

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

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

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 17 - n. 68 out./dez. - 2000

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1998/2003
DIRETORIA

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

MEMBROS EFETIVOS

Carlos Ehlke Braga Filho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Daebes Galati Vieira
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Gerson Zafalon Martins
Hécio Bertolozzi Soares
José Luís de Oliveira Camargo
Kemel Jorge Chammas
Luiz Sallim Emed
Marcos Flávio Gomes Montenegro
Mariângela Batista Galvão Simão
Marília Cristina Milano Campos
Mauri José Piazza
Monica de Biase Wright Kastrup
Raquela 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. 17	n. 68	p. 176-231	Out./Dez.	2000
---------------------------	----------	-------	-------	------------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehlke Braga Filho
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho
Iseu Affonso da Costa

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

ENDEREÇOS

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil

e-mail Geral : crmpr@crmpr.org.br
Secretaria/Diretoria: secdir@crmpr.org.br
Assessoria Jurídica: aj@crmpr.org.br
Cofep: cofep@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 322-8238
Fax 0 xx 41 322-8465

TIRAGEM

14.000 exemplares

CAPA

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

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

Gráfica Capital Ltda.
Rua Imaculada Conceição, 247. Fone (041) 333-7733
CEP 80215-030 - Curitiba - Paraná

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual 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 www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O material publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

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

NORMAS PARA OS AUTORES

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

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

Autor(es) - nome(s) e sobrenome(s)

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

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

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

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 5 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 97 for Windows.

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

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

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

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná" Conselho Regional de Medicina do Paraná Curitiba, v. 17, n.68, 2000 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

Implicações Éticas das Manipulações Genéticas em Seres Humanos José Américo Penteadó	176
Itinerário Ético Para um Emergentista Genival Veloso de França	191
Erro Médico - Tragédia Evitável Jecé F. Brandão	194
Pode o Médico Exercer a Medicina em Mais de um Estado? Parecer CFM	197
Pode Haver Restrição no Atendimento a Paciente do SUS Por Defasagem no Pagamento do Procedimento ou Medicamento? Parecer CFM	202
A Consulta de Prontuário Pelo Médico Auditor Deve Ser Realizada na Entidade Hospitalar, Sendo Proibida a Retirada Parecer CFM	205
Honorário de Consulta Idêntico Para Doentes Particulares e de Convênio Parecer CFM	208
Seguro de Responsabilidade Civil Para Médicos Parecer CFM	212
Anencefalia Não é um Estado de Morte Encefálica Parecer CFM	214
Decálogo do Emergentista Genival Veloso de França	217
Morte Encefálica e Estado Vegetativo Persistente Parecer CRMPR	218
É Permitido o Uso de Medicamento Placebo (Água Destilada)? Parecer CFM	221
História da Medicina Ehrenfried Wittig	223
Índice Remissivo 2000 N.ºs. 65 a 68	224

IMPLICAÇÕES ÉTICAS DAS MANIPULAÇÕES GENÉTICAS EM SERES HUMANOS

José Américo Penteadó*

1. INTRODUÇÃO - DELIMITAÇÃO DO TEMA

A Genética é a parte dos conhecimentos biomédicos da contemporaneidade que mais tem impulsionado o estudo da Bioética, principalmente pelas conseqüências possíveis de seu uso e pelos reflexos éticos advindos dessa sua utilização dentro da sociedade humana.

De fato, perante tal tema, tem-se percebido no mundo científico tanto atitudes otimistas pelos possíveis benefícios para a sociedade, ante a esperança de terapia genética ou geneterapia, mas também posicionamentos de preocupação na possibilidade de mau uso dos conhecimentos científicos, em virtude de possíveis desvios de finalidade da ciência genética e manipulações que possam alterar e intervir negativamente no estatuto genético da humanidade, quase à semelhança de uma revolução de cunhos políticos ou racistas dentro da sociedade.

De qualquer modo, a Bioética tem reconhecido que a sociedade está num momento central da história da ciência e da humanidade, pois tanto a humanidade, na medida em que obtém continuamente resultados teóricos e práticos da evoluções biotecnológicas, pode utilizá-los para beneficiar-se, seguindo uma orientação pacífica e construtiva no uso das novas descobertas científicas e invenções biotecnológicas, como também pode utilizá-los para prejudicar-se em atividades meramente manipuladoras e destrutivas, utilizando-se indevidamente conhecimentos científicos para fins prioritariamente negativos e finalidades desviadas.

Justamente aí situa-se a importância da ética, a orientar o emprego das intervenções genéticas, especialmente para fins terapêuticos e, enfim, para usos em que haja a direta ou indireta promoção do ser humano. Realmente, a resolução deste dilema dependerá do amadurecimento moral da sociedade e do homem individualmente, o que se materializará no constante acompanhamento e vigilância da Bioética como ciência orientadora da sociedade científica e da sociedade civil (1) no emprego das evoluções biotecnológicas.

* Médico e Promotor Público do Paraná. Trabalho premiado e classificado em primeiro lugar no concurso "Melhor Monografia de Ética Médica 2000, promovido pelo CRM/PR.

¹ De fato, como tem lembrado a literatura bioética sobre o questão da evolução dos conhecimentos e tecnologias da Genética Médica:

"He tomado como término de comparación el potencial atómico por una razón de analogía: como la energía atómica puede ser utilizada también para fines pacíficos, así la ingeniería genética puede ser orientada hacia fines terapéuticos, para curar enfermedades hasta ahora indomables y resistentes a la ciencia médica. Una orientación pacífica y constructiva, o bien manipuladora y destructiva; el dilema, en definitiva, depende de la ética, de las opciones éticas que se tomen.

Nunca como ahora, la ética ha cobrado tanta importancia en la medicina, en la biología y en la sociedad. Los descubrimientos científicos han hecho que la moral, la que se ocupa de la vida, interese a todos; que sea un problema de importancia prioritaria en la sociedad, a nivel mundial." (SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 213)

2. INTERVENÇÕES GENÉTICAS EM SERES HUMANOS

A doutrina bioética costuma perquirir os diversos níveis e finalidades de intervenções genéticas possíveis, em tese e na prática, a fim de melhor compreender as suas conseqüências e repercussões éticas.

