeza do estupro, nas mais das vezes, termina por ficar encoberta pela triste situação de meninas que, sabendo previamente que serão reprovadas, não denunciam as agressões e muitas vezes vivem anos em situação de violência, chegando a negar quando questionadas. Se executa a denúncia, a vítima ainda corre o risco de ser taxada de mentirosa e ardilosa pela família e demais pessoas, sofrendo pressões de todos os lados.

Sem sombra de dúvidas, o sofrimento de uma criança, adolescente ou

adulto que passa por violação sexual é marcante. Ainda mais quando ainda concebe uma gestação fruto do ato nefasto. A dor que lhe leva à interrupção dessa gravidez é, acima de tudo, compreensível nos limites do entendimento.

Porém, cabe ao homem que busca a imparcialidade o questionamento quanto aos direitos daquela outra criança em desenvolvimento no ventre da vítima de estupro. Ora, é o conceito, nesse caso, culpado pela violência se não foi ele o transviado criminoso? Cabe ao que se chama de justiça combater um erro com outro erro? Para o conceito, que diferença faz se a oportunidade de vir à luz lhe foi apresentada em triste condição?

Ao autorizar o aborto em caso de estupro, os legisladores do Código Penal brasileiro tinham em mente a manutenção da saúde mental da mãe. Porém, há de se considerar que os danos psicológicos decorrentes da agressão não se desfazem com a realização do abortamento; ao contrário, cria-se novo trauma de pesada reparação.

Na pesagem final entre as duas propostas, provocar o fim da gestação ou levar a gravidez a termo, com raras exceções a primeira é de maior conveniência. As drásticas marcas do crime de estupro permanecem na lembrança da vítima independentemente de ela parir o filho ou sacrificá-lo. Portanto, um abortamento só viria a acrescentar desespero e desequilíbrio ao percurso de alguém que já sofre o suficiente por receber as pesadas cargas de crime tão hediondo.

A verdade é que a gestante que obteve seu filho a partir de um estupro deve receber todo o apoio e atenção da família, da sociedade e do Estado, através de assistências médica, psicológica, social, religiosa e fraternal, de modo a minorar ao máximo o trauma, evitando que se decline ao abortamento. É profusamente indicada, portanto, a manutenção dessa gravidez.

Muitas mulheres há que se decidem por receber em seu ventre e, posteriormente, em seus braços o pequenino ser que lhes foi dedicado, reconhecendo mais tarde que tal decisão foi sabiamente acertada. *"Não raro, o espírito que chega ao dorido regaço materno, através de circunstância tão ingrata, transforma-se em floração de benção sobre a cruz de agonias em que o coração feminino se esfacelou... (...) A renúncia de si mesmo pela salvação de outra vida concede incomparáveis recursos de redenção para quem se tornou vítima da insidiosa trama do destino."* (5).

No caso em que o desvelo materno requerido para a criação pós-natal dessa criança seja fardo por demais pesado, é preferível que se recorra à ajuda de mentes esclarecidas e corações sensíveis que possam oferecer auxílio nobilitante e tomar para si o delicado encargo da orientação desse novo ser humano.

A situação em que se encontra o Estado e o espírito de ajuda da humanidade, porém, é por demais precária para que se possa garantir à vítima de estupro uma assistência digna de sua triste situação. No entanto, estas não são razões sensatas para que se defenda a interrupção da gravidez em casos de violência sexual. Novamente, um crime estaria sendo cometido com a desculpa de a outro resgatar. Ora, se não há condições de boa atenção por parte do Estado, é ele o culpado por sua deficiência intercessora, não o conceito. Se a família, os amigos ou a sociedade ainda não são portadores de patrimônio fraterno suficiente para oferecerem-se como fortes ombros em que se apoiar, não é o pequeno ser intra-uterino que merece a punição,

porém aqueles que faltaram com o dever de amparar os tristes e desfalecidos.

No entanto, se em última instância a gestante decidir por interromper sua gravidez, não é ela merecedora de repreensão e acusação descabidas, de sorte que seja esquecida quanto a sua desgraça. Não há senso moral algum em se taxar, por exemplo, uma criança de dez anos, estuprada por dois adultos diversas vezes ao longo de três anos, que escolheu por abortar sua gestação, *persona non grata* por uma cidade inteira, como ocorrido em Israelândia, Goiás, no ano de 1998. A ela também, acima de tudo, deve-se continuar oferecendo todo o auxílio cabível a sua situação de sofredora que é.

Abortamento eugênico

Com o crescente avanço alcançado em torno da tecnologia de diagnósticos pré-natais, tornou-se mais discutível a possibilidade de abortamentos quando da ocasião de certos tipos de malformações congênitas.

A proposta se apoia em diversas razões enunciadas por aqueles que lutam por sua liberação ou que apenas são estudiosos do assunto. Há dizeres reivindicando à família de tal criança o direito de ver-se livre de semelhante fardo moral, econômico e social; defendendo a morte prematura em detrimento de uma vida incapaz; encarnando o medo natural quanto à chance de uma figura monstruosa vir à luz; fadando o ser deformado como criatura desgraçada e desamparado pela vida. Caso fossem apenas questionáveis, palavras como essas, certamente, teriam maior poder convincente. Porém, até que ponto conhece a humanidade, com todos os seus aparatos científicos, a razão plena de todas as coisas? Cabe ao investigador do conhecimento, portanto, outras suposições mais que venham a aumentar-lhe o rol dos estudos, além de oferecer-lhe cabedal de mais amplo valor.

No livro "Pensamento e Vida", cita Emmanuel que *"desde a fase embrionária do instrumento em que se manifestará no mundo, o espírito nele plasma os reflexos que lhe são próprios... As enfermidades nada mais são do que reflexos da posição infeliz a que nos conduzimos no pretérito próximo, reclamando-nos a internação na esfera física, às vezes por prazo curto, para tratamento da desarmonia interior em que fomos comprometidos."*, vindo racionalmente afirmar que, tendo a vida extracorpórea um início ainda anterior à formação do conceito, a estrutura orgânica daquela nova máquina biológica obedece a comandos não materiais que lhe ditarão o rumo a ser tomado em sua organização, sendo esta suscetível à influência das leis de causa e efeito segundo ações de tempos passados.

Aquele corpo a se gerar, por mais disforme que se expresse, assim o é porque respeita o controle imposto por regras ditadas pela natureza com o fim de coordenar a manutenção de um equilíbrio. Não ocorre, aí, uma falha nos intrincados mecanismos da evolução, porém eficiente trabalho de condução progressista, já que é da dor principalmente que se utiliza o meio natural para selecionar a essência mais propícia, muito antes de que qualquer atuação material seja levada a termo.

Além disso, a ala médica que erroneamente luta por eliminar o que chamam de "abominações" precisa ter como carro-chefe a idéia de que deve trabalhar no sentido de eliminar a imperfeição, não o ser imperfeito.

Escrevendo a um deputado, médico e autor de um projeto de aborto para constatação de anomalias do feto, observou o escritor francês Jean Adnet, que é inválido de nascença:

– Tenho tempo de sobra para me entristecer com a idéia de uma lei elaborada pela vontade de alguns homens que usurpam uma autoridade que não lhes pertence; eu poderia, nesse momento, não ver a luz do dia, não amar. Enfermo ou de boa saúde, fraco ou doente, até mesmo idiota, reivindico o direito de viver e vocês não têm, de forma alguma, o direito de recusar. (1)

Talvez compartilhem da mesma idéia os portadores da síndrome de Down, os deformados que se apresentam mentalmente sadios, os bem formados que sofrem da idiotia ou mesmo aqueles que mostram-se disformes e retardados, porém usufruindo da chance de viver.

Em "O Livro dos Espíritos", Allan Kardec pergunta na questão 372 "a que objetivo visa a Providência criando seres desgraçados, como os cretinos e os idiotas", ao que é respondido descobrindo que "os que habitam corpos de idiotas são Espíritos sujeitos a uma punição. Sofrem por efeito do constrangimento que experimentam e da impossibilidade em que estão de se manifestarem mediante órgãos não desenvolvidos ou desmantelados". Esta explanação impera, inclusive, para vítimas de malformações fatais como anencefalia ou em casos de fetos acárdicos. Neles, mesmo que venham à óbito antes ou logo depois do parto, o estágio na carne age de maneira salutar, restituindo-lhes rumos dos quais antes haviam se transviado através de suas ações.

No momento, é de se assustar a idéia de que a eugenia seja utilizada nesses casos, pois não haveria razão em se abortar um conceito portador de deformidades, mas preservar a vida daqueles em que foram constatadas as anomalias após o nascimento ou que, ainda, obtiveram a deficiência em decorrência de uma paralisia infantil, de um traumatismo ou de qualquer outra forma de acidente ou de doença que lhes afetou o físico.

Não se espante, pois, o homem, com toda a gama de variantes apresentada pelo mundo biológico, mesmo que sejam elas de configurações aberrantes e inusitadas. Preocupe-se somente em entender os inumeráveis instrumentos à mercê da natureza para que com ela seja concordante e se transforme cada vez mais em ativo colaborador na tarefa de construção e manutenção da vida, esquivando-se, assim, de toda e qualquer atitude destrutiva e indigna.

Abortamentos levianos

Muito embora o ato abortivo seja representante de característica leviandade, com exceção daquele em prol da vida materna, outros há que claramente são efetuados visando à obediência à lei de menor esforço. São eles os abortamentos social, econômico e estético, entre outros de menor importância quanto a termos quantitativos.

Quando o desenvolvimento intra-uterino é interrompido devido a circunstâncias que visam obedecer a costumes sociais, tais quais pouca idade dos pais para a criação da prole, negação da criança por parte do pai, vontade de desfrutar a

vida sem compromissos com filhos ou matrimônio, falta de estabilidade profissional, não aceitação da gestação por parte da família de um dos genitores ou de ambos, desconhecimento sobre quem seja o pai do conceito, etc, classifica-se, então, o abortamento social.

Não há razão alguma em se alegar o despreparo frente à inesperada gestação, já que desde que os homens se permitem a comunhão carnal é justo que se submetam ao tributo da responsabilidade do ato livremente aceito. Toda ação que se pratica gera naturais reações que gravitam em torno do seu autor. O casal que se une na relação sexual e gera um filho deve se lembrar, antes de optar por invalidar a gestação, que em momento algum esteve desavisado quanto ao risco da concepção, independentemente dos métodos contraceptivos que estivesse utilizando, pois que estes não garantem eficiência total.

Não deixa de ser compreensível a surpresa instalada no homem e na mulher que quiseram manter relação sexual prazerosa e terminaram por descobrir uma concepção inesperada. Porém é extremamente hediondo o ato de se violar uma vida simplesmente pelo fato de ela vir acompanhada de problemas. Ora, se assim fosse, a juventude que marca o coração dos pais a ferro e fogo através de sua rebeldia estaria indicada certamente para o extermínio resoluto, os idosos que significam pesados fardos para muitos teriam já de ser encaminhados para o genocídio e, além disso, a própria sociedade deveria, então, cuidar prontamente de seu suicídio coletivo para sanar as chagas que por ela são criadas.

Vê-se, com isso, que a ignorância, o comodismo, a leviandade e o sensualismo desenfreado têm criado inconsistentes e falsos argumentos visando à justificação do ato de eliminar entes que se preparam para as lutas terrenas. Algumas vezes, é comportamento leviano, indicando falta de juízo; outras, é atitude simplesmente perversa e cínica, revelando crueldade.

O abortamento econômico baseia-se nas idéias de Thomas Malthus, economista inglês, que lançou, no começo do século XX, a teoria de que a população cresceria em progressão geométrica, enquanto os meios de subsistência aumentariam em progressão aritmética. Ele defendia a existência de uma legislação especial para restringir a população, principalmente nas classes pobres.

Porém, com a evolução tecnológica e científica desencadeada na área alimentícia, hoje já é mais que conhecido que comida há de sobra, faltando, sim, uma mais justa distribuição. Além disso, vários países já entraram claramente em situações de crescimento vegetativo negativo, demonstrando que a população mundial tende a alcançar um equilíbrio numérico.

Assim, uma possível intromissão do Estado, nesse caso, seria uma violência, quaisquer que fossem as razões políticas. Que o Estado regulamente a ordem econômica ou gestão dos bens de consumo, por exemplo, é atribuição que lhe é pertinente em determinadas circunstâncias, mas não interfira no ventre materno, pois a decisão e a responsabilidade de ter ou não ter filhos pertencem à esfera privativa do livre arbítrio. Se desejarem cumprir seu dever de orientadores das massas, que os governantes trabalhem para que a dura verdade de que nem todos recebem educação e orientação suficientes seja modificada. Quanto mais bem informada é a criatura humana, mais possibilidades tem de dirigir a sua vida. Não é necessário que o Estado

ou qualquer instância "controladora" venha traçar o programa familiar, uma vez que o próprio interessado tem discernimento para fazê-lo e assumir responsabilidade.

Já a interrupção da gravidez com o fim estético, como ato absurdo que é, foge completamente ao respeito para com a vida alheia para mergulhar de cabeça no tempestuoso mar da vaidade e da egolatria.

Ora, se o abortamento é eliminar a vida que se inicia, está-se diante de uma outra modalidade de homicídio, e se por instinto de conservação tem o homem o dever de preservar a vida, há que se proteger também esta, a do conceito, que jamais se confundirá com o corpo da mãe.

Daí não se admitir a premissa abortista de que a mulher tem o direito de dispor do próprio corpo. Inegável que qualquer um, homem ou mulher, poderá escolher por seu organismo individualmente, mas não poderá fazê-lo em nome de outro ser, objetivando eliminá-lo, porquanto não é seu o corpo, não é seu apêndice ou seu órgão, mas um sistema independente, todavia não autônomo, que, por força da natureza, utiliza-se temporariamente do útero da mulher para se aperfeiçoar.

No lugar da irresponsabilidade, abraça o homem, portanto, o labor do aperfeiçoamento de uma vida entregue aos seus cuidados. Em sobreposição ao descaso, trate o Estado de agir pela melhoria física e psíquica dos povos sob sua tutela. E em vez da estética própria, que deseje a mãe a beleza que nasce junto ao seu filho, pequena flor a trazer-lhe o perfume de uma nova vida.

Esperança de vida

Progressivamente caminha a humanidade rumo a maiores integrações entre as diversas faculdades a ela inerentes. Amálgamas entre ciência, filosofia e religião são cada vez mais crescentes, comprovando a tendência holística como nova visão de conhecimento.

Encarando por esse novo prisma a temática sobre a interrupção da gestação, cria o homem novas possibilidades de avaliação, mostrando-se, assim, capaz de mais completas, racionais e lógicas interpretações. Arte unindo-se a ciência; sentimento juntando-se a razão. Tal é a propensão do novo ser ainda hoje em latência, capaz de enfrentar a decisão sobre um abortamento com inteligência e sensibilidade.

Dessa forma, os pais devem promover o bem-estar físico e psico-emocional da nova criatura sob sua tutela através da harmonia doméstica, do equilíbrio moral, dos cuidados inerentes à saúde fisiológica da mãe durante e após o período de gestação. Devem também preservar-se de desequilíbrios psico-emocionais ou desajustes de natureza física que possam comprometer a gravidez. Serão responsáveis, assim, direta ou indiretamente, dependendo do grau de intenção, de negligência, de imprudência, de indiferença ou de ignorância que tenha ocasionado o abortamento, os pais e todos aqueles que deveriam contribuir para que desse modo não ocorresse.

É possível alcançar-se, portanto, a redução dos 4,5 milhões de abortamentos anuais no Brasil sem que se legalize essa triste prática, pois que os movimentos em favor da liberação do aborto resultam em permitir-se um crime para que outro equivalente não tenha curso.

Diz-se que, na clandestinidade, o óbito das gestantes que tombam, por imprudência, em mãos incapazes e criminosas, é muito grande e, quando tal não ocorre, as conseqüências da "técnica" são dolorosas, gerando seqüelas ou dando origem a processos de enfermidades de longo curso. A providência seria, portanto, a do esclarecimento, da orientação e não do infanticídio covarde, interrompendo a vida em começo de alguém que não foi consultado quanto à gravidade do tentame e ao seu destino.

Dessa forma evitam-se as alterações deprimentes no organismo genésico da mulher, que sempre ocorrem após o abortamento, e que se agravam quando a gestante se torna responsável direta ou indiretamente pela provocação do procedimento. Além do risco de vida que poderá ocorrer durante a interrupção gestacional, outras reações do organismo poderão causar superabundância de sangue no útero, além de inflamação, dores e enfarte uterinos, espasmos dolorosos na vagina e outros tipos de perturbações do sistema genésico que, não raras vezes, resultam na formação de tumor cancerígeno.

O uso do abortamento deixou de ser, afinal, uma opção exclusivamente individual, para assumir as proporções de um problema social dos mais inquietantes. E ninguém se engane, novamente, que a prática oficial substituirá a prática criminosa, pois a clandestinidade é cúmplice do anonimato e não exige explicações.

Nos casos em que, porém, a mulher se decide por praticar a interrupção da gravidez, lembre-se o homem que, na atualidade, o cumprimento das penas, impostas pelas leis terrenas, não raras vezes é falho e nem sempre causa efeito moral positivo. Excluir alguém do meio social sem educá-lo através do trabalho e do estudo, reabilitando-o intelectual e moralmente, é cometer um crime para penalizá-lo pela prática de outro. Que a humanidade abrace, portanto, a causa fraterna do auxílio mútuo, oferecendo esclarecimento sempre e compreensão quando necessária.

Por fim, o dilema sobre o abortamento nunca será satisfatoriamente resolvido caso não se esclareça a compreensão de que, *"ao renascer, o Espírito é semelhante a um botão de rosa, que tem, no mundo das formas, importante missão a desempenhar. Destruir, pois, o jardineiro, o botão que anseia por desabrochar, constitui prática criminosa, eis que, com ela, privará de belo e perfumado ornamento os quadros da Natureza."* (31).

Bibliografia

- 1) Apostila: Defenda a Vida - Não ao aborto - União Espírita Paraense, 1998
- 2) Alves, Nércio Antônio - Nós abortamos.... Gráfica Ed., 1987
- 3) Amomm, Deolindo; Miranda, Hermínio C. - O Espiritismo e os Problemas Humanos. USE Ed., 2ª ed., 1991
- 4) Ângelis, Joanna de - Alerta. Ed. Leal, 2ª ed., 1981
- 5) Ângelis, Joanna de - Após a Tempestade. Ed. Leal, 6ª ed., 1974
- 6) Ângelis, Joanna de; Prisco, Marco - Luz Viva. Ed. Leal, 1985
- 7) Braga Filho, Carlos Ehlke; Braga, Marcia R. V. Marcondes - Discussão de um caso de aborto legal. Ar. Cons. Region. Med. do

- PR, 1998
- 8) Brasileiro, Emídio – Sexo - Problema e Solução. Gráf. Ed. Esp. Paulo de Tarso, 1996
 - 9) Burr, Harold Saxton – *Blueprint for Immortality*
 - 10) D'Urso, Luíz Flávio Borges – A propósito do aborto. <http://www.cfm.org.br/revbio.htm>, Revista Bioética, vol. 2, 1994
 - 11) Dallari, Sueli Gandolfi – Aborto, um problema ético da saúde pública. <http://www.cfm.org.br/revbio.htm>, Revista Bioética, vol. 2, 1994
 - 12) Emmanuel – Pérolas do Além. Ed. FEB, 5ª ed., 1952
 - 13) França, Genival Veloso de – Aborto - Breves Reflexões sobre o Direito de Viver. <http://www.cfm.org.br/revbio.htm>, Revista Bioética, vol. 2, 1994
 - 14) Ghitton, Jean – Deus e a Ciência
 - 15) Grande Enciclopédia Larousse Cultural. Nova Cultural, 1998
 - 16) Jornal do CRM-PR (junho/julho de 1998)
 - 17) Jornal Folha Espírita (agosto de 1998)
 - 18) Jornal Gazeta do Povo (17/07/1998)
 - 19) Jornal Gazeta do Povo (03/10/1998)
 - 20) Jornal Gazeta do Povo (04/10/1998)
 - 21) Jornal Gazeta do Povo (06/10/1998)
 - 22) Jornal Gazeta do Povo (26/10/1998)
 - 23) Jornal Gazeta do Povo (04/01/1999)
 - 24) Jornal Mundo Espírita (dezembro de 1997)
 - 25) Kardec, Allan – O Céu e o Inferno. IDE, 1998
 - 26) Kardec, Allan – O Evangelho segundo o Espiritismo. IDE, 1998
 - 27) Kardec, Allan – O Livro dos Espíritos. IDE, 1998
 - 28) Kardec, Allan – O que é o espiritismo, Ed. FEB, 1944
 - 29) Livro Campanha Vida, Sim à Gravidez. Ed. FEB, AME-PR, 1999
 - 30) Nobre, Marlene Rossi Severino – Razões científicas contra o aborto
 - 31) Peralva, Martins – O Pensamento de Emmanuel. Ed. FEB, 5ª ed., 1971
 - 32) Revista Injustiça (09/07/1999)
 - 33) Revista Internacional de Espiritismo (junho de 1999)
 - 34) Revista Isto É/Senhor (23/08/1989)
 - 35) Revista Mas Allá, nº 108
 - 36) Revista Tempo Livre / Médico (ano 4, número 15)
 - 37) Revista Veja (17/07/1997)
 - 38) Simonetti, Richard – Não Pise na Bola. Casa Ed. O Clarim, 6ª ed., 1998
 - 39) Szklarosky, Leon Frejda – O Aborto. <http://www.cfm.org.br/revbio.htm>, Revista Bioética, vol. 2, 1994

Palavras-Chave - aborto, malformação, direito da mulher, eugenia, direito de não nascer.

Key Words - abortion, malformation, women's right's, eugenics, wrongfullife.

LISTA NACIONAL ÚNICA DE RECEPTORES

Parecer CFM

EMENTA

A Lista Nacional Única de Transplantes estabelece a seqüência de inscrições na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. A priorização de receptores mais graves é decisão da equipe médica que lhes presta assistência e será comunicada à Coordenadoria de Transplantes.

CONSULTA

Em correspondência datada de 27/04/98 o CREMERS repassa a este Conselho Federal manifestação do grupo de Transplante Hepático Ltda. Do Hospital São Francisco na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

“Conforme é de seu conhecimento, está sendo implementada em nosso país a Lista Nacional Única de Receptores (LUNR), que pretende gerenciar a distribuição de órgãos para uso em transplante. Como um grupo envolvido diretamente no assunto – alguns de nós atuando em transplantes há cerca de 30 anos – somos contra esta diretiva ministerial, no que diz respeito a pacientes que aguardam transplante de fígado. Esta lista, única no mundo, foi uma criação brasileira. O motivo oficial de sua criação foi excelente oportunizar a todos os pacientes que necessitem transplantes condições de igualdade para realizar o procedimento. Na verdade, em relação ao transplante de fígado, a origem da LUNR foi conseqüente a um desacerto entre as equipes que realizam transplante hepático em São Paulo (Raia S. Transplante de Fígado. Médicos 1998, 1:89 – 94). Desta maneira, por influência de uma instituição – Hospital de clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – e para tentar resolver um problema regional sobre distribuição de fígado, são estabelecidos critérios nacionais de distribuição de todos os órgãos. Na verdade a LUNR, já em vigor em São Paulo, no que diz respeito aos transplantes de fígado, só aumentou o número de problemas e sua vigência é discutida a nível de Ministério Público.

As razões pelas quais estamos contra a introdução da LUNR, no que se relaciona ao transplante hepático, estão consubstanciadas no documento anexo. Em resumo, entendemos que com a LUNR este grupo de pacientes só terão prejuízos – morrendo em lista de espera em porcentagem maior do que é o esperado – e nenhum benefício.

Acreditamos que o Conselho Regional de Medicina e o Conselho Federal de Medicina podem e devem analisar este problema, com a imparcialidade que os caracteriza.”

Do documento anexo transcrevemos os trechos mais importantes:

"...1 – Os médicos que tiverem a idéia de criar a LUNR realizam o maior número de transplantes mas, com o receio de que seriam preteridos na distribuição dos órgãos, pela sua destinação preferencial às outras instituições, já que estas são em maior número, desencadearam uma estratégia com a pretensão monopolista de se apropriarem da maioria, senão de todos, os enxertos. Basearam-se nas premissas de ter o maior número de pacientes em lista de espera e de trabalhar em instituição governamental onde, teoricamente, os pacientes não tem gastos com os procedimentos. Aliada à estas idéias, surgiu a imputação da duvidosa honestidade de propósitos dos demais grupos médicos, que estariam beneficiando pacientes particulares ou conveniados, fazendo com que eles fossem galgados às primeiras posições das listas de espera e recebessem, com prioridade, órgãos que, eventualmente, beneficiariam pacientes pobres do SUS.

Estas idéias, base para o desencadeamento da utilização da LUNR, fazem uma discriminação, odiosa, rechaçando do grupo de brasileiros todos aqueles que eventualmente possam pagar um convênio ou um transplante privado (na verdade muito poucos), como se essa situação fosse um demérito e não tivessem direitos semelhantes aos demais. A sustentação e manutenção destes princípios é da mais pura demagogia populista, de cunho ideológico. A outra é a da presumida desonestidade dos grupos, o que consideramos uma demasia, na sua generalização."

2 – "Contudo, a determinação de quem receberá o órgão, pela CNCDOs, baseada apenas na antigüidade de permanência do candidato na lista de espera, poderá ser injusta, pois levaria em consideração um dos aspectos mais importantes na decisão de que deverá receber o órgão – a gravidade do paciente, naquele exato momento. Na verdade, além do critério de antigüidade na lista de espera (talvez o de menor relevância), de compatibilidade de peso/altura e de compatibilidade sanguínea, entre doador e receptor – o que sem dúvida, um programa de computador pode decidir em questão de segundos – os grupos transplantadores de todo o mundo levam em consideração, na tomada final de decisão de que vai ser transplantado naquele momento, os aspectos clínicos de gravidade e urgência de cada candidato. As CNCDOs, nas regras estabelecidas, em nosso entendimento, não valorizam estes últimos aspectos e mesmo que o tivessem, não teriam condições técnicas conhecimento especializado, capacidade de discernimento para a escolha e a agilidade necessária para em uma ou duas horas, determinar quem é o escolhido. Ademais, mesmo que as CNCDOs, queiram considerar os aspectos clínicos de gravidade e de urgência para determinar quem vai ser transplantado, deverão basear-se nas informações dos grupos transplantadores para a tomada de decisão. No entanto, estes não terão capacidade de municiar, de forma contínua, as CNCDOs com dados tão mutáveis e variáveis, a regra na evolução clínica das doenças hepáticas graves.

Os pacientes que necessitem transplantes de fígado, coração e pulmões não contam com a possibilidade de alguma terapêutica artificial que substitua as funções desses órgãos (como as máquinas de hemodiálise). No caso do enxerto não funcionar e não houver possibilidade de fazer um segundo transplante, logo em seguida, o paciente morre.

"2 – A data de entrada na LUNR, sendo o fator fundamental e decisivo para a indicação de recepção de um órgão, poderá propiciar um "inchaço" na lista de espera, com a inclusão de candidatos que ainda não estão no momento adequado para receber um enxerto e que possivelmente viverão algum tempo em condições razoáveis sem o transplante mas que entram em lista para "reservar" o seu lugar. Estariam ocupando, na fila de espera, o lugar de pacientes em piores condições. Estes, portanto, poderão ser preteridos pelos mais antigos na lista e poderão morrer enquanto aguardam um órgão."

4 – "Em nossa opinião:

1 – A chamada LUNR deveria existir como um CNR onde estarão listados todos os receptores que necessitam qualquer tipo de órgão ou enxerto e que estejam aguardando doações. Neste cadastro, estarão identificadas as características clínicas e físicas dos receptores e indicações para a sua localização. Os pacientes transplantados ou enxertados, e aqueles que morreram serão excluídos deste cadastro. O CNR deveria ainda, criar uma estrutura para fornecer informações objetivas do número de candidatos registrados por necessidade de órgãos ou tecidos, o tempo de espera na fila do transplante realizados, o número de mortes na fila de espera, o local da origem dos doadores, as entradas e saídas das listas por intercorrências médicas, as retiradas definitivas das listas por patologias intercorrentes ou novas, etc."

5 – "O Governo deveria **fiscalizar e auditar** a execução e funcionamento dos grupos transplantadores o que, infelizmente ainda não executa e não faz – fiscalizar as UTIs no sentido de tornar eficaz a lei que determina a obrigatoriedade de notificação de morte encefálica, prover medicação específica às necessidades dos transplantados, o que faz de maneira um tanto insuficiente."

6 – "Nas áreas de CNCDOs onde há mais do que um grupo transplantador, como aqui no Rio Grande do Sul, o ideal é manter o que já está fazendo uma distribuição equânime entre as instituições envolvidas no processo. Não conseguimos ver ou entender como os pacientes possam ser prejudicados por esta conduta. E porque acreditamos nisso? O paciente, candidato ao transplante, é ligado ao grupo ou referenciado para o mesmo pelo seu médico assistente. Existem vínculos prévios ou que se formam, estabelecendo-se uma relação médica – paciente muito intensa, próxima, baseada na indicação confiança, relação, espera, conhecimento, responsabilidade, rigor técnico, reconhecimento, dependência, fantasia e utopias. A equipe transplantadora, pelos seus médicos, assume a responsabilidade de acolher o candidato independentemente de sua origem, raça, cor, credo, condição social ou econômica. Também fica responsável por avaliar, diagnosticar, acompanhar, atender, discutir, analisar o diagnóstico, tratar as complicações, enquadrar o paciente como candidato a lista de espera e considerar a existência de possíveis contra – indicações para o transplante hepático e, somente após estas etapas, colocá-lo em lista de espera. Após a aceitação, com a assinatura de um termo de compromisso bilateral, o paciente ingressa na lista de espera, fica ligado intrinsecamente ao grupo transplantador e aguarda o transplante ou a morte. O transplante ocorrendo e sendo bem sucedido, como na maioria das vezes acontece, determina a ligação permanente e contínua do paciente ao grupo. Portanto, o paciente

fixa-se ao médico, ao grupo, a equipe.

O médico é um profissional liberal. Esta afirmação não significa caracterizar-se por atender somente pacientes diferenciados, privados ou conveniados e sim por ter condições de decidir o que é melhor ou não para o seu paciente. Essa condição e capacidade são determinantes do aspecto liberal e independente da arte e ação da medicina. O médico ao assumir essas premissas básicas e intrínsecas do seu trabalho cotidiano, carrega também, indissolavelmente, a responsabilidade dos seus atos, que são intransferíveis. Estas ações livres e independentes para tomar as decisões em relação à conduta a ser seguida com os pacientes, são ações individuais ou coletivas, de grupo, baseadas em conhecimentos técnicos e não em decisões fundamentadas em regras burocráticas, regulamentos, listagens ou em critérios políticos ou sociais. Assim, não poderá ser uma instituição, uma comissão, uma lista única nacional de receptores real, mas etérea, quem vai determinar qual paciente deva ser transplantado. Quem deve decidir é o médico, não o Ministério, não a Secretaria, não a CNCDO. Esta responsabilidade e obrigação é intransferível e pertence ao médico exercê-la."

Estes são os pontos fundamentais da consulta formulada.

ANÁLISE

A lista nacional única de receptores foi instituída pelo Decreto 2.268 de 30/06/97, que regulamenta a Lei 9.434, de 04/02/97, estando contemplada nos artigos abaixo transcritos:

"Art. 4º - O Ministério da Saúde, por intermédio de unidade própria, prevista em sua estrutura regimental, exercerá as funções de órgão central do ST, cabendo-lhe, especificamente:

.....
III – gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com as suas condições orgânicas;"

"Art. 7º - Incumbe às CNCDOs:

.....
II – promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismos para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite;

III – classificar os receptores e agrupá-los segundo as indicações do inciso anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante;

IV – comunicar ao órgão central do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;

V – receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação;

VI – determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retirados ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observado o disposto no inciso III deste artigo e em instruções ou regulamentos técnicos, expedidos na forma do artigo 28 deste Decreto;

VII – notificar o órgão central do SNT de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seus registros, para utilização dentre os relacionamentos na lista nacional;”

“Art. 24. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será autorizada após a realização, no doador, de todos os testes para diagnóstico de infecções e afecções, principalmente em relação ao sangue, observando-se, quanto a este, inclusive os exigidos na imagem para doação, segundo dispõem a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.”

.....
“§ 3 – O transplante dependerá, ainda, dos exames necessários à verificação de compatibilidade sangüínea e histocompatibilidade com o organismo de receptor inscrito, em lista de espera, nas CNCDOs.

“§ 4º - A CNCDO, em face das informações que lhe serão passadas pela equipe de retirada indicará a destinação dos tecidos, órgãos e partes removidos, em estrita observância a ordem de receptores inscritos, com compatibilidade para recebê-los.

“§ 5º - A ordem de inscrição, prevista no parágrafo anterior, poderá deixar de ser observada, se em razão da distância e das condições de transportes, o tempo estimado de deslocamento do receptor selecionado tornar inviável o transplante de tecidos, órgãos ou partes retirados ou se deles necessitar quem se encontre em iminência de óbito, segundo avaliação da CNCDO, observados os critérios estabelecidos pelo órgão central do SNT.”

Através da Portaria 3407/GM, de 05/08/98, o Ministério da Saúde regulamentou a matéria, sendo de importância:

“Capítulo VII
Do Sistema de Lista Única
Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 33. O sistema de lista única previsto no inciso III do artigo 4º e nos incisos II, III e IV do artigo 7º do Decreto nº 2.268, de 1997 e art. 3º desta portaria, é constituído pelos conjuntos de critérios específicos para a distribuição de cada tipo de órgão ou tecido para receptores.

Art. 34. Todos órgãos ou tecidos obtidos de doador cadáver, que para a sua destinação contarem com receptores em regime de espera, deverão ser distribuídos segundo o sistema de lista única.

Art. 35. A inscrição dos pacientes no Sistema de Lista Única, conforme o disposto nos incisos II e III do artigo 7º do Decreto nº 2.268, de 1997, dar-se-á na CNCDO com atuação na área de sua residência pelo estabelecimento de saúde ou pela equipe responsável pelo seu atendimento.

§ 1º O paciente ao ser inscrito no sistema de lista única, conforme o disposto no inciso III do artigo 7º do Decreto nº 2.268, de 1997, deve receber do estabelecimento de saúde que encaminhou a sua inscrição, o comprovante de sua inclusão expedido pela CNCDO, bem como as explicações específicas sobre os critérios de distribuição do órgão ou tecido ao qual se relaciona como possível receptor.

§ 2º A data de inscrição do paciente na lista única é o referencial para o início do cômputo do tempo de espera.

§ 3º A transferência de inscrição de uma CNCDO para outra poderá ocorrer mediante solicitação do receptor, encaminhada pelo estabelecimento ou equipe que passará a atendê-lo.

§ 4º Havendo transferência da inscrição do receptor, para o cômputo do tempo de espera será considerada a data da inscrição anterior.

Art. 36. O Sistema de Lista Única, para cada tipo de órgão, parte ou tecido, possui três níveis de integração expresso nas listas nacionais, estaduais e regionais.

§ 1º As listas nacionais serão constituídas pelos conjuntos das listas estaduais.

§ 2º As listas estaduais serão constituídas pelos conjuntos das listas das CNCDO sob sua jurisdição.

§ 3º As listas regionais serão constituídas pelas inscrições dos pacientes na CNCDO regional.

§ 4º Mediante instrumento de cooperação formalizado entre Estados, as listas estaduais ou regionais poderão incluir pacientes de todo um outro Estado ou de região deste.

§ 5º Para a constituição de uma lista para determinado órgão ou tecido, a CNCDO deverá possuir, no território de sua atuação, estabelecimento de saúde e equipe técnica autorizados para a realização do transplante ou enxerto correspondente.

Art. 37. Os dados clínicos dos receptores potenciais inscritos no Sistema de Lista Única constituem o Cadastro Técnico referente a cada tipo de órgão parte ou tecido.

§ 1º Para cada órgão, parte ou tecido disponível deve ser feita a correlação entre as características antropométricas e imunológicas o doador cadáver e o Cadastro Técnico correspondente, empregando-se os critérios específicos referentes a cada tipo de órgão, parte ou tecido, para a ordenação dos receptores quanto à precedência.

§ 2º Quando o receptor necessitar de órgãos diversos, o critério de distribuição será o definido para o órgão de maior demanda no sistema de lista única.

§ 3º No âmbito estadual poderão ser adotados critérios adicionais que terão caráter suplementar, de modo a não sobrepujar os referidos no parágrafo primeiro.

Art. 38. Na ocorrência das condições clínicas de urgência para a realização de transplantes, a CNCDO deve ser comunicada para a indicação da precedência do paciente em relação a Lista Única.