A diferenciação que se faz leva em consideração a repercussão bioética dos efeitos e finalidades previstos para as manipulações genéticas consideradas, de tal modo que se possa compreender as conseqüências de cada prática biológica genética, podendo-se excluir algumas finalidades de plano, pela flagrante incompatibilidade com as finalidades sociais da ciência.

Nesta linha, embora isso possa vir a ser almejado por determinados indivíduos ou certos grupos sociais ou políticos, evidentemente não encontrariam respaldo ético as utilizações de técnicas de manipulações genéticas com **finalidades destrutivas ou bélicas**, o que poderia ocorrer mais provavelmente de uma forma mascarada ou dissimulada, pois não corresponderiam, obviamente, a um avanço biotecnológico para a promoção e bem estar da humanidade, mas a intervenções genéticas meramente manipuladoras, estando a serviço egoístico de determinadas classes ou indivíduos anti-sociais.

De igual modo, também não corresponderiam a intervenções científicas com supedâneo ético e, portanto, passíveis de aceitação pelo mundo científico, as técnicas de manipulações genéticas com **finalidades meramente experimentais**, se não tivessem, ao menos mediatamente ou de modo indireto, intenção de posterior aquisição de conhecimentos para benefício da humanidade, porque a ciência existe com o objetivo maior de obtenção de conhecimentos para promoção da sociedade e do indivíduo.

E, ainda, a utilização de técnicas de engenharia genética sobre o ser humano com vistas a **alteração ou seleção** mediante modificações seletivas do ser humano, especialmente para o fim de criar espécies ou raças melhores, seja porque discriminariam indivíduos ou classes, seja porque influenciariam o ecossistema necessário à vivência da humanidade, alterando o meio ambiente, embora já se tenha vislumbrado a perspectiva de uma forma atenuada de melhoramento da espécie humana na literatura bioética ⁽²⁾, se presente um objetivo maior de benefício ou promoção social, a permitir, de alguma forma, melhor qualidade de vida.

² Consoante respectivas citações da doutrina bioética, na linha de Cuyás M., 'Problemática etica della manipolazione genetica', *Rassegna di Teologia*, 1987, 5, p. 471-497:

"En este ámbito se discute, además, sobre una forma atenuada de alteración que sería el mejoramiento de la especie. Algunos no excluyen a la ingeniería genética para el mejoramiento en líneas generales ni siquiera en el hombre." (SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 213).

Por outro lado, são eticamente permitidas, em geral, as manipulações biológicas no campo genético com **finalidades terapêuticas**, seja através de terapia genética, seja através de elaboração de produtos de manipulações genéticas com finalidades produtivas, ou seja, a fim de aumentar a qualidade de produtos biológicos animais ou vegetais já existentes ou produzir novos, ainda inexistentes. As finalidades produtivas da engenharia genética evidenciam-se sobre o campo farmacológico, para produção de substâncias hormonais, vacinas, produtos utilizados em imunologia humana, entre outros, substitutos de produtos e substâncias fisiológicas, o que poderia trazer inúmeros benefícios para o ser humano, inclusive aqueles que, indiretamente, beneficiariam a sociedade, tais como os produtos de técnicas de manipulação genética úteis no setor agropecuário, cujo reflexo poderia, por razões óbvias, ser útil à subsistência humana.

Com efeito, a utilização de técnicas de manipulação genética com fins de obtenção de produtos para uso humano obviamente interessaria diretamente à sociedade civil e científica, para ampliar o fornecimento de produtos necessários à sua saúde e subsistência obtidos através de técnicas de intervenções genéticas.

Nestas perspectivas de objetivos de utilização da genética como recurso a benefício da sociedade e do indivíduo, portanto, dessume-se que a intervenção genética em seres humanos é parte indisponível de uma evolução científica que, já em andamento, merece ser compreendida e acompanhada pela Bioética, de maneira que se possam usufruir os melhores resultados úteis para a promoção do bem de todos.

Concretamente, nesta linha de entendimento, o Projeto Genoma Humano, projeto científico de cooperação internacional para seqüenciação de todo o genoma humano, coordenado pela organização internacional 'Human Genome Organization' (HUGO) ⁽³⁾, reaviva a esperança de obtenção de conhecimentos técnicos para maior compreensão das enfermidades genéticas e do desenvolvimento de terapias gênicas, além da possibilidade de obtenção de dados sobre o genoma humano, seja para fins terapêuticos, seja para fins diversos, inclusive para conhecimento da intimidade biológica da humanidade, após a localização exata de genes e compreensão de sua seqüenciação no genoma humano.

Entretanto, a demonstrar a necessidade da conscientização ética para aplicação segura do potencial científico disponibilizado pela evolução científica, os conhecimentos que resultam dos avanços e conclusões extraídos do Projeto Genoma Humano realçam indagações de natureza ética de marcada relevância para a sociedade, tais como os problemas éticos decorrentes da prática de aborto eugenésicos em virtude de diagnósticos pré-natais de enfermidade do fruto da concepção, com manifestações clínicas desde a época fetal ou mesmo tardiamente, em idade adulta, ou problemas advindos da manutenção de bancos de dados de informações genéticas do indivíduo, a servir atos discriminatórios de empregadores ávidos a realizarem seleção de trabalhadores pelas suas qualidades genéticas, e, enfim, qualquer outro problema humano decorrente de avanço científicos no campo da Genética Humana ⁽⁴⁾.

³ SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 242.

⁴ SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 242-243.

É que 'varios son los problemas ligados con el conocimiento del genoma humano' (5), porque não somente esta situação científica privilegiada de conhecimento sobre o íntimo biológico humano permitirá o progresso em claro benefício da sociedade, como também surgirão inúmeros conflitos quanto ao emprego, comercialização e confidencialidade dessas informações técnicas sobre o genoma, sobre a individualidade e intimidade de cada pessoa e sobre as formas de intervenção genética humana (6).

3. TERAPIA GENÉTICA EM SERES HUMANOS

O combate a afecções cuja causa tenha origem ou relação com possíveis alterações ou variações genéticas insufla a necessidade de buscas de técnicas e avanços nesta área científica. Pelo princípio bioético da beneficiência ou da beneficiação, a obrigação maior das ciências biomédicas e de seus executores é de buscar sempre o bem terapêutico do paciente, aplicando todas as opções tecnológicas e biomédicas em benefício global do ser humano, necessariamente (7) e é na terapia genética que reside uma das maiores esperanças de benefício do uso de técnicas de intervenção genética nos seres humanos.