Parágrafo único. A comunicação da urgência deve ser reiterada e justificada a CNCDO, decorridas setenta e duas horas após a comunicação anterior, exceto para o rim.

Seção II

Da Distribuição de Órgãos

Art. 39. A seleção de pacientes para a distribuição de cada tipo de órgão, parte e tecido captado deve ser feita empregando-se os critérios mínimos a seguir:

I – para rins:

a) critérios excludentes:

1. amostra do soro do receptor fora do prazo de validade;
2. Incompatibilidade sanguínea entre o doador e receptor, em relação

aos sistemas ABO.

b) critérios de classificação:

1. compatibilidade em relação aos Antígenos Leucocitários Humanos, "HLA";
2. idade do receptor;
3. tempo decorrido da inscrição na lista única;
4. indicação de transplante combinado de rim e pâncreas;

II – para fígado:

a) critérios de classificação:

1. identidade sanguínea, em relação ao sistema ABO, entre doador e receptor;
2. precedência quando doador e receptor tiverem o peso corporal abaixo de quarenta quilogramas;
3. tempo decorrido da inscrição na lista única;

III – para pulmão:

a) critérios excludentes:

1. incompatibilidade sanguínea, em relação ao sistema ABO, entre o doador e receptor;
2. reatividade contra painel em percentual igual ou maior que dez por cento.
3. relação, entre o peso corporal do doador e do receptor, excedendo vinte por cento.

b) critérios de classificação:

1. indicação de transplante bilateral;
2. idade do receptor;
3. tempo decorrido da inscrição na lista única.

IV – para coração:

a) critérios excludentes:

1. incompatibilidade sanguínea, em relação ao sistema ABO, entre o doador e receptor, exceto em casos de urgências;
2. incompatibilidade de peso corporal entre o doador e receptor;

b) critérios de classificação:

1. compatibilidade de peso corporal entre o doador e receptor;
2. idade do receptor;
3. tempo decorrido da inscrição na lista única.

V – para córnea, critérios de classificação:

a) tempo decorrido da inscrição na lista única;

b) compatibilidade de idade entre o doador e receptor.

Parágrafo único. O emprego dos critérios mínimos se dará mediante o estabelecido em árvore de decisão, regulamentada, no âmbito nacional, pela Secretaria de Assistência à Saúde, conforme o disposto no artigo 29 do Decreto nº 2.268 de 1997.

Seção III

Da Determinação da Urgência

Art. 40. Em relação a cada órgão, a seguir especificado, a urgência do transplante, é determinada:

I – rim – A falta de acesso para a realização das modalidades de diálise.

II – fígado:

a) hepatite fulminante;

b) retransplante indicado no período de quarenta e oito horas após o transplante anterior;

III – pulmão, retransplante indicado no período de quarenta e oito horas após o transplante anterior.

IV – coração:

a) retransplante indicado no período de quarenta e oito horas após o transplante anterior.

b) choque cardiogênico;

c) necessidade de internação em unidade de terapia intensiva e medicação vasopressora;

d) necessidade de auxílio mecânico à atividade cardíaca.

V – córnea:

a) falência de enxerto, estado de opacidade com duração superior a trinta dias;

b) úlcera de córnea sem resposta a tratamento;

c) iminência de perfuração de córnea – descementocèle;

d) perfuração do globo ocular;

e) receptor com idade inferior a sete anos que apresente opacidade corneana bilateral.”

CONCLUSÃO

Em nossa opinião, são dignas de louvor as preocupações manifestadas pelo consulente. Pensamos, porém, que após análise aos textos acima transcritos (alguns posteriores à consulta), as dúvidas manifestadas estão sanadas, pois fica patente a possibilidade do médico acompanhante e sua equipe de priorizar um receptor, em situação clínica mais grave, em detrimento da ordem de inscrição que deve ser entendida como a regra geral que admite exceções quando se tratar do bem supremo que é a vida.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 25 de julho de 1998

Nei Moreira da Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3.145/98

Parecer Aprovado

Sessão Plenária 22/7/99

Palavras-Chave - transplante, lista de receptores, prioridade de transplante.

Key Words - transplantation, receptors list, transplantation priorities, waiting lists.

RESPONSABILIDADE DE CONTATO, SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE VAGA EM HOSPITAL DO SUS, PARA PACIENTE DE PLANO DE SAÚDE, QUANDO FINDER A COBERTURA DO PLANO

Parecer CFM

EMENTA

O médico não é responsável por pesquisar vagas em outro hospital para transferência de pacientes por motivos administrativos. Quando houver a transferência, é de sua obrigação, exarar relatório médico.

A CONSULTA

Dra. Alba Valéria Eira Fleury, Coordenadora do Núcleo de Regulação da CASSI-SEDE, encaminha a seguinte consulta ao CFM:

"ASSUNTO: RESPONSABILIDADE EM CASO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – LEI 9656/98

Solicitamos a manifestação deste renomado Conselho Federal de Medicina em uma situação que se não for corrigida, trará grandes prejuízos para o paciente.

Conforme a resolução do CONSU nº 13 de 03.11.98 art. 07 parágrafo 2º temos: "cabará à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma Unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento."

Perguntamos: Quando o paciente estiver internado em um serviço de saúde privado, e por motivo de força maior findar a cobertura do seu plano de saúde, a quem caberá o contato com o hospital do SUS e a solicitação de vaga, haja visto que a lei é clara quando fala da responsabilidade da remoção do paciente, mas é omissa quanto a procura da vaga em hospital do SUS. E ainda como poderia uma operadora obter vaga à distância, se o usuário em questão está sob supervisão de médicos que podem fornecer muito mais informações à Unidade na qual se pleiteia uma vaga?"

O PARECER

Apesar de na pergunta não constar as palavras urgência e emergência, no assunto-título a consulta explicita estes casos, vem como a Resolução CONSU nº 13, de 3.11.98, dispõe sobre "a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência" e assim diz, resumidamente:

No 1º artigo garante a atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato está adstrito.

Art. 2º - O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

Parágrafo único – Procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, mesmo dentro das 12 (doze) horas serão de responsabilidade do contratante.

Art. 3º - Contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a sua alta, ou sejam necessários a preservação da vida, órgãos e funções.

§1º - Contratos de segmento hospitalar durante carência são conhecidos como de segmento ambulatorial.

§2º - No plano de segmento hospitalar, os atendimentos de acidentes pessoais não têm restrições após 24 horas de urgência.

§3º - Para o atendimento que não vier a se caracterizar como próprio do plano hospitalar, risco de vida ou ainda de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

Art. 4º - Planos hospitalares garantem atendimento de urgência e emergência quando se referem ao processo gestacional, com ou sem cobertura obstétrica.

§1º - Planos sem cobertura obstétrica ou sob carência, segue o disposto no art. 2º.

Art. 5º - Plano referência garante cobertura total.

Art. 6º - Plano ou seguro referência com acordo de cobertura parcial de doenças e lesões preexistentes e cobertura será igual ao plano ambulatorial do art. 2º.

Art. 7º - A operadora garante a remoção após os atendimentos de urgência e emergência.

§1º - Quando houver risco de vida para a remoção, contratante e prestador negociarão entre si sem ônus para a operadora.

§2º - Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade pela remoção para uma entidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do tratamento.

§3º - A operadora disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade quando for efetuado o registro do paciente na unidade do SUS.

Art. 8º - Aplicam-se as disposições aos contratos celebrados na vigência da lei 9656/98 e aos previamente existentes, a partir das respectivas adaptações.

Entendemos importante ressaltar que, neste parecer, opinamos pelas situações de urgência e emergência, já que nos planos hospitalares está vedada a limitação de prazo de internação.

Nos casos em tela, previstos na Resolução CONSU nº 13 e que impliquem em remoção, a norma é clara quando fala em responsabilidade pela remoção. Este ato significa disponibilizar ao paciente todos os recursos necessários, somente cessando a sua responsabilidade, em todos os sentidos, após registro do mesmo na unidade do SUS.

Diferenciamos o ato profissional do ato administrativo:

Duas partes celebram contrato, as quais referenciam local para atendimento – atos estes somente administrativos.

O médico em hospital privado referenciado atende a paciente em caráter de urgência ou emergência, exclusivamente submetido às normas técnicas e éticas da profissão.

O fato circunstancial do paciente sob tratamento de urgência ou emergência necessitar de remoção é um evento totalmente administrativo e de âmbito diverso do ato profissional. Ele cuidará do paciente independente de remoção ou não. Não se deve confundir a obrigação que o médico tem de realizar um relatório médico para acompanhar ou antecipar informes para a remoção, com o ato puramente administrativo de conseguir vaga no SUS. Isto deve ser preocupação de contratante, contratado ou prestador administrativo dos serviços, mas seguramente nunca do médico assistente. Ele não pode ter interesse ou destinteresse que macule ou influencie seu desempenho e, muitas vezes, não poderá parar de realizar procedimento médico para substituí-lo com atitudes administrativas.

Daí, entendermos que com perspicácia o legislador preocupou-se em responsabilizar a operadora pela remoção do paciente ate o seu registro no SUS.

O médico, por sua vez, deverá exarar relatório para remoção. Muitas vezes, preocupado com o paciente, poderá contribuir com informes telefônicos a médico de instituição do SUS. Tudo isto no âmbito exclusivamente técnico e jamais com a responsabilidade administrativa de procurar vaga no SUS, para remoção.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 2 de junho de 1999.

Lucio Mario da Cruz Bulhões
Conselheiro Relator

Processo-Consulta CFM nº 1591/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 23/7/99.

Palavras-Chave - vaga hospitalar, responsabilidade de internação, remoção.

Key Words - hospital admission, liability legal, patient removal.

PAGAMENTO DO MÉDICO ASSISTENTE EM CONCOMITÂNCIA COM O INTENSIVISTA PLANTONISTA NA UTI

Parecer CFM

EMENTA

Paciente que necessita de terapia intensiva tem direito a seu médico assistente e ao acompanhamento médico intensivo, enquanto perdurar a situação de exceção. Os médicos, conseqüentemente, têm direito à remuneração por seu trabalho.

CONSULTA

Através do ofício GEAP/DISER/024/98, consulta-se o Conselho Federal de Medicina nos seguintes termos:

“Solicitamos consulta quanto ao pagamento do médico assistente em concomitância com o intensivista plantonista na UTI, uma vez que temos pareceres conflitantes.

A AMB – Associação Médica Brasileira, após consulta da AMIB – Associação de Medicina Intensivista Brasileira, esclarece que o médico assistente é entendido exclusivamente como aquele que atendeu o paciente à sua entrada na UTI. É esse profissional que não deve ser obrigatoriamente remunerado enquanto o paciente se encontrar na UTI. Entende também, que o paciente internado em UTI fica sob inteira responsabilidade da equipe de médicos intensivistas, que pode solicitar eventualmente avaliações de especialistas, e neste caso devem ser remunerados por uma visita hospitalar.

No entanto, temos parecer de um Conselho Regional de Medicina, que entende que o médico assistente deve ser remunerado concomitantemente com o intensivista plantonista, como se fora o intensivista diarista.

Nenhuma tabela AMB ou mesmo a LPM contempla honorários para acompanhamento do médico assistente na UTI.

Gostaríamos de saber se existe outra interpretação diferente da que prevê a AMB – Associação Médica Brasileira.”

O PARECER

Já tivemos a oportunidade de discorrer sobre este assunto no âmbito do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul.

Na verdade, o Conselho Federal de Medicina já tem opinião formada em torno do mérito em tela, no parecer exarado em 9/3/90 pelo conselheiro Cláudio Balduino Souto Franzen, no qual cita o nosso parecer oriundo do CRM-MS.

Em tese, o fator complicador para as dúvidas correntes em relação a um tratamento médico, tem base no custo fixo e linearmente calculado no somatório dos itens medicamentos mais diária hospitalar mais material de consumo mais exames complementares mais honorário médico.

Ou seja, o que é a assistência médica?

O que melhor explica essa definição é a própria contradição observada na intermediação referenciada pelos convênios, pois estimulam a atenção médica precoce e diretamente com o especialista; no entanto, quando necessitam da atenção de mais de um médico, querem que haja o predomínio da visão generalista.

Melhor discorrendo, a perfeita maneira de se entender a terapia intensiva é pela importância do local adequado para a situação especial enfrentada pelo paciente.

É bom que se destaque que médico assistente é aquele que já tratava do paciente anteriormente à sua internação na UTI, ou que na sua entrada no hospital, em caso de emergência, recebe a responsabilidade pela assistência, sendo o paciente internado em seu nome – tendo a anuência do paciente, familiares ou responsável legal. Esta responsabilidade poderá ser devidamente transferida para outro médico quando houver anuência para assunção do tratamento.

Os tratamentos médicos habituais são realizados a distância do médico, através de sua orientação e prescrição. Ou seja, a sua assistência existe, independentemente de sua presença, ou de ser generalista ou mesmo superespecialista.

A terapia intensiva, com a presença de médico constantemente acompanhando o paciente e a monitoração complementada por aparato tecnológico, significa a atenção a uma condição especial de instabilidade de aparelhos e sistemas orgânicos, os quais devem ser prontamente atendidos para manutenção da vida, em caso de necessidade. Obviamente, aí estão incluídos os casos clínicos de necessidade absoluta, como os que requerem respiração artificial, falência hemodinâmica, etc.

Essa atenção ou assistência intensiva requer conhecimentos específicos e a presença do médico no local. Sua presença de forma alguma invalida ou desvaloriza a assistência médica que o paciente já vinha tendo fora da UTI. Muito pelo contrário, ressalta a importância desta assistência. As equipes médicas de UTI são geralmente compostas por plantonistas que se revezam em escala, distribuídos nas 24 horas do dia e alternadamente na semana. Por mais que anotem com todos os detalhes as alterações do quadro clínico, os resultados dos exames, ou por melhor que descrevam verbalmente os casos clínicos para o plantonista que os sucedam na escala, estes médicos intensivistas não conseguem passar a visão global das mudanças clínicas do paciente, principalmente se já for paciente de longa data do médico assistente. Existem dados clínicos individualizados que somente com o acompanhamento diário da evolução do paciente o médico consegue avaliar. E, definitivamente, são dados que não se podem digitalizar no monitor de aparelhos. Estes médicos assistentes devem, pois, liderar o tratamento, em comum acordo com a equipe intensivista. Tudo isto em nome do melhor para o paciente. Tanto é real a melhora de qualidade que UTIs de excelência têm mantido em seus quadros o médico diarista e o intensivista quando o diarista acompanha, como informa o termo, diariamente os pacientes sob terapia intensiva. Isto foi, inclusive, recentemente normatizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 3.432, de 12/8/99. Esta forma de organização é uma decisão acertada, por uma questão de qualidade interna da UTI, mas não se compara a uma assistência do médico pessoal, conhecedor de todos os aspectos passados e atualizados sobre a doença e tratamento do paciente que temporariamente necessita de terapia intensiva.

E o mais importante, este médico continuará tratando do paciente após a alta da UTI.

Ou seja, se o médico assistente continua realizando o seu trabalho, visitando rotineiramente o paciente, com esta rotina se adequando às necessidades de cada caso, este médico continua cumprindo seu trabalho. Os médicos intensivistas são os médicos especiais, para uma situação eventual, e estarão ali para garantir a vida ao tomar decisões que somente médicos podem tomar, muitas vezes de comum acordo com o médico assistente. Esta equipe intensivista também estará cumprido seu trabalho.

Cada um, assistente e intensivista, faz a sua parte diante das necessidades especiais e temporárias do quadro clínico do paciente. Deve pois ser entendida a concomitância de ação como um direito do paciente, na busca do melhor desempenho profissional visando a sua cura.

Conforme palavras do saudoso ex-assessor jurídico do CRM-MS, dr. Ricardo Brandão: "O direito do médico receber honorários pelos trabalhos prestados decorre do princípio constitucional que contempla justo pagamento por trabalho em qualquer tipo de atividade lícita exercida pelo cidadão. É fator mesmo de justiça social e de equilíbrio da sociedade" – e nós completamos com estas palavras: "(...) e de grande relevância para o bom andamento do tratamento, quando equipe intensivista e médico assistente deverão interagir, guardados os cuidados previstos nos protocolos da UTI, bem como de opinião e linha de conduta de ambos".

Este entendimento não tem o cunho corporativo de encarecer os custos em benefício do médico. É tão somente um demonstrativo simples em que se observa a diferença real existente entre o trabalho de um e de outro. Queremos crer que o ofício da Associação Médica Brasileira ao GEAP tenha sido uma resposta administrativa, sem o conteúdo discursivo sobre o mérito do direito da remuneração por trabalho médico efetivamente prestado. Até porque não é a LPM que irá estimular atitudes errôneas de médicos assistentes no sentido de largarem tratamentos no meio do caminho, pois nada iriam receber do convênio durante a internação do seu paciente na UTI.

São trabalhos diferentes e que merecem remuneração à parte.

Este é o nosso entendimento.

Brasília, 02 de março de 1999.

Lúcio Mário da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Processo Consulta CFM Nº 4511/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/06/99

Palavras-Chave - pagamento médico, honorário médico individual, Intensivo, médico assistente.
Key Words - medical fees, assistants physicians, intensive care physician.

INSCRIÇÃO DE EMPRESA MÉDICA EM OUTRO CONSELHO

Parecer CFM

EMENTA

Empresa prestadora de assistência médica, composta por médicos, está obrigada a inscrever-se somente no Conselho Regional de Medicina, conforme Lei nº 6.839 de 30/10/1980.

PARECER

Em 24 de julho de 1996, os diretores da NUTROCLIN, médicos proprietários da firma, consultam ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro o seguinte:

“Solicitamos orientação quanto ao fato ocorrido em 12/07/96; quando recebemos intimação do Conselho Regional de Nutrição exigindo a atuação de nutricionista em nossa firma, sob pena de multa e interdição de nossa atividade.

Nossa firma Nutroclin é composta por médicos com formação em Clínica Médica, Terapia Intensiva e Suporte Nutricional, todos especialistas pela Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral, filiada à AMB.

Nossa atuação profissional baseia-se na avaliação clínica de pacientes (anamnese, exame físico, interpretação de exames complementares), definição da melhor via de acesso nutricional e prescrição de nutrição enteral ou parenteral. Por ser uma atividade que basicamente realiza-se em ambiente hospitalar, mantemos contato intenso com o nutricionista responsável pelo preparo das misturas nutritivas enterais e parenterais. Dessa forma, ficamos surpresos com tal exigência, uma vez que acreditamos ter cumprido todos os trâmites legais na constituição da firma.”

Estão anexos o Termo de Visita – Fiscalização e o Auto de Ocorrência, do Conselho Regional de Nutricionistas – 4ª Região, de 12/07/96, onde assinala-se como irregularidade não estar a firma inscrita no Conselho de Nutricionistas. Nesse auto, lê-se a seguinte orientação:

“Promover registro conforme parágrafo único do artigo 15 da lei 6.583/78, combinado com o inciso VI do artigo 3º da lei 8.234 e artigo 1º, parágrafo 1º, alínea f da Resolução CFN nº 121/92.”

Comentário. Iniciando por esta “orientação” e pelo último dispositivo. Diz a citada resolução:

“Art. 1º. Toda pessoa jurídica de direito público ou privado, cujo contrato social e/ou suas atividades estejam ligadas a nutrição e alimentação deverá registrar-se perante o respectivo Conselho Regional de Nutricionistas – CRN.

§ 1º - Considera-se Pessoa Jurídica ao registro aquela cujo contrato social e/ou suas atividades estejam ligadas a nutrição e alimentação, entre elas:

.....

f) a que desenvolve atividade de orientação dietética e/ou dietoterápica."

A lei invocada assim prevê:

LEI nº 6.583 DE 20/10/1978

Cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, Regula o seu funcionamento, e dá outras Providências.

ART. 15 – O livre exercício da profissão de nutricionista, em todo o território nacional, somente é permitido ao portador de Carteira de Identidade Profissional expedida pelo Conselho Regional competente.

Parágrafo único. É obrigatório o registro nos Conselhos Regionais das empresas cujas finalidades estejam ligadas à nutrição, na forma estabelecida em regulamento.

O regulamento a que se refere esse artigo estabelece:

DECRETO nº 84.444 DE 30/01/1980

Regulamenta a Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978, que cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento e dá outras providências.

ART. 18 – As empresas cujas finalidades estejam ligadas à nutrição e alimentação ficam obrigadas à inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas em que tenham sua respectiva sede.

Parágrafo único. Consideram-se empresas com finalidades ligadas à nutrição e alimentação:

- a) as que fabricam alimentos destinados ao consumo humano;
- b) as que exploram serviços de alimentação em órgãos públicos ou privados;
- c) estabelecimentos hospitalares que mantenham serviços de Nutrição e Dietética;
- d) escritórios de Informações de Nutrição e Dietética ao consumidor;
- e) consultorias de Planejamento de Serviços de Alimentação;
- f) outras que venham a ser incluídas por ato do Ministro do Trabalho.

É esse o texto que fundamenta a Resolução CFN nº 121/92.

Como se vê, sua amplitude é tal que somos obrigados a perguntar o que quer dizer exatamente, na letra "a" do parágrafo único, a expressão "fabricam alimentos". O pão, a mortadela, cortados para compor o sanduíche, caracterizam "fabricar alimento"? Se for, qualquer bar ou restaurante deverá ter um nutricionista responsável. A padaria que faz o pão e a fábrica que industrializa a carne para fazer a mortadela estão fabricando alimentos; devem ter um nutricionista responsável? Vamos mais além: quem cria o gado, o pecuarista, quem planta e colhe o trigo, está fabricando alimento?

Ainda que consideremos tudo legal e legítimo, o Conselho Regional de Nutricionistas do Estado do Rio de Janeiro desconhece, ou quer desconhecer, o seguinte dispositivo legal:

"LEI nº 6893 DE 30/10/1980

Dispõe sobre o Registro de Empresas nas Entidades Fiscalizadoras do Exercício de Profissões.

ART. 1º - O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros."

Ainda que a NUTROCLIN possuísse serviços próprios de preparo de nutrientes, enterais ou parenterais, não estaria obrigada a inscrever-se no Conselho de Nutricionistas, eis que sua atividade básica é a assistência médica. Imaginem um hospital de grande porte, ele teria que inscrever-se nos:

Conselho de Medicina, porque presta assistência médica;

Conselho de Farmácia, porque possui farmácia;

Conselho de Administração, porque certamente possui um administrador;

Conselho de Nutricionistas, porque fornece alimentos;

Conselho de Fisioterapia, porque deve ter fisioterapeutas, e assim por diante.

O que a empresa está obrigada, a NUTROCLIN, é exigir que o nutricionista que lhe preste serviços esteja inscrito no respectivo conselho, isto sim.

CONCLUSÃO

Consultório, clínica, ou qualquer outro estabelecimento dirigido por médico e que preste assistência médica, atenda pacientes, não está obrigado à inscrição no Conselho de Nutricionistas.

Em anexo, decisões judiciais a respeito do tema.

Brasília, 4 de setembro de 1998.

É o parecer, SMJ,

Leo Meyer Coutinho

Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 4.537/96

Parecer Aprovado

Sessão Plenária dia 23/07/1999

Palavras-Chave - inscrição em conselho, registro hospitalar único, registro profissional.

Key Words - medical record, hospital record.

Nota: Interessados em conhecer parecer do Superior Tribunal de Justiça e outros documentos podem contactar com a secretaria.

É ÉTICO UM CONSELHEIRO EXERCER PARALELAMENTE OUTRAS ATIVIDADES

Parecer CFM

EMENTA

Exercício simultâneo de conselheiro regional e dirigente de empresa de seguro e plano de saúde – inexistência de óbice legal – não recomendável.

Após leitura e exame do parecer da Assessoria Jurídica deste Conselho, manifestamos total concordância parcial mesmo e assim o subscrevemos:

I – DOS FATOS

Trata-se de expediente enviado por diversos conselheiros regionais do Estado de Pernambuco questionando o seguinte:

“É compatível, recomendável e ética a conduta de integrante do Conselho Regional de Medicina, portanto julgador no Tribunal de Ética-Médica, exercer paralelamente ao exercício dessa função atividade como Chefe, Diretor, Supervisor, Auditor ou outra quaisquer função de Chefia ou Assessoramento de Empresa de Seguro e Planos de Saúde, bem como de Cooperativas de Trabalho Médico?”

A questão em epígrafe, apesar da singular similitude da matéria, já foi tratada no Processo-Consulta CFM nº 1.463/92 e EA nº 002/94 –CREMEESE, de lavra do emitente conselheiro federal Dr. Júlio César Meirelles Gomes. Nesse, firmou-se conclusão nos seguintes termos:

“O exercício simultâneo do Conselheiro de Medicina e de órgão prestador de assistência médica, no caso a UNIMED, não é recomendável do ponto de vista ético, deve ser desestimulado pelos Conselhos de tal forma que o presente parecer, se unindo pela graça da aprovação plenária, possa, pela força do arrazoado, persuadir e convencer ao médico a inacumulação do cargo de presidência em conselhos e outras instituições médicas.”

Portanto, do acima aposto, entende-se que aos presidentes dos Conselhos de Medicina não é recomendável a cumulação de função de chefe de órgão julgador da ética médica e dirigente de instituição de plano de saúde ou similares; **aos demais conselheiros componentes dos CRMs também não é recomendável a referida acumulação de cargos.**

A teologia da recomendação está no fato de que o conselheiro que acumular o cargo de julgador e dirigente de empresa de seguro ou de prestador de serviços médicos pode encontrar-se sob suspeição, quando tiver que apurar questões

éticas relativas às empresas dessa estirpe, posto que, *a priori*, seria simultaneamente parte e juiz da causa. Assim sendo, para evitar qualquer constrangimento ao conselheiro, e também ao Conselho Regional, recomenda-se a não-cumulação dos cargos.

Com a devida vênia, esta Assessoria Jurídica tem o entendimento de que o questionamento do consulente é eminentemente ético, sendo matéria afeta aos conselheiros desta Casa. Todavia, instado a opinar sobre a questão, posicionamo-nos que, apesar do entendimento pela não recomendação de cumulação dos cargos de conselheiro regional e dirigente de empresa de seguro ou plano de saúde, disciplinando a proibição desta não existe qualquer disposição legal, fato que nos leva à conclusão axiomática de que a simples cumulação não é motivo para configurar qualquer falta ética, ou motivadora de abertura de PEP.

II – CONCLUSÃO

Pelo exposto, reportando-se a todo o teor do Processo-Consulta nº 1.463/92 e EA nº 002/94 – CREMESE, conclui-se que a acumulação de cargo de dirigente de empresa de seguro ou plano de saúde e conselheiro regional não é recomendável. Todavia, este Setor Jurídico entende que a simples cumulação dos cargos não configura *a priori* falta ética, como ademais que não existe norma legal que obste tal situação.”

Consideramos, portanto, não ser moralmente recomendável a acumulação de cargos de natureza conselhal com outros na direção de empresas médicas ou chefias do setor público considerando o potencial conflito de interesses ou superposição de partes.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 28 de abril de 1999

Júlio Cezar Meirelles Gomes
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM 3.864/97
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 20/08/99

Palavras-Chave - exercício profissional simultâneo, conselheiro e dirigente. Acumulação de cargo

Key Words - office accumulation.

HIPNOSE MÉDICA

Parecer CFM

EMENTA

A hipnose é reconhecida como valiosa prática médica, subsidiária de diagnóstico ou de tratamento, devendo ser exercida por profissionais devidamente qualificados e sob rigorosos critérios éticos. O tempo genérico adotado por este Conselho é o de *hipniatria*.

PARTE EXPOSITIVA

Ao analisarmos consulta feita a este Plenário sobre a utilização de termos como hipniatria ou hipnoanálise, impressos em receituários médicos, fizemos considerações acerca da prática da hipnose como valioso elemento auxiliar em diversos tratamentos.

A decisão deste Plenário foi a de apresentar um novo parecer que pudesse subsidiar os conselheiros na análise da pertinência desta prática, no rol das atividades médicas.

Desta forma, foi constituída uma comissão para estudar o assunto, composta pelos conselheiros Nei Moreira da Silva e Paulo Eduardo Behrens, que, após diversas reuniões com médicos praticantes e interessados na hipnose e juntada de farto material, passam a apresentar, à apreciação do Plenário, o presente parecer.

PARECER

A hipnose

- *Histórico (extraído de trabalho do dr. Mozart Smyth Junior)*

Com grande variedade de nomes, a hipnose é utilizada por milênios como uma forma de atuar no comportamento humano. Os antigos egípcios (2.000 ac) já utilizavam empiricamente encantamentos, amuletos, imposição das mãos, sem se darem conta da imaginação e sugestão envolvidas nesses procedimentos.

Anton Mesmer (1734-1815) desenvolveu a tese do "magnetismo animal" e de que o realinhamento das forças gravitacionais poderia restaurar a saúde. Seus discípulos entenderam que o processo envolvido era a "sugestão", algo desenvolvido pelo próprio indivíduo.

Mamed Braid (1784-1860) criou o termo *hipnose*, derivado do grego (*hypnos* = sono)

James Esdaile (1808-1899) realizou várias intervenções cirúrgicas usando

somente a hipnose para produzir efeito anestésico.

Jean Martin Charcot (1825-1893) notabilizou-se pelas curas hipnóticas da histeria, o que levou ao início do estudo científico da hipnose.

Em 1885, Josef Breuer publicou, juntamente com Freud, o famoso caso Anna O. como "Estudo sobre a histeria". A partir daí, Freud iniciou a prática da hipnose, sendo, à época, largamente utilizada na Europa.

O interesse pela hipnose teve seu recrudescimento durante a Primeira e Segunda Guerras Mundiais como forma de tratamento das neuroses traumáticas de guerra."

A sociedade de Hipnose Médica de São Paulo, na expectativa de homogeneizar a terminologia adotada pelas diversas correntes, definiu a seguinte nomenclatura:

HIPNOSE – Estado de estreitamento de consciência provocado artificialmente, parecido com o sono, mas que dele se distingue fisiologicamente pelo aparecimento de uma série de fenômenos espontâneos ou decorrentes de estímulos verbais ou de outra natureza.

HIPNOLOGIA – Estudo da natureza da hipnose e investigação científica de seus fenômenos e repercussões.

HIPNOTERAPIA – Terapia feita através da hipnose.

HIPNOTISTA – Profissional que pratica a hipnose.

HIPNIATRIA – Procedimento ou ato médico que utiliza a hipnose como parte predominante do conjunto terapêutico.

DEHIPNOTIZAR – Ato de retirar o paciente do transe hipnótico.

A referida Sociedade observa que o termo mais adequado para o tratamento médico feito através da hipnose pura ou combinada com fármacos é a hipniatria, solicitando, deste Conselho, a sua oficialização. Este termo foi criado em 1968 pelos professores Miguel Calille Junior e Antônio Carlos de Moraes Passos, sendo unanimemente considerado por todas as escolas de hipnose no Brasil.

Esta nomenclatura deveu-se à demanda do Departamento de Hipnologia, numa analogia com algumas especialidades médicas (Pediatria, Psiquiatria, Foniatria, Fisiatria, etc.), onde o sufixo latino "iatria", significa cura.

- *A Hipnose no mundo*

Atualmente, existem várias sociedades, em todo mundo, que atuam na prática da hipnose.

Society for Clinical and Experimental Hypnosis
The American Society of Clinical Hypnosis
International Society of Hypnosis
The Australian Society of Hypnosis
Sociedade Brasileira de Hipnose
Associazione Medica Italiana per lo Studio dell' a Ipnosi
The British Society of Medical and Dental Hypnosis
e várias outras.

Há profissionais médicos trabalhando com hipnose em várias universidades:

Cambridge Hospital – Harvard
University of Chigaco
University of Kansas
Regional Burn Center – Dallas
Benemerita Universidad Autonoma de Puebla –México

Alguns Conselhos diplomam e titulam profissionais em hipnose:

American Board of Medical Hypnosis
American Board of Psychological Hypnosis
American Board of Hypnosis in Dentistry
American Hypnosis Board for Clinical Social Work

Algumas instituições internacionais já se posicionaram sobre a Hipnose Médica, reconhecendo-a como auxiliar terapêutico útil na Medicina:

Associação Médica Americana – 18 de setembro de 1958

“A Hipnose é um auxiliar terapêutico valioso e os que a empregam, devem conhecer os seus fenômenos complexos, seus ensinamentos são privativos de médicos e do odontólogo. Quem a emprega deve conhecer suas indicações e limitações. Não se deve aprender apenas a técnica.”

Associação Médica Britânica – 23 de abril de 1955

“A Hipnose é útil e pode, em certos casos, ser o tratamento de escolha dos distúrbios psicossomáticos e das neuroses.”

Associação Psiquiátrica Americana – 15 de fevereiro de 1961

“Reconhece-se o valor da Hipnose como auxílio na pesquisa, diagnóstico e terapêuticas tanto em Psiquiatria, como em outras áreas da prática médica.”

Organização Mundial da Saúde –outubro de 1974

“A Hipnose moderna é hoje o maior avanço da Psiquiatria. Atua no campo terapêutico, enquanto os estudos da bioquímica o são no estudo das etiologias.”

Revista Brasileira de Medicina – julho de 1998

“Menosprezar a importância de Hipnose, hoje em dia, representa, além de opor-se aos diversos relatórios elaborados por comissões especializadas no mundo inteiro, fechar os olhos aos recursos por ela oferecidos. Se existem (ou existiram) hipnólogos ou hipnistas malpreparados, também existem profissionais de baixa qualidade em quaisquer outras especialidades. É a partir da grande parte dos bens qualificados, porém, que as técnicas ganham cada vez mais adeptos.”

- A hipnose no Brasil

No Brasil, além da Sociedade Brasileira de Hipnose (sociedade científica vinculada à AMB) existe o Departamento de Hipniatria da Associação Médica de Minas Gerais e a Sociedade de Hipnose Médica de São Paulo.

Em 1961, o então presidente da República, Jânio Quadros, assinou o Decreto nº 51.009, ainda em vigor:

“Proíbe espetáculos ou números isolados de hipnotismo e letargia, de qualquer tipo ou forma, em clubes, auditórios, palcos ou estúdios de rádio ou de televisão, e dá outras providências.

Art. 1º - Ficam proibidas, em todo o território nacional, as exhibições comerciais...

Art. 2º - Ficam excluídas da proibição de que trata o presente Decreto, as demonstrações de caráter puramente científico, sem fito de lucro, direto ou indireto, executadas por médicos com curso especializado na matéria.

Parágrafo único – As demonstrações a que alude este artigo dependerão sempre, de aprovação prévia da autoridade competente de cada Estado da Federação, Distrito Federal e Território onde forem promovidas, salvo quando realizadas em estabelecimento de ensino e para fins didáticos.”

- Aspectos científicos

Um breve sumário da utilização da Hipnose Médica, pode ser apresentado nos seguintes grupos:

a) Como uma técnica que promove saúde e exercícios profiláticos em indivíduos sujeitos a e stresse;

- b) Como um método através do qual o indivíduo pode controlar funções autonômicas e, deste modo, superar sintomas desagradáveis ou perturbações autônomas;
- c) Como um tratamento para uma ampla variedade de condições psicossomáticas;
- d) Como um subsidiário na psicoterapia, liberando memória reprimida e sensações, especialmente produzindo catarse em pacientes que sofrem de sintomas histéricos;
- e) Como um método que alivia dor e induz anestesia.

Um outro agrupamento das aplicações da hipnose foi sugerido pelo dr. Antônio Carlos de Moraes Passos, da Escola Paulista de Medicina e fundador da Sociedade de Hipnose Médica de São Paulo:

"A hipnose tem sido usada:

- a) Para o alívio da dor, produzindo anestesia ou analgesia;
- b) Nos diferentes setores da clínica e cirurgia, notadamente em obstetrícia;
- c) Como tranquilizante para o alívio dos estados de ansiedade e apreensão, qualquer que seja a sua causa;
- d) Em qualquer condição na qual a psicoterapia possa ser útil;
- e) No controle de alguns hábitos (ex.: tabagismo);
- f) Experimentalmente em qualquer pesquisa, no campo psicológico e/ou neurofisiológico, e outros;

Paralelamente, o mesmo autor indica onde a hipnose não deve ser usada:

- a) Na remoção de sintomas, sem primeiro se saber a que finalidade servem;
- b) Em qualquer condição onde o estado emocional do paciente não foi determinado;
- c) Sem objetivo definido, apenas para satisfazer insistentes pedidos do paciente;
- d) Para abolir determinadas sensações, a fadiga por exemplo, o que pode levar o paciente a ir além dos limites de sua capacidade física;
- e) Em psicóticos, a hipnose só pode ser usada por um psiquiatra experiente, tendo em conta que não constitui uma boa indicação e pode até ser contra-indicada como na esquizofrenia, em que pesem opiniões contrárias de AA, como Wolberg, Gordon, Worpell, entre outros.