Assim, embora a terapia genética se constitua em um procedimento médico de alta complexidade técnica, e, até certo ponto, relativamente agressivo à integridade física original do indivíduo tratado, geralmente indicada em afecções com repercussões patológicas marcantes ou em doenças de evolução crônica progressiva que não encontram solução por diverso caminho terapêutico, aceitam-se as técnicas de intervenção genética como opção de tratamento na medida em que a sua utilização, no caso concreto, seja realmente necessária para a recuperação da saúde do paciente, a qual, por outros modos, não poderia ser recuperada, ainda que parcialmente ou com benefícios semelhantes e com menos prejuízos ou efeitos colaterais.

Reconhece-se, portanto, a validade da intervenção genética no ser humano na proporção em que ela for necessária e conveniente para salvaguardar a vida e a saúde do indivíduo, vale dizer, "es lícito efectuar una intervención incluso invasiva en beneficio del sujeto vivo para corregir un defecto o eliminar una enfermedad de outro modo incurable" (8), pois, como toda terapia, "también la génica encuentra de aquí su fundamento y su justificación" (9).

5 BLÁZQUEZ, Niceto. "Bioética Fundamental", Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1996, p. 107.

6 Ou, nas palavras conclusivas encontradas no pensamento bioético atual:

"Os problemas éticos apresentados pelo grande desenvolvimento da genética molecular e a geneterapia estão apenas começando. O estudo, tratamento e solução eticamente correta dos mesmos é uma exigência que desafia a humanidade e que deve ser garantida desde os seus primórdios." (CLOTET, Joaquim. "Bioética como Ética Aplicada e Genética". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 181)

7 No mesmo sentido, entre outros: Brachifontaine, C. P. & Pessini, L.. "Fundamentos de Bioética", São Paulo, Editora Paulus, 1996, p. 29 e seguintes; Bellino, F. "Fundamentos de Bioética. Aspectos antropológicos, ontológicos e morais", Bauru, Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1997, p. 198-199.

8 SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 231.

9 AZEVEDO, E. S. "Terapia Gênica". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 161.

Nesta linha ética, na questão da manipulação genética em seres humanos para finalidades terapêuticas, admite-se as intervenções em células somáticas com o fim de possibilitar sua recuperação, conduzindo, mediante técnicas e procedimentos da medicina genética, as células defeituosas à normalidade esperada de um indivíduo possuidor de afecção de estrutura patológica relacionada a desordem genética, desde que não se lhe tragam riscos adicionais maiores do que os benefícios esperados pela aplicação da técnica médica ofertada. Também há que se exigir, para justificar-se a utilização de terapia genética não somente a indicação científica para seu uso no caso concreto do indivíduo, segundo os conhecimentos científicos da época, como também que não exista alternativa de tratamento tão eficiente e com iguais efeitos colaterais, bem como se trate de uma enfermidade grave.

Em qualquer caso, obviamente, deve existir não somente um mero aceno de concordância desinformada, mas o claro e inequívoco consentimento informado do paciente que se submeterá à terapia genética ou de seus responsáveis legais, de maneira a garantir a autonomia da pessoa enferma.

Por outro lado, as intervenções genéticas em células de linhagem germinal, em gametas e embriões, podem ser aceitas, do ponto de vista bioético, desde que fossem úteis e importantes para garantia da vida e saúde do indivíduo e utilizadas, neste compasso, sob exclusivo objetivo terapêutico, isto é, para restituir a normalidade do ser, recuperando sua dotação genética em sua eficiência e integralidade, embora dentre a corrente doutrinária que se manifesta favorável *"à terapia genética de células germinativas, ao lado da argumentação sobre vantagens identificadas existem sempre palavras de cautela, derivadas das limitações técnicas e do não conhecimento sobre complicações indesejadas"* (10).

Dessa forma, compreende-se que, a princípio, a intervenção genética no ser humano, para fins terapêuticos, seria lícita pelos possíveis benefícios a serem trazidos à sociedade, tanto sob a ótica da preocupação de manipulações genéticas em células de linhagem somática como germinativa, havendo de se proscrever, todavia, a manipulação genética para objetivos de terapêutica e tratamento quando, a princípio, os conhecimentos técnicos e científicos da época de realização da terapia genética não ofereçam certeza mínima de resultados terapêuticos a permitir uma previsão de benefício maior do que os riscos advindos desta inovação biotecnológica, ou quando, apesar dos conhecimentos científicos e das possibilidades de resultados terapêuticos importantes, os próprios riscos sejam graves o suficiente para impedir a utilização da técnica (binômio risco-benefício) (11).

¹⁰ SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 231.

¹¹ Com semelhante ponto de vista, cita-se o seguinte texto bioético literário:

"En toda intervención sobre el patrimonio genético humano, para que resulte éticamente aceptable, se ha de respetar el genoma como principio biológico de individualidad, la vida en sí misma y la salud de los embriones o de las personas ya nacidas pacientes de alguna enfermedad. Sólo la razón terapéutica y la promoción de calidad de vida con suficientes garantías técnicas pueden legitimar éticamente la intervención sobre el patrimonio genético humano ya constituido. Y, contra lo que muchos piensan, creo que este principio es válido también para la terapia genética germinal al menos en teoría, ya que en la práctica es verdad que no existen todavía las garantías técnicas suficientes. Pero no sería razonable impedir aplicación de la terapia genética de la línea germinal que, respetando incondicionalmente la integridad de la vida naciente y la dignidad de la procreación, curara al embrión, librándole a él y a toda su descendencia del error genético hereditariamente recibido de sus padres." (BLÁZQUEZ, Niceto. "Bioética Fundamental", Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1996, p. 379).

De igual modo, para licitude ética da terapia gênica, propõe-se que ela seja condicionada à comprovação de existência de uma enfermidade grave, preferencialmente com poucas esperanças de vida e em que inexistam, na atualidade, outras terapias alternativas cujos benefícios sejam maiores e cujos riscos e efeitos colaterais sejam inferiores aos da terapia genética oferecida.

Mas, alerta-se para o detalhe de que a terapia genética não pode ser considerada de forma absoluta como fator justificador da intervenção genética no ser humano, mencionando-se hipóteses de exclusão, neste particular, da sua motivação ética. Esta situação ocorreria, em primeiro lugar, quando os conhecimentos científicos não permitirem segurança suficiente para a execução de um tratamento gênico adequado, com maiores benefícios do que os perigos enfrentados na sua realização, e, em segundo, vista hipoteticamente a temática da terapia genética como dissimulado recurso para fins alheios aos de tratamento, a literatura bioética também tem relacionado como circunstância de absoluta exclusão da terapia genética o abuso do objetivo terapêutico, ultrapassando-o ou variando-o ao buscar-se modificar a constituição genética do indivíduo e, pois, a modificar-lhe geneticamente, independentemente do estado dos conhecimentos científicos (12).

É evidente que estas situações merecem ser recebidas com ressalvas como justificação para manipulações genéticas do indivíduo, por ferir o princípio de respeito à vida e o princípio da identidade e integridade do ser humano, no particular aspecto de sua constituição genética.

Por outro lado, quanto à terapia gênica de células germinativas e sem embargo de que seria questionável a propriedade, pelo indivíduo genitor, sobre os genes passados aos seus descendentes, de maneira a influir nas gerações futuras, transcendendo seus limites corporais e temporais, advoga-se também a possibilidade ética de utilização de técnicas de terapia genética de células germinativas para melhoramento do patrimônio genético da espécie humana, dentro dos limites impostos para garantia de respeito aos direitos humanos fundamentais (13).

¹² Segundo acrescenta a doutrina bioética:

"Por tanto, y a partir de este doble principio, son admisibles en general la terapia génica de tipo tanto somático como germinal, cuando la finalidad y el objetivo son los terapéuticos. En cambio, se debe excluir la terapia génica germinal por dos diferentes razones:

a) porque los métodos actuales no permiten lograr el resultado terapéutico, mientras se plantean riesgos imposibles de controlar. Esta razón está vinculada a los actuales conocimientos científicos;

b) cuando se sobrepasa el objetivo terapéutico y se busca modificar la constitución génica: en este caso la ilicitud es absoluta y no se condiciona al estado de los conocimientos, porque se configura como una alteración contraria al principio de respeto a la vida e identidad biológica y de igualdad entre los hombres." (SGRECCIA, E. **Manual de Bioética**. México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 247).

¹³ Assim:

"Outros autores, ainda que sem apresentar uma sistematização de argumentos a favor, defendem a terapia genética de células germinativas não apenas para tratamento de doenças mas também para melhoramento genético da espécie humana. Resnik sugere que esse melhoramento genético seja governado por regulamentação própria e acompanhado de educação adequada, não necessitando violentar reconhecidos princípios de moralidade e justiça social (34). Frata-Pessoa, por sua vez, questiona àqueles que, em sua avaliação, têm medo da eugenia, e afirma que "adotar medidas que tendem a melhorar o patrimônio genético da humanidade é tarefa benéfica e admirável quando feita com total respeito aos direitos humanos e com base em conhecimentos científicos seguros" (35)" (AZEVEDO, E. S. "Terapia Gênica". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 161).

Percebe-se, portanto, que os limites bioéticos da terapia gênica se formam, em um primeiro plano, pelo princípio da proteção da vida e da integridade física do ser humano, esbarrando a manipulação genética com fins terapêuticos tão somente na proibição de intervenção da identidade física do ser humano, no particular aspecto de sua integridade de seu patrimônio genético, principalmente quando a intervenção genética levar à discriminação do indivíduo perante seus semelhantes ou à supressão de suas qualidades humanas.

Por isso, exceto para suprir uma deficiência ou recobrar a normalidade da integridade gênica do indivíduo, a manipulação genética que atinja a identidade genética do ser humano poderia representar a instrumentalização do ser humano, por ofensa à sua vida e liberdade, ao atingir sua individualidade genética injustificadamente, circunstância reprochada pela concepção bioética da intangibilidade do patrimônio genético do ser humano, intangibilidade esta que diz respeito à dignidade da pessoa humana, no sentido de sua qualidade e amplitude de vida e do direito à liberdade individual, pois, nas palavras explicativas da doutrina bioética, *"cualquier intervención sobre la corporeidad (y por esto en el código genético) es una intervención sobre la totalidad de la persona y sólo puede justificarse si existe una razón terapéutica"* (14).

4. MANIPULAÇÃO GENÉTICA EM SERES HUMANOS PARA FINS DE ALTERAÇÕES

Merecem atenção também as intervenções genéticas em seres humanos para fins de alteração não especificamente terapêutica, inclusive aquelas para criar espécies ou raças modificadas ou melhoradas, cujas repercussões bioéticas poderiam ser vistas sob óticas positivas ou negativas, conforme tragam ou não benefícios à sociedade.

Com efeito, seria possível perquirir-se quais seriam os reflexos éticos da manipulação genética no ser humano que não fosse exercitada para exclusivos fins terapêuticos. É que esta situação, além da visualização de possível utilização de técnicas de engenharia genética eventualmente existentes, no presente ou no futuro, para alterar o patrimônio genético do ser humano e, também, de outros seres vivos, poderia levar ao questionamento de resultados sinistros, como eventuais disseminação de doenças ou supostas e possíveis criações de raças de seres diferenciadas ou superiores, de modo que estaria presente uma censura ética e moral do emprego destes tipos de avanços biotecnológicos, quando utilizados em detrimento da sociedade e do indivíduos, criando fontes de discriminações e atingindo a integridade da dotação genética de um ser.

¹⁴ SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 229.

Então, as alterações por meio de engenharia genética somente poderiam ocorrer se não fossem contrárias aos fundamentos éticos do princípio da dignidade da pessoa, inclusive a questão da isonomia entre os indivíduos na sociedade, nem poderia, em outra expressão, instrumentalizar o ser humano. É dizer, de plano, que estaria excluída qualquer hipótese de intervenção genética sobre o genoma humano como meio de alteração da unidade biológica da espécie humana, violando a dignidade individual e coletiva. É que salvaguardar a dignidade da pessoa é também salvaguardar sua história e sua identidade ⁽¹⁵⁾.