Praticada essencialmente por médicos, odontólogos e psicólogos a hipnose tem suas principais indicações em:

Distúrbios

- Da ansiedade
- ansiedade em suas diversas formas

- estresse
- fobias
- síndromes pós-traumáticas
- Depressão
- Alimentares
- do sono
- sexuais
- Do relacionamento conjugal e familiar
- Da personalidade

Drogadição

Doenças psicossomáticas

Síndromes dolorosas agudas e crônicas

- Analgesia
- Anestesia

Preparo para exames invasivos e durante sua realização
Preparo pré-operatório, no per e pós-operatório

Na abordagem de patologias diversas, em conjunto com as diversas especialidades médicas.

Diversas publicações científicas, nas mais diversas áreas, corroboram tais indicações e a eficácia da hipnose como método auxiliar de tratamento:

Disfunções sexuais

1. A importância sexual e seu tratamento / The sexual impotence and its treatment, in Inf. Psiquiátrico; 14 (3), julho-set. 1995.
2. Influência social. As estratégias Ericksonianas e o fenômeno hipnótico no tratamento das disfunções sexuais. Stricherz-ME in American Journal of Clinical Hypnosis. Jan. 1982

Câncer

1. Impressões sobre o tratamento do câncer pela hipnose. Strosberg-IM in J. Am. Soc. Psychosom-Dent-Med. 1982.
2. Controlando os efeitos colaterais da quimioterapia. Redd-WH; Rosemberg-PH; Hendler-CS in Am. J. Clin Hypn. 1982
3. Dessensibilização hipnótica no tratamento preventivo dos vômitos por quimioterapia. Hoffman-ML in Am J Hypn. 1982.

Cardiologia

1. A hipnose nos distúrbios cardiovasculares com ênfase na correção da hiperventilação crônica. Thomas-HM in *Act Nerv Super Praha*. 1982.
2. O efeito da hipnose no intervalo RR e na variação da pressão sangüínea. Emdin-M; Santarcangelo-EL; Picano-E; Raciti-M; Pola-S; Macerata-A; Michelassi-C; L'Abbate-A from CNR Institute of Clinical Physiology, Pisa, Italy in *Clin Sci Colch*. 1996.

Gastrenterologia

1. Tratamento hipnoterápico para disfagia. Kopel-KF; Quinn-M from Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA in *Int J Clin Exp Hypn*. 1996.
2. O uso da hipnoterapia nos distúrbios gastrointestinais. Francis-CY; Houghton-LA from Department of Medicine, University Hospital of South Manchester, UK in *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1996.

Dependência de drogas

1. O uso de técnicas de sugestão com adolescentes no tratamento da inalação de cola de sapateiros e abuso de solventes. O'Connor-D in *Hum Toxicolo*. 1982.
2. Determinantes da sugestão para o tratamento do alcoolismo. Room-R; Bondy-S; Ferris-J from Research and Development Division, Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canada in *Addiction*. 1996.

Outras aplicações

1. Auto-relaxamento hipnótico durante procedimentos radiológicos invasivos. Lang-EV; Joyce-JS; Spigel-D; Hamilton-D; Lee-KK from Department of Veterans Affairs Medical Center (DVAMC), Palo Alto, Califórnia, USA in *Int J Clin Exp Hypn*. 1996.
2. Hipnoterapia e verrugas plantares. Relato de casos. Rowe-WS in *Aut N Z J Psychiatry*. 1982
3. Hipnose no tratamento de pacientes com queimaduras severas. Patterson-DR; Goldberg-ML; Ehde-DM from Department of Rehabilitation Medicine, University of Washington School of Medicine, USA in *Am J Clin Hypn*. 1996.
4. Hipnoterapia no controle da dor aguda. Hutt-G in *Br Theatre Nurs*. 1996.
5. Redução da reação cutânea à histamina após procedimento hipnótico. Laidlaw-TM; Booth-RJ; Large-RG from Department of Psychiatry and Behavioral Science, School of Medicine, University of Auckland, New Zeland in *Psychosom Med*. 1996.
6. Emprego da hipnoterapia em crianças e adolescentes. Chipkevitch, Eugênio in *J. pediatr*. Rio de Janeiro. 1992.

7. Hipnoterapia em um caso severo de bruxismo e dor facial. Relato de caso. Voss Z. Ricardo in Odontol chil. 1986.
8. Considerações sobre técnica de hipnose utilizada em dois casos de amnésia retrógrada in RBM psiquiatr. 1984.
9. Hipnoanalgesia em gineco-obstetrícia. Acosta Bendek, Eduardo in Unimetro. 1985.
10. Hipnoanestesia em cirurgias ambulatoriais. McCoy-LR in Aana-J. 1982.

CONCLUSÃO

A hipnose é, então, uma forma de diagnose e terapia que deve ser executada tão somente por profissionais devidamente qualificados. Como terapia, pode ser executada por médicos, odontólogos e psicólogos, em suas estritas áreas de atuação.

A hipnose praticada pelo médico, com fins clínicos, deve cercar-se de todos os aspectos legais e éticos da profissão. É, por isso, essencial que haja a especificação dos objetivos a serem perseguidos, através da informação aos pacientes, familiares ou responsável legal.

Portanto, sendo reservada a estes profissionais, e até por encerrar complicações e conter contra-indicações, sua utilização por pessoas leigas configura-se como curandeirismo, ilícito jurídico definido no Código Penal, em seu artigo 282, **in verbis**

"Exercer curandeirismo:

- I – Prescrevendo, ministrando ou aplicando habitualmente qualquer substância;
- II – Usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;
- III – Fazendo diagnósticos.

Pena, detenção de seis meses a dois anos"

Ainda segundo Moraes Passos: *"A divulgação da hipnose, principalmente a chamada hipnose de palco, destituída de uma metodologia científica e executada por pessoas sem as qualificações técnicas e sem a necessária responsabilidade profissional, torna mais perigosa ainda sua aplicação, maxime pública, como tem sido feito ultimamente nos nossos teatros e estações de televisão.*

Nas demonstrações hipnóticas pela TV, foram constatadas, de maneira inequívoca, fenômenos de despersonalização, isto é, sugestão de que o paciente tinha outra identidade, Hitler por exemplo, fenômenos este totalmente contra-indicado do ponto de vista psiquiátrico, e além do mais, sem o devido apagamento ou volta do estado normal. Correu assim, o paciente, o perigo de continuar crendo em uma

identidade falsa ou angustiado com uma idéia obsessiva nesse sentido.

Foram comprovados por psiquiatras, hipnose de espectadores de TV em suas próprias residências, à simples assistência dos referidos espetáculos."

Concluindo este parecer, entendemos que a Hipnose Médica deve ser considerada prática médica auxiliar ao diagnóstico e à terapêutica, rigorosamente dentro de critérios éticos.

Entendemos, também, que este Conselho Federal deve recomendar a todos os Regionais especial atenção ao exercício desta prática por profissionais não-médicos, principalmente em exposições públicas, tomando as medidas policiais e judiciais cabíveis.

É nosso entendimento, ainda, que, em suas respectivas áreas de atuação, a hipnose é uma prática que pode ser utilizada por odontólogos e psicólogos.

Sugiro que este Conselho atenda à demanda da Sociedade de Hipnose Médica de São Paulo, adotando, como oficial, o termo hipniatria para definir o procedimento ou ato médico que utiliza a hipnose no conjunto terapêutico.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 18 de agosto de 1999

Paulo Eduardo Behrens
Cons. Relator

Nei Moreira da Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 2172/97
Parecer Aprovado
Sessão Plenária 20/08/99

Palavras-Chave - hipnose médica, hipniatria.

Key Words - medical hypnosis.

FORNECIMENTO DE ENDEREÇO DE PESSOA JURÍDICA

Parecer CFM

EMENTA

É lícito o fornecimento de listagens de endereços de pessoas jurídicas registradas nos Conselhos de Medicina desde que obedecidos os critérios de eticidade definidos pelos respectivos plenários e para as entidades constantes do art. 1º da Resolução CFM nº 1.495/98, de 19 de junho de 1995.

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, dr. Cláudio de Souza, consulta este Conselho Federal sobre o fornecimento de endereços de pessoas jurídicas inscritas, tendo em vista que a Resolução CFM nº 1.495/98 versa, exclusivamente, sobre os dados de pessoa física.

Envia anexo à consulta a citada resolução, que trata realmente dos critérios de liberação de endereços, apenas de pessoas físicas. Ressalta-se que o parecer nº 10/98, que justifica a resolução, trata especificamente do fornecimento de endereço do médico, não considerando a pessoa jurídica.

PARECER

A consulta do eminente presidente do CREMEMG vem preencher uma lacuna ao disposto pela Resolução CFM nº 1.495/98, haja vista que, a cada dia mais, é crescente o volume de registro de pessoas jurídicas nos Conselhos.

Essa demanda é gerada por novas empresas prestadoras de assistência, novas clínicas e até mesmo grupamentos de médicos que, com o objetivo de racionalizar despesas pessoais, organizam-se em sociedades mercantis, com personalidade jurídica, e registram-se por força legal nos Conselhos.

Tratando destas questões, o jurista Caio Mário da Silva Pereira, *in Instituições de Direito Civil*, ensina que na "gestação de pessoa jurídica há, pois, duas fases: a do ato constitutivo e a da formalidade administrativa do registro."

Considera a primeira fase como uma declaração de vontade dos participantes, que só vem a ter existência formal com o registro, sobre o qual doutrina:

"A Segunda fase configura-se no registro. Com o propósito de fixar os principais momentos da vida das pessoas, o Direito institui o sistema de registro civil para as pessoas naturais, onde se assentam o seu nascimento, casamento e morte, onde se averbam as ocorrências acidentais como a interdição, o desquite, a alteração de nome, etc. Também para as pessoas jurídicas foi criado o sistema de registro, por via do qual ficam anotados e perpetuados os momentos fundamentais de sua existência (seu começo e fim), bem como as alterações que venham a sofrer no curso de sua vida.

(...) O começo da existência jurídica está fixado no instante em que aquele ato de constituição é inscrito no Registro Público, seja para as sociedades ou associações, seja para as fundações.

Este registro é, também, a fonte de informação dos dados característicos da entidade, motivo porque mencionará a sua denominação, as suas finalidades e a sua sede."

O artigo 19 do Código Civil trata o Registro Civil das pessoas jurídicas, *in verbis*:
"Art. 19 – O registro declara:

I – A denominação, os fins e a sede da associação ou fundação."

A sede da pessoa jurídica é seu domicílio e este é definido pelo artigo 35, IV do Código Civil, *in verbis*

"Art. 35 – Quanto as pessoas jurídicas o domicílio é:

"IV – Das demais pessoas jurídicas, o lugar onde funcionam as respectivas diretorias e administrações, ou onde elegerem domicílio especial nos seus estatutos ou atos constitucionais."

A esse respeito ensina-nos, ainda, o prof. Caio Mário da Silva Pereira:

"A pessoa jurídica tem um estabelecimento, e é necessário que este se prenda a determinado lugar, onde os interessados o procuram, onde os credores possam demandar o cumprimento das obrigações."

Vê-se, então, bastante diferente o direito de privacidade que tem o cidadão médico *in casu*, o de ver resguardado seu domicílio, os demais dados complementares de seu registro e as sociedades comerciais dotadas de personalidade jurídica, porquanto público é o seu registro.

No entanto, o fornecimento de listagens de endereços de pessoas jurídicas, preservando-se sempre o padrão ético exigido, é permitido, desde que se resguarde o direito individual de cada um de seus componentes, nos termos do artigo 20 do Código Civil, *in verbis*:

"Art. 20 – As pessoas jurídicas têm existência distinta da dos seus membros."

CONCLUSÃO

É lícito o fornecimento de listagens de endereços de pessoas jurídicas registradas nos Conselhos de Medicina desde que obedecidos os critérios de eticidade definidos pelos respectivos plenários e para as entidades constantes do art. 1º da Resolução CFM nº 1.495/98, de 19 de junho de 1995.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 11 de fevereiro de 1999.

Paulo Eduardo Behrens
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM 8564/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 23/7/99.

Palavras-Chave - endereços de médicos, listagens de empresas.

Key Words - physician address list, hospital.

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ANTIBIÓTICO PELA CCIH

Parecer CFM

EMENTA

Não configura ilícito ético a exigência de preenchimento de ficha de liberação de antibiótico pela CCIH. A operacionalização da liberação deve ser adequada e quaisquer desvios comunicados ao diretor clínico do hospital.

A CONSULTA

Dr. Pedro Gabes Netto inquire se a obrigatoriedade de preencher ficha de liberação de antibióticos e a espera de avaliação pela CCIH, mesmo que, por poucas horas, não configura infração ao artigo 81 do CEM.

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

A LEGISLAÇÃO

A obrigatoriedade de implantação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar foi definida pela Lei nº 9.431, de 6/1/97. Atualmente, vige a regulamentação baixada pela Portaria 2.616/GM/MS, de 12/05/98 (DOU 13/05/98), a qual expede diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares em todo o território nacional, para pessoas físicas e jurídicas, de direito público ou privado. Aponta, ainda, que o descumprimento ou inobservância a esta portaria, sujeita o infrator a processo de penalidades previstas na Lei nº 6.437/77, com encaminhamento das ocorrências ao Ministério Público e órgãos de Defesa do Consumidor para aplicação da legislação vigente (Lei. 8.078/90).

Através do anexo I da portaria em tela, os hospitais ficam obrigados a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com "status" de assessoria da autoridade máxima da instituição e executora das ações de controle de infecção hospitalar.

Na competência da CCIH, cita a portaria, dentre outros itens:

- elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequando-o às necessidades e características da instituição;
- implantação de Sistema de Vigilância Epidemiológica;
- adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares;
- definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos;
- elaborar Regimento Interno para a CCIH.

O PARECER

A terapêutica antimicrobiana é a grande preocupação da medicina de todos os tempos. Não existem protocolos fechados de tratamento que perdurem por longo tempo, sem que haja mudança de perfil de resistência por parte da grande maioria dos agentes infecciosos. Ou seja, se mesmo a ação organizada não é suficiente para evitar o aparecimento de novas cepas, imagine-se então a decisão isolada e individual para escolha dos produtos variados à disposição no mercado nacional. Questões como multiplicidade de substâncias, variedade de produtos, controle de custos e padronização administrativa de farmácia local são fatores que influenciam o receituário e requisitam critérios pré-estabelecidos para uma ação organizada. Estes critérios têm base científica para controle epidemiológico e não são medidas de coerção imotivada para o exercício da medicina.

Antes de tudo, o programa está definido em lei, bem como existem normas técnicas a serem seguidas pela CCIH. Elas contemplam levantamento de dados estatísticos, controle e identificação dos agentes infecciosos através de exames complementares, bem como rigoroso acompanhamento.

A autonomia médica, por ser subordinada a protocolos científicos, tem limites condicionados a escolas, a métodos e experimentações prévias e nunca pode se entendida como liberdade profissional irrestrita.

O art. 81 do CEM traz importante ressalva à autonomia médica quando cita a "indiscutível conveniência para o paciente."

As CCIH, além da regulamentação em lei, integram e executam um eficaz programa de imensa conveniência para os presentes e futuros pacientes, não podendo os médicos delas participantes, ou diretores clínicos serem entendidos como infratores do artigo 81.

É claro que, para perfeito funcionamento, as normas necessitam de agilidade e aplicação diuturnas, justamente em nome do melhor para os pacientes.

O preenchimento de solicitação de antibióticos e liberação pela CCIH são legítimos e cientificamente corretos. A aplicação das normas devem ser observadas por todos os médicos, os quais têm a obrigação de comunicar ao Diretor Clínico da instituição quaisquer desvios operacionais.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 1 de junho de 1999

Lúcio Mario da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1879/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 23/7/99

Palavras-Chave - controle de infecção, ficha de liberação, antibióticos.
Key Words - infection committee, antibiotics.

PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NAS UNIDADES HOSPITALARES

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.552/99

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 27.05.1998 e,

CONSIDERANDO a regulamentação baixada pela Portaria 2.616/GM/MS, de 12.05.98 (D.ºU – 13.05.98), a qual expede diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares em todo o território nacional para pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado;

CONSIDERANDO que consta aposto à Portaria 2.616/GM/MS atribuição de competência às CCIH a implantação de Sistema de Vigilância Epidemiológica, além de adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares;

CONSIDERANDO o disposto no Artigo 81 do Código de Ética Médica que ressalta na autonomia médica, as situações de indiscutível importância para o paciente;

CONSIDERANDO o Parecer nº 32/99, aprovado em 23.07.99, pelo CFM, cuja ementa traduz que não configura ilícito ético a exigência de preenchimento de ficha para liberação de antibióticos pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), cuja operacionalização de liberação deverá ser adequada e quaisquer desvios comunicados ao Diretor Clínico do hospital;

CONSIDERANDO o aprovado em Sessão Plenária de 20 de agosto de 1999.

RESOLVE:

Art. 1º - A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH.

Art. 2º - As rotinas técnico-operacionais constantes nas normas estabelecidas pela CCIH para a liberação e utilização dos antibióticos devem ser ágeis e baseadas em protocolos científicos.

Parágrafo 1º - Os protocolos científicos não se subordinam a fatores de ordem econômica.

Parágrafo 2º - É ético o critério que condiciona a liberação de antibióticos pela CCIH à solicitação justificada e firmada por escrito.

Art. 3º - Os Diretores Clínico e Técnico da instituição no âmbito de suas competências são os responsáveis pela viabilização e otimização das rotinas técnico-operacionais para liberação dos antibióticos.

Brasília-DF, 20 de agosto de 1999.

Waldir Paiva Mesquita
Presidente

Antonio Henrique Pedrosa Neto
Secretário-Geral

Palavras-Chave - controle de infecção, antibióticos.

Key Words - infection committee, antibiotics.

CÓPIAS DE RESULTADOS OU LAUDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES PARA EFETUAR PAGAMENTOS DAS FATURAS

Parecer CFM

EMENTA

Não é ética a exigência – por empresas, cooperativas ou planos de saúde – de “cópia de resultados ou laudos de exames complementares para efetuar pagamento das faturas”, sendo vedado ao médico assistente ou instituição médica fornecê-los para este fim.

A CONSULTA

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, referindo que em Aracaju alguns planos de saúde, em especial a Unimed, requisitam cópias de resultados ou laudos de exames complementares para efetuarem pagamento de faturas, pergunta:

“Há obrigatoriedade do fornecimento de cópia dos resultados de exames complementares aos planos de saúde (inclusive Unimed) para que os mesmos efetuem o pagamento dos serviços realizados?”

O PARECER

Houve um passado em que só existia o paciente e o médico de sua livre escolha. No máximo, esse contato era intermediado pelo Estado, todavia por obrigação constitucional de prover necessidade básica a seu povo, a medicina pública.

Hoje, esta espécie de relação está quase extinta, pois o capital privado promoveu a interdependência das partes envolvidas, estimuladas passiva e ativamente por governos ávidos em repassar parte de sua responsabilidade, em nome de um novo modo de entender a liberdade de mercado.

Na atual relação médico-paciente-convênio, o contrato econômico, tanto com o médico, quanto com o paciente, é feito por uma empresa privada.

Neste ponto, os papéis e contratos tácitos precisam ser definidos: os planos de saúde intermediam somente o viés econômico, e o médico e paciente seguem seu caminho na relação habitual que nunca poderá ser contaminada por qualquer motivo externo que seja.

As empresas, quando preocupadas com o controle de custos, quer seja com a produção profissional, quer seja com a extrapolação de consultas ou exames

por parte dos pacientes, somente pode ter seus interesses definidos através de manobras administrativas. Estas manobras, no entanto estão subordinadas e balizadas por princípios e leis vigentes, entre os quais encontra-se o instituto do sigilo médico (art. 154 do Código Penal e art. 30 da Lei nº 3.268/57).

As empresas de planos de saúde não podem ter qualquer exigência sobre a identificação da enfermidade da qual o paciente é portador; seu interesse deve ser adstrito aos aspectos da relação com médicos e pacientes.

A vasta jurisprudência acerca do sigilo médico em instâncias superiores, além dos pareceres emitidos por este Conselho Federal, apontam em sua exegese garantias plenas de direito do paciente e de obrigação do médico.

O sigilo médico não é absoluto, pois existem previsões legais de quebra do mesmo, como nos casos de notificação compulsória de doenças infecto-contagiosas e de doenças profissionais (Decreto nº 16.300/23 e Decreto-Lei nº 4.449/42); por força do artigo 66, inc. II da Lei de Contravenções Penais, que obriga o médico a comunicar às autoridades competentes a ocorrência de crimes de ação pública incondicionada, com a ressalva de que a ação penal não pode expor o cliente a procedimento criminal; por último, o art. 154 do Código Penal abre a possibilidade da "justa causa" para o médico dispor do segredo confiado, não por imposição legal, mas consubstanciado em razões como o consentimento do paciente, o exercício de um direito, o cumprimento de um dever legal ou a defesa de um interesse legítimo próprio ou alheio. Várias dispensas à obrigação do sigilo resultam de leis extra-penais, como no caso dos médicos militares, legistas, médicos sanitaristas, peritos, etc., reconhecido no Código Penal, inc. III do art. 19, quando cita que "não há crime quando o agente pratica o fato em estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular do direito."

Exclui-se ainda da antijuricidade a legítima defesa, quando o médico injustamente desonrado profissionalmente por seu cliente revela, por necessidade e com moderação, segredos para obter a sua defesa.

Os moldes da "justa causa" são adstritos aos limites do direito para que não conduza "a imprecisão e alongamento excessivo da posição justificativa, com o enfraquecimento da tutela penal" (Anibal Bruno). A consulta em tela debruça-se em consultas médicas normais que levam à solicitação de exames, conforme habitualidade médica. Por razão estritamente econômica para organização e controle do negócio privado do plano de saúde, este utiliza-se do poder de pagador para dizer: "só pago se mostrar o que foi realizado."

Em nenhuma lei ou norma se ampara esta dracioniana e unilateral atitude. O controle pode muito bem ser realizado. Ou, por aleatório exemplo e não como proposta doutrinária, que os planos acordem previamente com os seus usuários contratantes o consentimento pleno de receber os resultados de exames relativos aos

mesmos, e comprovem este consentimento ao médico. Ou, ainda, que tenham serviço de supervisão e auditoria médica para que, dentro de normas éticas, acompanhem esta relação, tendo igualmente obrigações ao sigilo.

Concluindo, atualmente na forma da lei e das normas vigentes é totalmente imprópria a entrega de resultados de exames aos planos de saúde e à Unimed para pagamento de faturas, configurando quebra do sigilo médico. Em igual ilícito ético incorre o Diretor Médico da empresa que exige resultados de exames, devendo tal ato ser denunciado ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Este é o parecer, S.M.J.

Lúcio Mario da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1702/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 23/7/99

Palavras-Chave - cópia de exames, pagamento de serviço, exame complementar.

Key Words - laboratory test copy, service payment, medical words copy.

PRESEÇA DE LEIGO, FAMILIAR OU NÃO, FILMANDO NA SALA DE PARTO

EMENTA

Não há impedimento ético em filmagem de procedimento cirúrgico, desde que a pedido da paciente e autorização dos profissionais envolvidos.

MOTIVO DA CONSULTA

O sr. Jarbas Kitner, de profissão não declarada no e-mail de fl. 2, consulta o Conselho Federal de Medicina sobre a pertinência ética da filmagem de procedimento médico-cirúrgico, quando solicitada pela paciente e praticada por familiar ou por terceiros, mediante autorização.

CONSIDERAÇÕES

A presente consulta reporta-se à filmagem em sala de parto, com exposição de partes íntimas e cenas de relativo impacto para leigos, sem discriminar se parto natural ou cirúrgico, o que de certa forma não modifica a avaliação da cena médica em sua origem.

A rigor, há dois personagens envolvidos na cena, o médico, ou profissional de saúde (enfermeira por exemplo), e a paciente, ou melhor, parturiente, *in casu*.

A licitude e a conveniência do ato pretendido não se esgota no direito ou no princípio da autonomia (vontade expressa) do paciente cotejado com o preceito do sigilo; não, pode ir além e se completa na autonomia do profissional em permitir ou consentir filmagem de sua imagem e, mais que isto, o registro do seu procedimento técnico, por terceiros, com aparente finalidade de documentação familiar.

A respeito do assunto convém citar a existência de projeto de lei que tramitou na Câmara Legislativa do Rio de Janeiro, dispondo sobre a filmagem obrigatória dos atos cirúrgicos naquele estado, o que sugere a possibilidade de utilização do filme como documento para salvaguardar direitos na apuração de responsabilidade. Ressalta-se que o CFM aprovou parecer contrário sobre a matéria, o qual foi arquivado.

Mas, segundo a forma lacônica e objetiva da indagação efetuada, esta não é a questão precípua da presente consulta, salvo melhor juízo.

Ora, convém saber quais são os princípios e artigos do Código de Ética Médica envolvidos na discussão do tema?

Primeiro, em relação à paciente, temos o princípio da autonomia, já contemplado e satisfeito na manifestação da livre vontade em documentar um ato de sua vida. O sigilo profissional não estará ferido na medida em que a exposição do ato registrado ou partes do corpo humano decorrem por igual da vontade plena da paciente, enquanto portadora de saúde mental e capaz de auto-determinar-se.

Não devemos, ainda, perder de vista a possibilidade do uso indevido do documento, filme para fins promocionais, comerciais, até pornográficos,

considerando o envolvimento involuntário do médico ou seu consentimento tão somente para registro histórico-familiar.

Sob outra ótica, é possível considerar a filmagem linear do parto como um documento equivalente à declaração por escrito ou, senão, o laudo descritivo do ato praticado, conforme direito da paciente ou familiar, estabelecido no art. 71 do CEM, a saber:

“Art. 71 – Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.”

No caso do art. 71 é aceitável a presunção do documento filmado como ilustração até para continuidade de tratamento, desde que solicitado, como arremata o referido artigo.

O Art. 112 do CEM, por outro lado, obriga o médico a fornecer atestado ao paciente ou seu representante legal, e, convenhamos, nada atesta melhor a existência de um ato quando a fixação de sua imagem viva, embora não seja esta a intenção primária; ainda, é possível convir que o meio audiovisual pode ser considerado no mínimo insólito à luz dos meios convencionais usados na medicina, à guisa de registro.

A rigor, a filmagem do parto é um documento que atesta melhor do que palavras o ato praticado – como, quando e porquê.

Este é um lado da questão, o direito do paciente/familiar obter um documento que ilustre a sua existência ao fixar para a eternidade momentos dramáticos da condição humana, vividos com riscos e emoção, ligados ao milagre da vida, como o parto.

Em contrapartida, há que se considerar nos devidos termos a autonomia do médico ou profissional praticante do ato no sentido de evitar uma tomada de imagem que possa registrar um eventual insucesso. Além da possibilidade de contaminação do ambiente cirúrgico ou simplesmente o prosaico “direito de arena”, que é o direito de propriedade da própria imagem, vez que não há remuneração proposta pela parte interessada. Pode soar descabido este tipo de direito, agora invocado, mas não é bem assim.

A rigor, entre os direitos do médico contidos no CEM não consta o direito de não ser filmado, nem deveria, posto que o mesmo alude ao direito de cidadania, portanto é no capítulo dos direitos civis que devemos buscar o fundamento legal para sua eventual negativa ou o simples direito de resguardo da própria imagem. Paralelamente, não prece ético, nem mesmo elegante, que o médico queira cobrar por sua aparição em cena implícita ao ato médico, tal como atestado, parte integrante da consulta/ato.

Por outro lado, sobrevêm reflexões relativas à infecção hospitalar por conta do que dissemos a respeito da presença de equipamentos e pessoas estranhas ao ambiente cirúrgico.

Há que se considerar, também, a questão anterior, ou seja, o prosaico

“direito de arena” nunca reclamado pelos pacientes quando a equipe realiza filmagens com intuito científico. Neste caso, a ausência do interesse lucrativo – tal como no caso da documentação histórico-familiar – pode, em princípio, tornar lícita a filmagem; mesmo assim há que ser solicitada a autorização do profissional assistente como autoridade intangível da equipe e que, no mais das vezes, nada tem a opor.

A QUESTÃO LEGAL

Não conhecemos quaisquer normas proibitivas nos Conselhos, mas convém, sim, observar as normas da instituição hospitalar (regulamentos próprios, rotinas e outros dispositivos regimentais).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta, apesar de rasa em sua aparência e simples na sua formação, contém implicações legais e, como tal, faz jus a plena atenção deste Conselho; convém alertar que estamos em plena era digital, com tecnologias de ponta capazes de captar imagens e sons com absoluta precisão e, assim, imortalizar os momentos mais simples e cotidianos de pessoas comuns – que dispõem, como dizia Andy Warrol, de pelos menos 15 minutos de glória em algum momento da vida. Quem sabe se não estão contidos no exato momento do parto?

CONCLUSÃO

Não vislumbramos impedimento ético formal para a filmagem na sala de parto, desde que a pedido do paciente e/ou familiar e a autorização dos profissionais envolvidos no ato, ressalvadas as disposições regimentais da instituição.

Brasília, 24 de março de 1999.

Júlio Cezar Meirelles Gomes
Cons. Relator

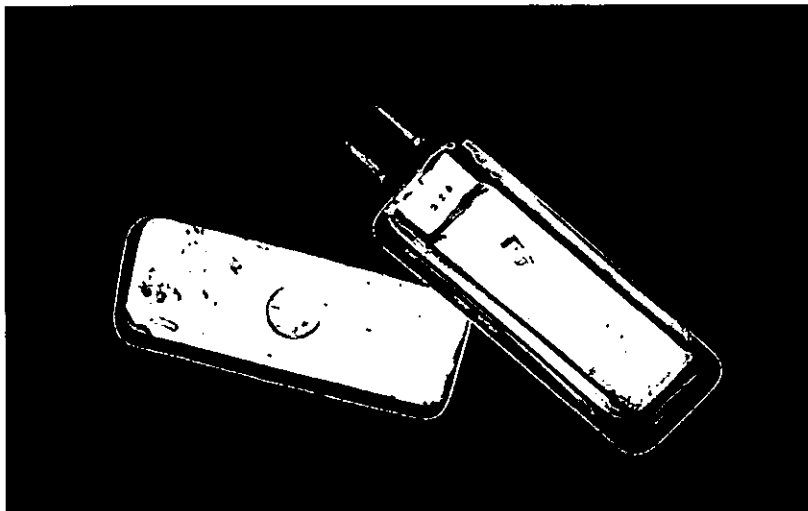
Processo - Consulta CFM Nº 0309/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 20/08/99

Palavras-Chave - Filmagem de parto.

Key Words - labor and delivery taping.

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried O. Wittig *



APARELHO PARA DESINFECÇÃO - Caixa metálica cromada com fundo próprio para fervura de água, através de conexão de 2 pontos de contacto com energia elétrica. Este objeto destinado a desinfecção de seringas de vidro era utilizado em todos os hospitais, farmácias e lares. Há muitos anos deixou de ser fabricado e usado, hoje proibido. Era um pequeno avanço sobre os desinfecionadores (não esterilizadores) a alcool, mas evidentemente eram mais caros, portáteis, mas só usáveis em local com energia elétrica.

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

MUDOU DE ENDEREÇO?



Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958 - D.O. de 25.07.1958

Artigo 6º - Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, a instalação de seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

NOME: _____

Residência

Consultório

Rua: _____

Nº _____ Andar/ Sala/ Apto. _____

Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____

CEP: _____ Estado: _____

O conselho precisa dispor de seu endereço **COMPLETO** e **ATUALIZADO** para poder servi-lo cada vez melhor. Comunique-nos qualquer modificação para que nossas correspondências possam chegar ao destino.

REGIMENTO INTERNO DE CORPO CLÍNICO EM EMPRESAS COM NÚMERO REDUZIDO DE MÉDICOS

Parecer CFM

EMENTA

As instituições prestadoras de serviços médicos devem ter Regimento Interno independente do número de médicos em seu Corpo Clínico.

O Setor Jurídico, instado a se pronunciar sobre o assunto, emitiu parecer adotado por este relator:

I - RELATÓRIO

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás encaminha expediente formulando os quesitos abaixo elencados, quais sejam:

"1) Registro de empresa de prestação de serviços médicos em que as mesmas são constituídas por número reduzidos de médicos, as vezes um único médico. Há necessidade de regimento interno neste caso? (a razão do questionamento está contido na Resolução 1481/97).

1) Existe um número mínimo de médicos integrados numa instituição para que seja configurado existência de corpo clínico?"

II - PARECER

O primeiro questionamento faz com que seja necessário esclarecer a finalidade do instrumento denominado Regimento Interno.

De acordo a Resolução CFM nº 1481/97, que dita as diretrizes gerais para adoção dos Regimentos Internos de Corpos Clínicos das entidades prestadoras de assistência médica no Brasil, o Regimento Interno do Corpo Clínico tem por função precípua a organização do próprio Corpo Clínico, definindo os diretores técnicos e clínico, a categoria dos médicos que o compõem, o procedimento eletivo para escolha do diretor clínico, sua competência, deliberações, direitos e deveres. Assim sendo, tem por escopo esclarecer as funções atribuídas ao Corpo Clínico.

Diante do exposto, conclui-se que o referido Regimento Interno objetiva uma melhor organização das instituições médicas, independente do número de profissionais médicos que as compõem. É indispensável, portanto, a adoção de Regimento Interno mesmo quando o número de profissionais envolvidos na empresa prestadora de serviços é reduzido.

No que tange à segunda indagação, mister se faz que se conceitue, também, o termo Corpo Clínico.

As diretrizes gerais para os Regimentos Internos de Corpo Clínico das entidades prestadoras de assistência médica no Brasil determinam que Corpo Clínico é **o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural**. Dessa feita, conclui-se que a instituição prestadora de serviços de assistência médica, objeto do questionamento em tela, deve obrigatoriamente possuir um Corpo Clínico. Não há que se ter um número mínimo de profissionais integrados para que seja configurado o Corpo Clínico, visto que este é um requisito básico para que os estabelecimentos dirigidos por médicos possam efetivar seus serviços.

É importante observar que é obrigatório o registro dos estabelecimentos de prestação de serviços médicos junto ao CRM, e que seja enviada uma relação dos profissionais que compõem seu Corpo Clínico.

III - CONCLUSÃO

O estudo da matéria objeto deste questionamento leva à conclusão que não obstante o fato de uma empresa prestadora de serviços médicos possuir um número reduzido de profissionais, inexistente a desobrigação da criação de um Regimento Interno, visto que o mesmo classifica e organiza melhor o Corpo clínico de cada estabelecimento médico, colaborando para um melhor funcionamento do mesmo e assegurando o relacionamento mais harmonioso entre a instituição médica e os profissionais que nela trabalham. Não existe um número mínimo de médicos integrados numa instituição para que seja configurado um Corpo Clínico, visto que este é requisito para que a empresa preste os serviços a que se dispõe."

Este é o parecer, S.M.J

Brasília, 15 de setembro de 1998.