Questiona-se, via de conseqüência, quais seriam os reflexos éticos de aplicação de técnicas genéticas futuras para melhoramento de qualidades genéticas existentes nos indivíduos e em seus descendentes, tais como, por exemplo, aquelas hipotéticas intervenções para aumento da estatura humana, para prolongamento da idade do indivíduo, para melhoramento da inteligência humana, para melhoramento de seu metabolismo, para aumento de sua resistência ao frio e sobrevivência em regiões geladas ainda inóspitas ou para utilização de produtos orgânicos como fonte de energia atualmente considerados não alimentícios, etc, situações estas que, não sendo para fins especificamente terapêuticos, dotariam o indivíduo de uma qualidade humana já existente mas potencializada.

De modo semelhante, questiona-se também a possibilidade de futura e eventual utilização de técnicas biológicas de alteração genética do ser humano para dotá-lo de qualidades ou atributos físicos alheios à espécie humana, não descartando a doutrina bioética a possibilidade de utilização de procedimentos genéticos de alteração se consistirem em modificações compatíveis com as características do ser humano, como o aprimoramento da função visual, por hipótese, com a perfeição da visão de animais com esta característica (águia, entre outros) ⁽¹⁶⁾, sempre com a condição de que não transforme o ser humano em outro ser, em uma modificação teratológica ou animalésca, nem alterem substancialmente sua identidade pessoal e humana.

¹⁵ Em semelhante sentido:

"En primer lugar, es éticamente inaceptable el recurso a la ingeniería genética para manipular el genoma humano con vistas a alterar la unidad de la especie humana, violando así el misterio inalienable de las personas. El discurso de Juan Pablo II del 29 de octubre de 1983 a la Asociación Médica Mundial fue elocuente a este respecto. 'La naturaleza biológica de cada hombre es intangible en el sentido de que es constitutiva de la identidad personal de cada individuo a lo largo de toda su historia. Cada persona humana, en su singularidad absolutamente única, no está constituida solamente por su espíritu, sino por su cuerpo. De esta forma, en el cuerpo y por el cuerpo, se toda la persona misma en su realidad concreta. Respetar la dignidad del hombre significa, en consecuencia, salvaguardar esta identidad del hombre, 'uno en cuerpo y alma', como dice el Concilio Vaticano II ('Gaudium et spe' 14,1)." (BLÁZQUEZ, Niceto. "Bioética Fundamental", Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1996, p. 383).

¹⁶ Nesta linha:

"El conferir al individuo humano cualidades ajenas a la especie humana mediante la ingeniería genética es una hipótesis sustancialmente alterante. Cuyás mismo la excluye en principio, siempre y cuando implique el asumir cualidades animales mediante hibridación; pero no descarta tal posibilidad en el caso de que se trate de cualidades que no contrasten con el ser humano (la vista del águila, por ejemplo)." (SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 252).

Mas, face aos questionamentos éticos sobre as possibilidades atuais e futuras do emprego de técnicas de intervenção genética, para alteração ou amplificação do ser humano, importa conhecer, de forma racional e esclarecida, até para se avaliar sua licitude e suas possíveis conseqüências éticas, a que ponto a intervenção genética de alteração será útil para o bem-estar físico, mental, espiritual e social do ser humano, com produção de resultados de melhoramento do indivíduo e da sociedade, sem discriminações subseqüentes de qualquer natureza. A intervenção genética em seres humanos para fins eugênicos poderia ser considerada indefensável, mormente pela questionável moralidade de procedimentos semelhantes, inclusive porque poderia ser vista como um meio de dominação por classes geneticamente diferenciadas (17).

De fato, não sendo terapêutica a intervenção genética, mas de alteração da dotação gênica do indivíduo, poderiam considerar-se desejáveis estas inovações biotecnológicas, sob a condição de existência dessa tendência de promoção do bem-estar pessoal e social do ser humano (18), exclusivamente, sem objetivos escusos mascarados.

Assim, parece haver uma manifestação doutrinária de acolher, com certa razão, esta possibilidade de utilização da intervenção genética no ser humano, desde que não atentasse contra a sua integridade física, incluindo-se o contexto da integridade de seu patrimônio genético, nem prejudicasse sua situação e qualidade de vida, mas também não se permitisse a instrumentalização do ser humano, a partir das conseqüências de alterações genéticas, nem provocasse novas formas de discriminação, o que inviabilizaria, sob o ponto de vista ético, qualquer manipulação genética humana.

17 Com esta preocupação inicial:

"As aplicações da engenharia genética à espécie humana preocupam muita gente que pensa na possibilidade de seu uso eugênico. Essa preocupação decorre do fato de que a eugenia é erradamente confundida com totalitarismo, racismo e prepotência, embora, do modo como já vem sendo feita, com pleno respeito aos direitos humanos e das minorias, ela seja lícita, ética e desejável." (FROTA-PESSOA, O. "Fronteiras do Biopoder". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 260).

18 Em semelhante sentido:

"Por el contrario, la mentalidad eugenésica que tiende a mejorar la calidad de la vida humana desde el cuidado de su salud personal, para favorecer la calidad de los factores biológicos germinales, hasta la aceptación amorosa de cualquier deficiencia vital hasta el ocaso de la muerte, debe ser fomentada y alentada como exigencia básica del sentido de responsabilidad moral. Lo que no se puede tolerar es que las instituciones públicas y los países ricos pretendan suplir la irresponsabilidad eugenésica imponiendo por la fuerza a los países pobres una eugenesia de muerte legalizando el aborto, la eutanasia y la esterilización masiva para controlar políticamente la población mundial. La eugenesia auténtica es sinónimo de humanidad. Pero igualmente hay que decir que la nueva eugenesia auspiciada por muchos bioéticos actuales significa falta de respeto a la vida de los más débiles y eventualmente la programación sofisticada de su exterminio. La bioética podría convertirse en la amnistía implícita de las atrocidades nazis y en el abogado defensor de otras aún mayores en el futuro." (BLÁZQUEZ, Niceto. "Bioética Fundamental", Madrid, biblioteca de autores Cristianos, 1996, p. 383).