Claudio balduino Souto Franzen
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3185/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 22/7/99

Palavras-Chave - regimento interno, corpo clínico
Key Words - medical staff regulation, medical staff

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ.
ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES.
1999 - NÚMEROS 61 A 64.**

OBSERVAÇÕES

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, de 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea ;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou E-mail (crmpr@crmpr.org.br);
- 7 - Índice remissivo dos nº 1 a 56 estão a disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-Pr. (<http://www.crmpr.org.br>)

| ASSUNTO | Num. | Pág. | Ano | Vol. |
|-------------------------------|------|------|-----|------|
| Aborto | | | | |
| Anencefalia | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Direito | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Direito à vida | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Ética | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Eugenia | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Eugenia | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Humanização do conceito | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Legislação | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Lei Fed. nº 9263/96 | 62 | 115 | 99 | 16 |
| Malformações | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Malformações | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Teoria Kardeciana | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Tipos de abortamento | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Abuso | | | | |
| Acumulação de cargo | 64 | 212 | 99 | 16 |
| Exames complementares | 63 | 146 | 99 | 16 |
| Exames complementares | 63 | 177 | 99 | 16 |
| Exploração médica | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Abuso Sexual | | | | |
| Denúncia à autoridade | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Em crianças | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Independente de representação | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Administração de Riscos | | | | |
| Comissão de Riscos | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Na medicina | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Advogado | | | | |
| Administração de Riscos | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Comissão de Riscos | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Aeronave | | | | |
| Conceito | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Albuquerque, Antonio Calso | | | | |
| Artigo | 62 | 65 | 99 | 16 |
| Ambulância | | | | |
| Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Ambulância | | | | |
| Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Qualidades técnicas | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Ana Carolina Silva Chery | | | | |
| Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Anencefalia | | | | |
| Aborto | 63 | 121 | 99 | 16 |

| Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. | Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. |
|--|-------------|-------------|------------|-------------|--|-------------|-------------|------------|-------------|
| Anestesiologia | | | | | Baista, Lislaine Cilene | | | | |
| Cirurgião-dentista | 61 | 13 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Anestesiologista | | | | | Bern | | | | |
| Obrigações | 62 | 65 | 99 | 16 | Pelo indústria farmacêutica | 62 | 86 | 99 | 16 |
| Responsabilidades | 62 | 113 | 99 | 16 | Segredo médico | 62 | 86 | 99 | 16 |
| Transfusão de sangue | 62 | 113 | 99 | 16 | Ver propina, vantagem, bonificação | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Angela Oliveira Ferreira | | | | | Benefícios | | | | |
| Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 | Oferecida pelo indústria farmacêutica | 62 | 100 | 99 | 16 |
| Antibióticos | | | | | Pelo indústria farmacêutica | 62 | 86 | 99 | 16 |
| Autorização pela CCIH | 64 | 225 | 99 | 16 | Segredo médico | 62 | 86 | 99 | 16 |
| Resol. CFM nº 1552/99 | 64 | 227 | 99 | 16 | Ver vantagem, bonificação, brinde | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Antonio Celso Albuquerque | | | | | Bioética | | | | |
| Artigo | 62 | 65 | 99 | 16 | Distanásia | 62 | 106 | 99 | 16 |
| Aprendizagem | | | | | Futilidade médica | 62 | 106 | 99 | 16 |
| Com paciente | 61 | 49 | 99 | 16 | Bonificação | | | | |
| Ética acadêmica | 61 | 49 | 99 | 16 | Pelo indústria farmacêutica | 62 | 86 | 99 | 16 |
| Assistência Médica | | | | | Braga Filho, Carlos Ehlke | | | | |
| Honorários na UTI | 64 | 206 | 99 | 16 | Artigo | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Médico assistente | 64 | 206 | 99 | 16 | Cadastro de Perfil Médico | | | | |
| Atendimento | | | | | Acesso no CRM | 63 | 169 | 99 | 16 |
| Perfil de técnicos | 62 | 68 | 99 | 16 | Cadáver | | | | |
| Pré hospitalar | 62 | 67 | 99 | 16 | Pesquisa automobilística | 61 | 41 | 99 | 16 |
| Regulação médica | 62 | 68 | 99 | 16 | Cargo | | | | |
| Resolução CFM nº 1529/98 | 62 | 67 | 99 | 16 | Acumulação | 64 | 212 | 99 | 16 |
| Atestado de Enfermidade | | | | | Carlos Ehlke Braga Filho | | | | |
| Por psicólogo | 63 | 139 | 99 | 16 | Artigo | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Por médico | 63 | 139 | 99 | 16 | Caroline Amaral Ferraz | | | | |
| Atestado de Trabalho | | | | | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Limites | 63 | 149 | 99 | 16 | Causalidade | | | | |
| Prontuário | 63 | 149 | 99 | 16 | Perícia | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Saúde ocupacional (ASO) | 63 | 149 | 99 | 16 | Cezarianos | | | | |
| Atestado Médico | | | | | Lei Fed. nº 9263/96 (esteril.) | 62 | 115 | 99 | 16 |
| Por psicólogo | 63 | 139 | 99 | 16 | Charlatanismo | | | | |
| Atestado Odontológico | | | | | Para-normalidades | 62 | 118 | 99 | 16 |
| Atestado médico | 63 | 139 | 99 | 16 | Chuary, Ana Carolina Silva | | | | |
| Atestado Psicológico | | | | | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Enfermidade | 63 | 139 | 99 | 16 | Cícero Andrade Urban | | | | |
| Ato Médico | | | | | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Fiscalização por médico não qualificado | 62 | 112 | 99 | 16 | Cirurgia | | | | |
| Gravação de cirurgia | 62 | 93 | 99 | 16 | Gravação em vídeo | 62 | 93 | 99 | 16 |
| Hierarquia / autonomia | 61 | 32 | 99 | 16 | Odontológica | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Paternidade | 61 | 38 | 99 | 16 | Responsabilidade do cirurgião | 61 | 42 | 99 | 16 |
| Auditor | | | | | Cirurgião | | | | |
| Funções | 63 | 161 | 99 | 16 | Ética e profissão | 61 | 19 | 99 | 16 |
| Perito | 63 | 161 | 99 | 16 | Responsabilidades | 61 | 42 | 99 | 16 |
| Auditoria Médica | | | | | Cirurgião-dentista | | | | |
| Autonomia | 63 | 161 | 99 | 16 | Anestesiologia | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Autorização de exames | 63 | 161 | 99 | 16 | Cirurgião médico | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Conceito | 63 | 161 | 99 | 16 | Equipe cirúrgica | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Modalidades | 63 | 161 | 99 | 16 | Comissão de Controle de Infecção | | | | |
| Autorização Judicial | | | | | Hospitalar | | | | |
| Justa causa / dever legal | 63 | 171 | 99 | 16 | Autorização de antibióticos | 64 | 225 | 99 | 16 |
| Pedido de prontuário | 63 | 171 | 99 | 16 | Lei nº 9431, de 6/1/97 | 64 | 225 | 99 | 16 |
| Recusa de atendimento | 63 | 171 | 99 | 16 | Portaria 2616 CM/MS, de 12/5/98 | 64 | 225 | 99 | 16 |
| Auxiliar de Cirurgia | | | | | Preenchimento de ficha de autorização | 64 | 225 | 99 | 16 |
| Responsabilidade do cirurgião | 61 | 42 | 99 | 16 | Resolução CFM nº 1552/99 | 64 | 227 | 99 | 16 |
| Auxiliar Enfermagem | | | | | Diretor clínico | 64 | 225 | 99 | 16 |
| Competência / perfil | 62 | 68 | 99 | 16 | Comissão de Riscos | | | | |
| Responsabilidade do cirurgião | 61 | 42 | 99 | 16 | Administração | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 | Advogado | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Avaliação | | | | | Protocolos | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Perícia | 61 | 01 | 99 | 16 | Competências | | | | |
| Banalização | | | | | Técnicos urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Medicamentos | 62 | 100 | 99 | 16 | Conceito | | | | |
| Banco de Sangue | | | | | Aeronave | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Cordão umbilical | 63 | 151 | 99 | 16 | Ambulância | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Doador | 63 | 151 | 99 | 16 | Auditoria Médica | 63 | 161 | 99 | 16 |
| Medula óssea | 63 | 151 | 99 | 16 | Auxiliar/técnico de enfermagem | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Placenta | 63 | 151 | 99 | 16 | Conduzir (motorista) | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Regulamentação | 63 | 155 | 99 | 16 | Distanásia | 62 | 106 | 99 | 16 |
| Resol. CFM nº 1544/99 | 63 | 155 | 99 | 16 | Interesse público | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Termo de consentimento | 63 | 151 | 99 | 16 | | | | | |

| Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. | Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. |
|--|-------------|-------------|------------|-------------|--|-------------|-------------|------------|-------------|
| Médico assistente | 64 | 206 | 99 | 16 | Termo consentimento para sangue | 63 | 151 | 99 | 16 |
| Prejuízo do futuro | 61 | 01 | 99 | 16 | Drogas | | | | |
| Rádico operador | 62 | 68 | 99 | 16 | Obesidade | 61 | 09 | 99 | 16 |
| Socorrista | 62 | 68 | 99 | 16 | Ehrenfried Ohmar Wittig | | | | |
| Telefonista | 62 | 68 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 64 | 99 | 16 |
| Concurso Público | | | | | Artigo | 62 | 120 | 99 | 16 |
| Exigência da especialidade | 61 | 19 | 99 | 16 | Artigo | 63 | 180 | 99 | 16 |
| Título de especialista | 61 | 19 | 99 | 16 | Artigo | 64 | 234 | 99 | 16 |
| Conselheiro | | | | | Elke Christine Ferreira | | | | |
| Acumulação de cargo | 64 | 212 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Ética de duplo exercício | 64 | 212 | 99 | 16 | Embrião Humano | | | | |
| Exercício em atividade paralela | 64 | 212 | 99 | 16 | Uso em pesquisa | 63 | 170 | 99 | 16 |
| Conselho Regional de Nutrição | | | | | Emergência | | | | |
| Decreto nº 84444, de 30/1/1980 | 64 | 209 | 99 | 16 | Atendimento pré hospitalar | 62 | 67 | 99 | 16 |
| Lei nº 6583, de 20/10/78 | 64 | 209 | 99 | 16 | Perfil de técnicos | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Registro na CRM | 64 | 209 | 99 | 16 | Regulação médica | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Consulta | | | | | Resolução CFM nº 1529/98 | 62 | 67 | 99 | 16 |
| Segunda opinião | 62 | 95 | 99 | 16 | Empresário Médico | | | | |
| Convênio | | | | | Abuso | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Especialidade distinto | 63 | 177 | 99 | 16 | Relação trabalhista | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Exame autogerado | 63 | 177 | 99 | 16 | Endereços | | | | |
| Exercício em gineco/obst. | 63 | 177 | 99 | 16 | Fornecimento de pessoa jurídica | 64 | 223 | 99 | 16 |
| Transferência hospitalar por fim de convênio | 64 | 203 | 99 | 16 | Resol. CFM nº 1495/98 | 64 | 223 | 99 | 16 |
| Cópia | | | | | Enfermeiro | | | | |
| Exames complementares | 64 | 228 | 99 | 16 | Responsabilidade do cirurgião | 61 | 42 | 99 | 16 |
| Cordão Umbilical | | | | | Ensino | | | | |
| Banco de sangue | 63 | 151 | 99 | 16 | Com paciente | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Medula óssea | 63 | 151 | 99 | 16 | Ética na prática médica | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Resol. CFM nº 1544/99 | 63 | 155 | 99 | 16 | Equipe Cirúrgica | | | | |
| Termo de consentimento | 63 | 155 | 99 | 16 | Anestesiologia odontológica | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Transplante | 63 | 151 | 99 | 16 | Buca-maxilo-facial | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Culpa | | | | | Médico-dentista | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Código do consumidor | 61 | 62 | 99 | 16 | Responsabilidade | 61 | 42 | 99 | 16 |
| Médico | 61 | 62 | 99 | 16 | Resolução CFM nº 1490/98 | 61 | 42 | 99 | 16 |
| Curandeirismo | | | | | Erro Médico | | | | |
| Para-normalidades | 62 | 118 | 99 | 16 | Código do consumidor | 61 | 62 | 99 | 16 |
| Proposta para nova lei | 62 | 118 | 99 | 16 | Perícia | 61 | 01 | 99 | 16 |
| DNA | | | | | Especialidade | | | | |
| Teste de paternidade | 61 | 38 | 99 | 16 | Gineco. obst. espec. distintas | 63 | 177 | 99 | 16 |
| Dano | | | | | Hipnótica | 64 | 214 | 99 | 16 |
| Perícia | 61 | 01 | 99 | 16 | Nutrição enteral-parenteral | 62 | 89 | 99 | 16 |
| Deila Barbosa Maia | | | | | Residência em reprodução humana | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Artigo | 63 | 121 | 99 | 16 | Esterilização | | | | |
| Denúncia | | | | | Lei Fed. nº 9263/96 | 62 | 115 | 99 | 16 |
| Abuso sexual / maus tratos | 62 | 116 | 99 | 16 | Pós aborto e parto | 62 | 115 | 99 | 16 |
| Dentista | | | | | Pós cesarianas repetidas | 62 | 115 | 99 | 16 |
| Anestesiologia | 61 | 13 | 99 | 16 | Voluntária | 62 | 115 | 99 | 16 |
| Auxiliar médico | 61 | 13 | 99 | 16 | Estudante de Medicina | | | | |
| Cirurgião médico | 61 | 13 | 99 | 16 | Responsabilidade em cirurgia | 61 | 42 | 99 | 16 |
| Equipe cirúrgica | 61 | 13 | 99 | 16 | Serviço militar | 61 | 06 | 99 | 16 |
| Dever Legal | | | | | Treino em paciente | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Autorização judicial | 63 | 171 | 99 | 16 | Ética | | | | |
| Justa causa | 63 | 171 | 99 | 16 | Aprendizado com paciente | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Dias Filho, Othelo de C. | | | | | Exames autogerados | 63 | 146 | 99 | 16 |
| Poesia | 61 | 48 | 99 | 16 | Pesquisa com embrião humano | 63 | 170 | 99 | 16 |
| Direito | | | | | Pesquisa pela indústria farmacêutica | 62 | 100 | 99 | 16 |
| Aborto | 63 | 121 | 99 | 16 | Segunda opinião | 62 | 95 | 99 | 16 |
| "Direito de Morrer" | | | | | Treinamento | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Hemlock Society | 61 | 08 | 99 | 16 | Eutanásia | | | | |
| Direito Penal | | | | | Autorizada | 63 | 157 | 99 | 16 |
| Aborto | 63 | 121 | 99 | 16 | Hemlock Society | 61 | 08 | 99 | 16 |
| Diretor Médico | | | | | Jack Kevorkian | 61 | 08 | 99 | 16 |
| Comissão de Riscos | 63 | 137 | 99 | 16 | Jack Kevorkian | 61 | 36 | 99 | 16 |
| Distanósia | | | | | Exames Complementares | | | | |
| Análise de caso | 62 | 106 | 99 | 16 | Abusos / fraude | 63 | 177 | 99 | 16 |
| Conceito | 62 | 106 | 99 | 16 | Autogerados | 63 | 146 | 99 | 16 |
| Futilidade médica | 62 | 106 | 99 | 16 | Autogerados | 63 | 177 | 99 | 16 |
| Doação de Órgãos | | | | | Autorização por auditores | 63 | 161 | 99 | 16 |
| Morte encefálica | 61 | 43 | 99 | 16 | Cópia de laudos para pagamento de faturas | 64 | 228 | 99 | 16 |
| Poesia | 61 | 48 | 99 | 16 | Ética | 63 | 177 | 99 | 16 |
| Doador | | | | | Restrição Unimed | 63 | 146 | 99 | 16 |
| Banco de sangue (cordão umbilical / placenta) | 63 | 151 | 99 | 16 | Segredo Médico | 64 | 228 | 99 | 16 |

| Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. | Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. |
|---|-------------|-------------|------------|-------------|---|-------------|-------------|------------|-------------|
| Fatura | | | | | Incapacidade | | | | |
| Cópia de exames | 64 | 228 | 99 | 16 | Perícia | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Ferroz, Caroline Amaral | | | | | Inscrição | | | | |
| Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 | Pela atividade básica (médica) | 64 | 209 | 99 | 16 |
| Ferreira, Angela Oliveira | | | | | Registro no CRM | 64 | 209 | 99 | 16 |
| Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 | Instrumentador | | | | |
| Ferreira, Elke Christine | | | | | Responsabilidade do cirurgião | 61 | 42 | 99 | 16 |
| Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 | Intensivista | | | | |
| Filmagem | | | | | Honorários | 64 | 206 | 99 | 16 |
| Na sala de parto | 64 | 231 | 99 | 16 | Médico Assistente | 64 | 206 | 99 | 16 |
| Obrigatória de cirurgia | 62 | 93 | 99 | 16 | UTI | 64 | 206 | 99 | 16 |
| Presença de leigos | 64 | 231 | 99 | 16 | Jack Kevorkian | | | | |
| Segredo médico | 64 | 231 | 99 | 16 | Condenação | 61 | 36 | 99 | 16 |
| Fiscalização | | | | | Eutanásia | 61 | 08 | 99 | 16 |
| Gravação de cirurgia | 62 | 93 | 99 | 16 | Hemlock Society | 61 | 08 | 99 | 16 |
| França, Genival Veloso | | | | | Julgamento | | | | |
| Artigo | 61 | 01 | 99 | 16 | Código de Proc. Civil. art. 155 | 62 | 116 | 99 | 16 |
| França, Genival Veloso | | | | | Ética-profissionais públicas | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Artigo | 61 | 24 | 99 | 16 | "Portas abertas" | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Fraude | | | | | Junta Médica | | | | |
| Exame complementar | 63 | 146 | 99 | 16 | Limites | 62 | 98 | 99 | 16 |
| Exames autogerados | 63 | 146 | 99 | 16 | Justa Causa | | | | |
| Exames autogerados | 63 | 177 | 99 | 16 | Autorização judicial | 63 | 171 | 99 | 16 |
| Fucuta, Patrícia | | | | | Dever legal | 63 | 171 | 99 | 16 |
| Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 | Lauda Radiológica | | | | |
| Futilidade Médica | | | | | Centralizado | 62 | 95 | 99 | 16 |
| Distanásia | 62 | 106 | 99 | 16 | Segunda opinião | 62 | 95 | 99 | 16 |
| Genival Veloso de França | | | | | Laudas | | | | |
| Artigo | 61 | 01 | 99 | 16 | Cópia para pagamento de faturas | 64 | 228 | 99 | 16 |
| Artigo | 61 | 24 | 99 | 16 | Segredo Médico | 64 | 228 | 99 | 16 |
| Gilberto Baumann de Lima | | | | | Lei | | | | |
| Artigo | 63 | 137 | 99 | 16 | nº 9263/96 (esterilização voluntária) | 62 | 115 | 99 | 16 |
| Ginecologia / Obstetrícia | | | | | nº 9434/97 (transplante) | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Especialidades distintas | 63 | 177 | 99 | 16 | Lima, Gilberto Baumann de | | | | |
| Exames autogerados | 63 | 177 | 99 | 16 | Artigo | 63 | 137 | 99 | 16 |
| Gorgeta | | | | | Lisloine Cilene Batista | | | | |
| Ver remuneração, bonificação, brinde, vantagem, bem | 0 | 0 | 0 | 0 | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Hemlock Society | | | | | Lista de Receptores | | | | |
| Direito de morrer | 61 | 08 | 99 | 16 | Crítérios / prioridades | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Hierarquia | | | | | Decreto nº 2268, de 30/6/97 | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Médico perito | 61 | 32 | 99 | 16 | Dificuldades / sugestões | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Subordinação / autonomia | 61 | 32 | 99 | 16 | Fiscalização e auditoração | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Hipnatria | 64 | 214 | 99 | 16 | Lei nº 9434, de 4/2/97 | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Hipnose Médica | | | | | Responsabilidades | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Charlatanismo | 64 | 214 | 99 | 16 | Única de transplante | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Diagnose e terapia | 64 | 214 | 99 | 16 | Listagens | | | | |
| Hipnatria | 64 | 214 | 99 | 16 | Autorização do plenário do CRM | 64 | 223 | 99 | 16 |
| História | 64 | 214 | 99 | 16 | Endereços de pessoas jurídicas | 64 | 223 | 99 | 16 |
| Indicações | 64 | 214 | 99 | 16 | Resol. CFM nº 1495/98 | 64 | 223 | 99 | 16 |
| Valorização | 64 | 214 | 99 | 16 | Lucro | | | | |
| História | | | | | Ver vantagem, bonificação, remuneração, gorgeto | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hipnose médica | 64 | 214 | 99 | 16 | Luiz Augusto Pereira | | | | |
| Sociedade de Hipnose Médica de São Paulo | 64 | 214 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 62 | 99 | 16 |
| História da Medicina | | | | | Malfomagens | | | | |
| Mais Antiga Alta para aborto | 61 | 64 | 99 | 16 | Aborto | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Esféras para colapsoterapia pulmonar | 62 | 120 | 99 | 16 | Eugenia | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Urolol | 63 | 180 | 99 | 16 | Eugenia | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Desinfecção de seringa | 64 | 234 | 99 | 16 | Interrupção de gravidez | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Honorários | | | | | Maria Alice Seneghini | | | | |
| Médico assistente / médico intensivista | 64 | 206 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Hospital | | | | | Maria, Deila Barbosa | | | | |
| Administração de riscos | 63 | 137 | 99 | 16 | Artigo | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Autorização para antibióticos | 64 | 225 | 99 | 16 | Mauricio Venâncio Sperandio | | | | |
| CCIH | 64 | 225 | 99 | 16 | Artigo | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Comissão de Riscos | 63 | 137 | 99 | 16 | Maus Tratos | | | | |
| Diretor clínico | 64 | 225 | 99 | 16 | Denúncia à autoridade | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Ficha de autorização | 64 | 225 | 99 | 16 | Em crianças | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Responsabilidade pela vaga | 64 | 203 | 99 | 16 | Independente de representação | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Resolução CFM nº 1552/99 | 64 | 225 | 99 | 16 | Medicamentos | | | | |
| | | | | | Monodrogas | 61 | 09 | 99 | 16 |
| | | | | | Obesidade | 61 | 09 | 99 | 16 |

| Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. | Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. |
|--------------------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Pesquisa pela indústria farmacêutica | 62 | 100 | 99 | 16 | Parecer Médico | | | | |
| Medicina do Trabalho | | | | | Segunda opinião | 62 | 95 | 99 | 16 |
| Agente de inspeção do trabalho | 62 | 110 | 99 | 16 | Pareceres CFM | | | | |
| Fiscalização | 62 | 110 | 99 | 16 | Importantes | 61 | 28 | 99 | 16 |
| Saúde ocupacional | 62 | 110 | 99 | 16 | Parto | | | | |
| Médico | | | | | Filmagem | 64 | 231 | 99 | 16 |
| Código do consumidor | 61 | 62 | 99 | 16 | Paternidade | | | | |
| Comissão de Riscos | 63 | 137 | 99 | 16 | Alto médico | 61 | 38 | 99 | 16 |
| Conceito de assistente | 64 | 206 | 99 | 16 | DNA | 61 | 38 | 99 | 16 |
| Culpa | 61 | 62 | 99 | 16 | Teste de identificação | 61 | 38 | 99 | 16 |
| Denúncia de abuso sexual | 62 | 116 | 99 | 16 | Patrícia Fucuta | | | | |
| Distanásia | 62 | 106 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Empregado | 61 | 13 | 99 | 16 | Pedro, Monica Simão | | | | |
| Empresário | 61 | 13 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Equipe da UTI | 64 | 206 | 99 | 16 | Pereira, Luiz Augusto | | | | |
| Hipnose | 64 | 214 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 62 | 99 | 16 |
| Legista | 61 | 43 | 99 | 16 | Perfil | | | | |
| Pagamento / honorário | 64 | 206 | 99 | 16 | Técnicos urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Perito legista | 63 | 158 | 99 | 16 | Perfil Médico | | | | |
| Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 | Acesso na CRM | 63 | 169 | 99 | 16 |
| Monica Simão Pedro | | | | | Cadastro consultável | 63 | 169 | 99 | 16 |
| Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 | Perícia | | | | |
| Morte | | | | | Dano | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Encefálica | 61 | 43 | 99 | 16 | Erro médico | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Encefálica | 61 | 45 | 99 | 16 | Incapacidade | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Encefálica | 61 | 46 | 99 | 16 | Junta médica | 62 | 98 | 99 | 16 |
| Encefálica | 61 | 47 | 99 | 16 | Limites | 62 | 98 | 99 | 16 |
| Morte Encefálica | | | | | Nexo de causalidade | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Comunicação familiar | 61 | 43 | 99 | 16 | Parâmetros de avaliação | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Declaração de óbito | 61 | 43 | 99 | 16 | Prejuízo do futuro | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Equivalência de atestantes | 61 | 45 | 99 | 16 | Perícia Médica | | | | |
| Exame complementar | 61 | 43 | 99 | 16 | Hierarquia / autonomia | 61 | 32 | 99 | 16 |
| Médico legista | 61 | 43 | 99 | 16 | Perito | | | | |
| Modelo de declaração | 61 | 47 | 99 | 16 | Autonomia / hierarquia | 61 | 32 | 99 | 16 |
| Normas | 61 | 43 | 99 | 16 | Competência do legista | 63 | 158 | 99 | 16 |
| Protocolo | 61 | 43 | 99 | 16 | Competência específica | 63 | 158 | 99 | 16 |
| Resolução CRMPR nº 063/98 | 61 | 45 | 99 | 16 | Designação legal | 63 | 158 | 99 | 16 |
| Resolução CRMPR nº 076/98 | 61 | 46 | 99 | 16 | Ilícitos éticos | 63 | 158 | 99 | 16 |
| Termo de declaração | 61 | 43 | 99 | 16 | Junta médica | 62 | 98 | 99 | 16 |
| Termo de declaração | 61 | 46 | 99 | 16 | Médico legista | 63 | 158 | 99 | 16 |
| Motorista | | | | | Pesquisa | | | | |
| Competência / perfil | 62 | 68 | 99 | 16 | Com pacientes | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 | Embrões humanos | 63 | 170 | 99 | 16 |
| Nutrição | | | | | Pelo indústria farmacêutica | 62 | 100 | 99 | 16 |
| Enteral parenteral (título espec.) | 62 | 89 | 99 | 16 | Prescrição medicamentos | 62 | 100 | 99 | 16 |
| Obesidade | | | | | Uso de cadáveres | 61 | 41 | 99 | 16 |
| Medicamento | 61 | 09 | 99 | 16 | Pessoas Jurídicas | | | | |
| Resolução CFM nº 1477/97 | 61 | 09 | 99 | 16 | Fornecimento de endereços pelo CRM | 64 | 223 | 99 | 16 |
| Obrigações | | | | | Planos de Saúde | | | | |
| Meio / Resultado | 62 | 65 | 99 | 16 | Alerta público do CRMPR | 62 | 112 | 99 | 16 |
| Odontologia | | | | | Consentimento do paciente | 62 | 112 | 99 | 16 |
| Atestado de enfermidade | 63 | 139 | 99 | 16 | Segredo médico | 62 | 112 | 99 | 16 |
| Equipe cirúrgica | 61 | 13 | 99 | 16 | Plantonista | | | | |
| Othelo de C. Dias Filho | | | | | Honorários em UTI | 64 | 206 | 99 | 16 |
| Poesia | 61 | 48 | 99 | 16 | Poesia | | | | |
| Paciente | | | | | Desejo de vida | 61 | 48 | 99 | 16 |
| Findar de convênio | 64 | 203 | 99 | 16 | "Prejuízo do futuro" | | | | |
| Remoção | 64 | 203 | 99 | 16 | Conceito | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Transferência hospitalar | 64 | 203 | 99 | 16 | Perícia | 61 | 01 | 99 | 16 |
| Treinamento prático | 61 | 49 | 99 | 16 | Premio - Melhor Monografia | | | | |
| Vaga hospitalar | 64 | 203 | 99 | 16 | 1999 - Deila B. Maia | 63 | 121 | 99 | 16 |
| Pagamento de Contas | | | | | 1999 - Maurício Venancio Sperandio | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Consentimento do paciente | 64 | 228 | 99 | 16 | Prescrições | | | | |
| Cópia de laudos de exames | 64 | 228 | 99 | 16 | Antibióticos | 64 | 227 | 99 | 16 |
| Diretor Clínico | 64 | 228 | 99 | 16 | Cuidados | 62 | 100 | 99 | 16 |
| Ética | 64 | 228 | 99 | 16 | Efeitos colaterais | 62 | 100 | 99 | 16 |
| Segredo Médico | 64 | 228 | 99 | 16 | Processo | | | | |
| Paramédico | | | | | Julgamento ético-profissional | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Eliminação do termo | 61 | 37 | 99 | 16 | Público | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Profissional de saúde | 61 | 37 | 99 | 16 | Profissional de Saúde | | | | |
| Para-normalidades | | | | | Paramédico | 61 | 37 | 99 | 16 |
| Curandeirismo | 62 | 118 | 99 | 16 | | | | | |
| Proposta de nova lei | 62 | 118 | 99 | 16 | | | | | |

| Assunto | Num. | Pág. | Ane | Vol. | Assunto | Num. | Pág. | Ane | Vol. |
|---|-------------|-------------|------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Promúrio | | | | | Segredo Médico | | | | |
| Atestado de trabalho (ASO) | 63 | 149 | 99 | 16 | Constrangimento ilegal | 63 | 171 | 99 | 16 |
| Auditorio Médica | 63 | 161 | 99 | 16 | Pesquisa farmacêutica | 62 | 100 | 99 | 16 |
| Constrangimento ilegal | 63 | 171 | 99 | 16 | Prontuário médico | 63 | 171 | 99 | 16 |
| Cópia à autoridade | 63 | 171 | 99 | 16 | Segredo de justiça | 62 | 116 | 99 | 16 |
| Recusa / crime | 63 | 171 | 99 | 16 | Solicitação de autoridade | 63 | 171 | 99 | 16 |
| Segredo médico | 63 | 171 | 99 | 16 | Segunda Opinião | | | | |
| Transporte inter-hospitalar | 62 | 68 | 99 | 16 | Ética | 62 | 95 | 99 | 16 |
| Propina | | | | | Radiologia | 62 | 95 | 99 | 16 |
| Pela indústria farmacêutica | 62 | 86 | 99 | 16 | Seneghini, Maria Alice | | | | |
| Segredo médico | 62 | 86 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Ver bem, benefício, gorgeta, vantagem | 0 | 0 | 0 | 0 | Serviço Militar | | | | |
| Protocolo | | | | | Estudante de medicina | 61 | 06 | 99 | 16 |
| Antibiótico | 64 | 227 | 99 | 16 | Prestação obrigatória | 61 | 06 | 99 | 16 |
| Morte encefálica | 61 | 47 | 99 | 16 | Sigilo Médico | | | | |
| Resol. CFM nº 1552/99 | 64 | 227 | 99 | 16 | Atestado de saúde ocupacional | 63 | 149 | 99 | 16 |
| Psicólogo | | | | | Sistema de Urgência/Emergência | | | | |
| Atestado de enfermidade | 63 | 139 | 99 | 16 | Definição de profissionais | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Qualidade de Serviço | | | | | Resolução CFM nº 1529/98 | 62 | 67 | 99 | 16 |
| Video tape, filmagem | 62 | 93 | 99 | 16 | Socorrismo | | | | |
| Radiologia | | | | | Competência / perfil | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Serviço centralizado | | | | | Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Terceirização ou segunda opinião | 62 | 95 | 99 | 16 | Telefonia | | | | |
| Radioperador | | | | | Competência / perfil | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Competência / perfil | 62 | 68 | 99 | 16 | Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 | Teoria Kardeciana | | | | |
| Registro | | | | | Aborto | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Obrigatório somente no CRM | 64 | 209 | 99 | 16 | Termo | | | | |
| Pela atividade básica (médico) | 64 | 209 | 99 | 16 | Morte Encefálica | 61 | 43 | 99 | 16 |
| Relação Médica-Paciente | | | | | Morte Encefálica | 61 | 45 | 99 | 16 |
| Intramição | 62 | 100 | 99 | 16 | Morte Encefálica | 61 | 46 | 99 | 16 |
| Remoção | | | | | Morte Encefálica | 61 | 47 | 99 | 16 |
| Problema administrativo | 64 | 203 | 99 | 16 | Termo de Consentimento | | | | |
| Responsabilidade | 64 | 203 | 99 | 16 | Sangue de cordão umbilical e placenta | 63 | 151 | 99 | 16 |
| Transferência | 64 | 203 | 99 | 16 | Teste de Identificação | | | | |
| Transporte inter-hospitalar | 62 | 68 | 99 | 16 | Paternidade / DNA | 61 | 38 | 99 | 16 |
| Vaga hospitalar | 64 | 203 | 99 | 16 | Título de Especialista | | | | |
| Remuneração | | | | | Concurso público | 61 | 19 | 99 | 16 |
| Pela indústria farmacêutica | 62 | 86 | 99 | 16 | Nutrição enteral-parenteral | 62 | 89 | 99 | 16 |
| Ver vantagens, bonificação, gorgeta, lucro, propina | 0 | 0 | 0 | 0 | Residência em reprodução humana | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Representação | | | | | Trabalho | | | | |
| Abuso sexual / maus tratos infantil | 62 | 116 | 99 | 16 | Agente de inspeção | 62 | 110 | 99 | 16 |
| Reprodução Humana | | | | | Saúde ocupacional | 62 | 110 | 99 | 16 |
| Residência médica | 61 | 13 | 99 | 16 | Trabalho Médico | | | | |
| Residência Médico | | | | | Abuso | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Reprodução humana | 61 | 13 | 99 | 16 | Médico empresário | 61 | 13 | 99 | 16 |
| Resolução CFM | | | | | Transferência | | | | |
| Nº 1477/97 (obesidade) | 61 | 09 | 99 | 16 | Responsável por vaga hospitalar | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Nº 1490/98 (equipe cirúrgica) | 61 | 42 | 99 | 16 | Transfusão de Sangue | | | | |
| Nº 1529/98 (urgência/emergência) | 62 | 67 | 99 | 16 | Anestesiologista | 62 | 113 | 99 | 16 |
| Nº 1544/99 (Banco de sangue) | 63 | 155 | 99 | 16 | Cordão umbilical / placenta | 63 | 151 | 99 | 16 |
| Nº 1552/99 (antibióticos) | 64 | 227 | 99 | 16 | Responsabilidade | 62 | 113 | 99 | 16 |
| Resolução CRM/PR | | | | | Termo de consentimento | 63 | 151 | 99 | 16 |
| Nº 063/98 (morte encefálica) | 61 | 45 | 99 | 16 | Transfusão sem sangue | 63 | 148 | 99 | 16 |
| Nº 076/98 (declaração de morte encefálica) | 61 | 46 | 99 | 16 | Transplante | | | | |
| Responsabilidade | | | | | Lista única nacional de receptores | 64 | 195 | 99 | 16 |
| Anestesiologista | 62 | 113 | 99 | 16 | Medula óssea | 63 | 151 | 99 | 16 |
| Código do consumidor | 61 | 62 | 99 | 16 | Sangue umbilical e placenta | 63 | 151 | 99 | 16 |
| Competência do perito legista | 63 | 158 | 99 | 16 | Termo de consentimento | 63 | 151 | 99 | 16 |
| Culpa | 61 | 62 | 99 | 16 | Transporte | | | | |
| Erro médico | 61 | 62 | 99 | 16 | Inter hospitalar | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Objetiva / subjetiva | 61 | 62 | 99 | 16 | Sistema urgência / emergência | 62 | 68 | 99 | 16 |
| Transporte inter-hospitalares | 62 | 68 | 99 | 16 | Urban, Cicero Andrade | | | | |
| Transfusão de sangue | 62 | 113 | 99 | 16 | Artigo | 61 | 49 | 99 | 16 |
| Resultado | | | | | Urgência / Emergência | | | | |
| Obrigação do anesthesiologista | 62 | 65 | 99 | 16 | Transferência hospitalar | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Riscos | | | | | Vaga hospitalar | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Administração | 63 | 137 | 99 | 16 | UTI | | | | |
| Saúde Ocupacional | | | | | Intensivista | 64 | 206 | 99 | 16 |
| Agente de inspeção do trabalho | 62 | 110 | 99 | 16 | Médico assistente | 64 | 206 | 99 | 16 |
| Atestado de trabalho | 63 | 149 | 99 | 16 | | | | | |

| Assunto | Num. | Pág. | Ano | Vol. |
|---|-------------|-------------|------------|-------------|
| Vago Hospitalar | | | | |
| Problema administrativo | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Remoção | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Resolução CONSU nº 13 | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Responsável pela transferência | 64 | 203 | 99 | 16 |
| SUS | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Término de convênio | 64 | 203 | 99 | 16 |
| Urgência / Emergência | 63 | 68 | 99 | 16 |
| Vantagens | | | | |
| Oferecida pela indústria farmacêutica | 62 | 100 | 99 | 16 |
| Pela indústria farmacêutica | 62 | 86 | 99 | 16 |
| Segredo médico | 62 | 86 | 99 | 16 |
| Ver brinde, bonificação, benefício vantagens, propina | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vida | | | | |
| Aborto | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Conceitualização | 64 | 181 | 99 | 16 |
| Video Tape | | | | |
| Cirurgia | 62 | 93 | 99 | 16 |
| Consentimento do paciente | 64 | 231 | 99 | 16 |
| Ética | 64 | 231 | 99 | 16 |
| Filmagem cirúrgica | 62 | 93 | 99 | 16 |
| Presença de leigos | 64 | 231 | 99 | 16 |
| Sala de parto | 64 | 231 | 99 | 16 |
| Segredo médico | 64 | 231 | 99 | 16 |
| Wittig, Ehrenfried Othmar | | | | |
| Artigo | 61 | 64 | 99 | 16 |
| Artigo | 62 | 120 | 99 | 16 |
| Artigo | 63 | 180 | 99 | 16 |
| Artigo | 64 | 234 | 99 | 16 |

1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (COFEP)

Presidente: Carlos Ehnke 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 Kliemann
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 Pellegrini

4 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

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

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 Salim Emed
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

7 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Daebes Galati Vieira
Secretária: Kelly
Cons. Renato Seely Rocco
Cons. Carlos Ehnke Braga Filho
Cons. Célia Inês Burgard
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 Rupídio
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Cícero Lotário Tironi
Cons. Kemel Jorge Chammass
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 Porciuncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)
Dr. Manuel da Conceição Garmeiro (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 Pellegrini (Presidente)
Dr. Luiz Henrique Zaions (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. Alicja Darwich (Colaboradora)
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)
Dr. Frederico Eduardo W. Virmond (Suplente)
Drª Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

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

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

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

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)
Dr. João Antônio Schemberg 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 05/07/99)
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)