5. INTERVENÇÕES GENÉTICAS EM SERES HUMANOS PARA FINS DIAGNÓSTICOS

A compreensão das conseqüências éticas do desenvolvimento científico perquire necessariamente as etapas de evolução da ciência. Ante o crescimento intelectual seqüencial e concatenado, deduz-se que, na análise dos questionamentos éticos advindos da manipulação genética, alguns conflitos morais poderão advir de situações em que a intervenção genética somente se possa fazer a nível diagnóstico e não terapêutico, vale dizer, em doenças das quais se conheça a técnica para seu diagnóstico, sem possibilidade de oferecimento de tratamentos curativos, genéticos ou não.

Ao que se vislumbra, pois, é recomendável que nesses casos em que a intervenção genética possa ocorrer apenas a nível diagnóstico, seja verificado qual seria o benefício suficiente de sua aplicação prática, sem a imposição de riscos ou prejuízos maiores ao indivíduo ou a terceiros, mesmo porque, em vista da relação entre informação de um diagnóstico e a autonomia individual do ser humano, vale dizer, em virtude do princípio bioético da autonomia e *“por causa da dignidade da pessoa e do seu direito à intimidade, não deve ser obrigatória a revelação de suas anomalias genéticas”* (19).

Assim, a literatura bioética tem tratado da questão do conhecimento da presença de uma enfermidade através de exame genético, cuja manifestação fenotípica ocorrerá no futuro (portanto sem manifestação clínica contemporânea), como um problema advindo do conhecimento do **estado de portador** de genes para esta doença incurável, intratável ou grave, analisando-se o direito do indivíduo de conhecer sua existência em contraposição ao direito de não conhecê-la. São marcantes os casos em que há o diagnóstico da predisposição genética em menores de idade ou incapazes, nos quais poderiam ser funestas as conseqüências do conhecimento pelo paciente da infelicidade de ser portador de doença grave incurável, informação esta que poderia ser transmitida para seus pais ou responsáveis legais. Estes, bem como os portadores que forem capazes de discernimento, é que teriam direito de ter ciência sobre a doença de que é portador. Mas tanto o paciente, enfermo ou portador, como os seus pais ou responsáveis, têm o direito à privacidade e à autodeterminação quanto ao conhecimento da sua intimidade genética, cabendo a eles a decisão de submissão a procedimentos genéticos diagnósticos sobre seu estado de portador, inclusive com proteção que for necessária contra quaisquer formas de imposição moral desse conhecimento(20).

¹⁹ FROTA-PESSOA, Oswaldo. "Fronteiras do Biopoder". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 259.

²⁰ Ou, em outras palavras ilustrativas da questão:

“Dentro do princípio ético da autodeterminação, é importante que nossa privacidade seja defendida por lei, até contra nós mesmos. Muitas pessoas de famílias que têm casos de doença de Huntington negam-se a ficar sabendo se têm gene, já que nada podem fazer para evitar suas manifestações, ou curá-las, se surgir. Este ‘direito de ignorar’ deve ser salvaguardado contra o biopoder dos produtores de ‘kits’ para diagnóstico. O que se deve fazer, em lugar do exame, é estimar, no aconselhamento genético, a probabilidade de que a pessoa tenha o gene, a qual costuma ser menor do que ela imaginava, o que o deixa mais tranqüila” (FROTA-PESSOA, Oswaldo. "Fronteiras do Biopoder". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 259)

De mesmo modo, a investigação genética para fins de **diagnóstico prematrimonial** poderiam ser eticamente aceitáveis na proporção em que possibilitassem prevenção primária de determinadas afecções humanas, em especial em regiões altamente afetadas, se permitissem redução da incidência da enfermidade e se fosse resguardado a liberdade individual no aspecto de voluntariedade nessas situações.

Já as intervenções genéticas para fins de **diagnóstico prévio à contratação de companhias de seguros** demonstra-se eticamente inaceitável, por ferir o princípio bioético da autonomia do indivíduo, em se exigir-lhe submissão a exames genéticos para detecção de predisposições genéticas para determinadas afecções, as quais, podendo surgir no futuro, não seriam cobertas pelo contrato de seguro ou de previdência. Ocorre que o objetivo do contrato de seguro é diametralmente oposto, ou seja, o de cobrir eventos sinistros futuros, que possam ocorrer com o segurado e não o de cobrir eventualidades que não tenham previsão de superveniência, excluindo-se exatamente aqueles eventos sob risco de ocorrência posterior ao contrato.

Também se indaga, ainda que de forma hipotética, sobre a possibilidade de que a intervenção genética, para fins diagnósticos, permita a perspectiva de aplicação de técnicas de identificação genética de patologias para seleção de pessoas em ambiente trabalhista gera também indagações sobre a ética de sua utilização para conhecimento prévio, por empregadores, das potencialidades e defeitos biológicos de trabalhadores, quando de sua **triagem para contratos de trabalho** em empresas públicas ou privadas ou para determinados casos específicos. Esta perspectiva, todavia, colide contra os interesses sociais do mercado de trabalho, violando o equilíbrio que deve existir entre a oferta de serviços e trabalhos e a procura por empregos e vagas em serviços públicos e privados, eis que, obviamente, os riscos e o ônus do conhecimento de doenças futuras dos trabalhadores somente seriam suportados por estes, não pelas pessoas físicas ou jurídicas empregadoras ⁽²¹⁾.

O detalhe, entretanto, que poderia tornar esta concepção ética relativa, permitindo exceções para o uso e a disseminação de testes de triagem genética em seres humanos à procura de emprego, seria quando a autonomia individual e a intimidade genética do trabalhador cederia preferência à segurança pública, em caso nos quais poderia ser detectado um risco sério para a vida de terceiras pessoas causado pela manifestação clínica de futura patologia geneticamente desencadeada, inclusive pelo ambiente de trabalho ⁽²²⁾.

²¹ No mesmo sentido, entre outros: FROTA-PESSOA, Oswaldo. "Fronteiras do Biopoder". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 259.

²² Sobre esta particular exceção, leciona a doutrina bioética:

"La excepción ética a esta prohibición la ofrece a nuestro juicio el posible riesgo para la vida de terceras personas causado por la manifestación clínica de la futura enfermedad genética con predeterminación genética en situaciones laborales específicas (caso c). En esta eventualidad, la investigación genética previa a la contratación e\se habrá de efectuar obligatoriamente so pena de no ser contratado. Un ejemplo al respecto lo proporciona la corea de Huntington, patología genética que durante muchos años no se expresa a nivel fenotípico y que se caracteriza por momentos de confusión mental y pérdida de memoria en su inicio clínico. Es evidente que en el momento de la manifestación clínica en un sujeto que ejerce ciertas profesiones particulares, por ejemplo el controlador de vuelo, la corea pone en serio peligro la vida de muchas personas." (SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 252).

De outro modo, a intervenção genética em trabalhadores, para fins de diagnóstico de sua saúde, somente poderia servir, sob uma visão ética, para comprovar seu estado de saúde atual, no momento de sua admissão, mas não quando se possibilite recurso de seleção de empregados, sob o manto da discriminação da pessoa humana portadora de herança genética que, futuramente, poderá desencadear doenças pessoais a impedir sua contratação, situação em que não haveria triagem de trabalhadores pelas suas qualidades ou esforços pessoais, mas pelas suas fraquezas, o que se faria somente em vista de benefício do empregadores ou empresas contratantes.

Vislumbra-se, entretanto, exceção ética à intervenção genética para triagem de trabalhadores em circunstâncias nas quais a investigação genética ocorre para fins de detectar predisposição genética e prevenir determinada afecção laboral que se origine da associação entre determinada característica genética e fatores desencadeantes ou precipitantes do ambiente de trabalho. De qualquer modo, nestas situações peculiares, também haveria que se condicionar a realizar da mencionada investigação de predisposições genéticas ao consentimento informado do trabalhador, cientificando-se-o, inclusive, acerca das conseqüências de um resultado positivo ou negativo do exame, à limitação das informações aos empregadores, e à exclusão da possibilidade de que esta investigação genética fosse alternativa à necessidade de melhora e saneamento do ambiente de trabalho, como forma prática de evitar maiores gastos com Medicina e Segurança do Trabalho às empresas e aos empregadores.

6. INTIMIDADE BIOLÓGICA E SEGREDO DAS INFORMAÇÕES GENÉTICAS

Preocupação superveniente a recentes apresentações de resultados científicos, inclusive aqueles do Projeto Genoma Humano, a proteção da intimidade genética do indivíduo tem sido ventilada de forma mais freqüente, principalmente porque, com as evoluções do conhecimento científico no campo genético, vislumbra-se a hipótese de abertura de meio para pesquisa do íntimo biológico de cada pessoa (23).

²³ E relembando este problema da privacidade das informações genéticas individuais:

"Há quem se sinta desnudado e à mercê dos técnicos quando seus genes são investigados. O temor é compreensível em um criminoso que poderia ser denunciado por suas impressões de DNA. No mais, o que se deve pleitear é uma legislação que proteja nossa privacidade contra o biopoder de empregadores e companhias de seguro, que pretendam discriminar pessoas sadias, mas portadoras de gene que contribua para uma doença futura." (FROTA-PESSOA, Oswaldo. "Fronteiras do Biopoder". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 259).

A importância bioética desta discussão implica na temática do **segredo profissional e científico**, seara ética em que se destaca a necessidade de proteção da intimidade biológica de detalhes genéticos de cada pessoa, a ser garantida contra qualquer forma de comercialização e também a todo tipo de discriminação de pessoas ou classes de indivíduos, pois a intimidade pessoal de cada ser humano é sua propriedade e pertence diretamente à dignidade do ser humano, devendo estar a salvo de qualquer intervenção forçosa, sem o prévio consentimento livre e informado da pessoa (24).

De fato, a intimidade decorre da própria compreensão do contexto do princípio bioético da dignidade da pessoa humana, que a exime de situações que violem seu corpo ou sua intimidade psíquica ou física, compreendida esta também como uma intimidade biológica, para a qual somente se poderia admitir exceção para proteção de bem da vida e da saúde de terceira pessoa ou, talvez, para defesa da segurança pública, em aplicações forenses regulamentadas e fiscalizadas para benefício da sociedade civil.

7. PATENTEAMENTO DE PROCEDIMENTOS E PRODUTOS DE MANIPULAÇÕES GENÉTICAS EM SERES HUMANOS

A análise de questões derivadas da superveniência de técnicas de intervenção genética no ser humano levam também à reflexão acerca das conseqüências que os resultados obtidos através desse avanço biotecnológico possam trazer frente às ambições de propriedade intelectual e patenteamento desses resultados científicos (25).

Se bem que as medidas de patenteamento de inventos e marcas, ao garantir a propriedade intelectual e premiar o esforço científico, sejam necessárias para a proteção de produtos do descobrimento intelectual, motivando o desenvolvimento científico no seio da sociedade, quando se trata de permitir o patenteamento de produtos ou resultados advindos de técnicas de manipulação genética, sobrevém a possibilidade de fomentar uma concepção materialista do ser humano e de incentivar a procura preferencial de produtos com potenciais comerciais, ao invés de orientar o progresso científico, no campo da Genética, para benefício pessoal e social do ser humano.

²⁴ Ou, na conveniente expressão textual sobre este tema:

"De los ocho párrafos de la Declaración de Bilbao, en 1993, cabe destacar la preocupación por la intimidad personal, la eventual comercialización de los datos genéticos y por los abusos de todo tipo en el uso de los mismos, sobre todo para discriminar a las personas. 'La intimidad personal es patrimonio exclusivo de cada persona y por tanto debe ser inmune a cualquier intromisión. El consentimiento informado es requisito indispensable para interferir en ella. Excepcionalmente y por motivos de interés general, podrá permitirse el acceso a la misma, en todo caso bajo control judicial' " (BLÁZQUEZ, Niceto. "Bioética Fundamental", Madrid, biblioteca de autores Cristianos, 1996, p. 380).

²⁵ Com efeito:

"Hablar sobre patentamiento de material genético humano nos ubica ante un supuesto extremo que nos debe mover a una reflexión, ya que no sólo juegan acá importantes principios jurídicos pacientemente elaborados a través de la historia de los derechos intelectuales, sino que, al mismo tiempo, se tocan aspectos éticos que hacen a la salvaguardia de la dignidad del ser humano." (BERGEL, Salvador Dario. "Patentes de genes: implicancias éticas y jurídicas". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 245).

Ademais, não seria conveniente permitir que o patenteamento de produtos oriundos das manipulações genéticas conquistadas gradativamente pela classe científica levasse à privação da sociedade no conhecimento do que está recebendo para consumo ou de como os resultados científicos foram desenvolvidos, bem como as conseqüências de sua aplicação no ser humano ou em produtos de uso ou consumo por este.

É que, a possibilidade de patenteamento de resultados ou produtos advindos da manipulação genética não pode ser confundida com a possibilidade de patentear o ser humano, suas partes geneticamente modificadas ou produtos do corpo humano obtidos mediante intervenção genética, pois, nesta seara, *"el primero y más importante requisito para garantizar su eticidad es que se excluya la posibilidad de patentar al ser humano, y el respeto a su dignidad no sea nunca objeto de propiedad por parte de otros hombres"* (26).

De fato, não se permite, sob a ótica ética, a manipulação da dignidade da pessoa em si, ainda que indiretamente através de patenteamento do ser humano ou de suas partes ou produtos geneticamente alterados, nem, tão pouco, o fomento de fonte de discriminação na sociedade, mediante incentivo a formas e modos permissivos da mercantilização das necessidades humanas (27). Ou, em diversas palavras, não se permite a comercialização da Medicina.

8. CONCLUSÃO

As reflexões bioéticas sobre os avanços atuais e futuros da Genética permite o enfoque das conseqüências da manipulação genética em seres humanos frente à dignidade da pessoa humana, e dos princípios bioéticos de defesa da vida e da integridade física do indivíduo, inclusive no especial aspecto da intangibilidade do patrimônio genético humano.

De fato, é compreensível afirmar-se que nem tudo o que é geneticamente possível é eticamente permitido (28).

Assim, enfrentar o tema das conseqüências éticas das aplicações do conhecimentos e técnicas genéticas nos seres humanos significa também questionar os limites da intervenção genética nos seres humanos em cada nível do procedimento científico, à luz do bionômio risco-benefício e dos ditames éticos autonomia do ser humano e da promoção social.

²⁶ SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 254.

²⁷ "Concluyendo, se puede afirmar que se debe excluir la posibilidad de patentar al ser humano o sus partes, mientras que puede considerarse lícito patentar otros organismos vivos, con tal que se adopten las medidas jurídico-legislativas apropiadas para garantizar: un elevado nivel de libertad de la investigación científica; la cooperación económica a nivel internacional, poniendo atención especial a los países en vías de desarrollo, y el equilibrio ecológico. Las medidas adecuadas para afrontar las posibles degeneraciones en el plano ideológico (concepción materialista de la vida) son seguramente de tipo cultural y filosófico." (SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996, p. 254)

²⁸ PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. "Problemas Atuais de Bioética". 3ª edição, São Paulo: Edições Loyola, 1991, p. 244.

Significa mais, ou seja, questionar inclusive qualquer ato científico que atente contra a tradição genética da humanidade que se recebe e se repassa, geração a geração.

O que se proíbe é a instrumentalização do ser humano a partir de intervenção na sua dotação gênica, bem como o surgimento de novos modos de discriminação entre os seres humanos. Com efeito, a manipulação genética dos seres humanos poderia vir a significar, se não se assegurasse a destinação social e humanitária, para promoção do bem social, um sério risco de degradação do ser humano a partir de seu genoma.

É, pois, justamente esta situação que precisa de firme contenção, em especial através da conscientização ética da sociedade e da classe científica.

Ao que parece, a questão ética da intervenção genética em seres humanos traduz-se principalmente na responsabilidade científica com o futuro, que é, justamente, o ponto nuclear desta temática, sendo certo que, neste particular, a responsabilidade maior da sociedade será garantir a unidade e a integridade da espécie humana, sem impedir a evolução da ciência genética para promoção do bem humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, E. S. "Terapia Gênica". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 157 e seguintes.

BELLINO, F. "Fundamentos de Bioética. Aspectos antropológicos, ontológicos e morais", Bauru, Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1997.

BERGEL, Salvador Darío. "Patentes de genes: implicancias éticas y jurídicas". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 243 e seguintes.

BLÁZQUEZ, Niceto. "Bioética Fundamental", Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1996.

BRACHIFONTAINE, C. P. & Pessini, L.. "Fundamentos de Bioética", São Paulo, Editora Paulus, 1996.

CLOTET, Joaquim. "Bioética como Ética Aplicada e Genética". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 173 e seguintes.

FROTA-PESSOA, O. "Fronteiras do Biopoder". Revista Bioética, Brasília: 1997, vol.5, n. 2, p. 253 e seguintes.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. "Problemas Atuais de Bioética". 3ª edição, São Paulo: Edições Loyola, 1991.

SGRECCIA, E. "Manual de Bioética". México-DF: Editorial Diana, 1996.

Palavras-Chave: Manipulação genética, ética, genoma.

Key Words: Genetic manipulation, ethics, genome.

ITINERÁRIO ÉTICO PARA UM EMERGENTISTA

Genival Veloso de França*

A Emergência Médica, como se sabe, é especialidade de vastas proporções e de procedimentos muito complexos, pelo fato de não se ater ao âmbito exclusivo de um ramo único da medicina, mas de se constituir da soma de todas as especialidades e de se apresentar sempre diante de situações ameaçadoras e graves. Sua importância resulta da própria gravidade e da delicadeza das ocorrências que lhe são confiadas, não sendo exagerado dizer-se que a vida de todos nós, de um certo modo, depende muito da qualidade e da presteza de suas decisões.

Desta forma, trata-se de uma atividade difícil, a exigir do médico que a exerce um lastro de conhecimentos que ultrapassa o dos demais especialistas, visto que se envereda pelos caminhos de outras tantas áreas da atividade médica.

Também é preciso reafirmar que o politraumatizado não é um simples resultado do destino por um infortúnio ou acidente, mas o portador de um síndrome cuja incidência é cada vez maior e perfeitamente evitável, através de políticas e estratégias que considere o paciente de trauma como portador de uma outra doença como outra qualquer.

Tem-se procurado fazer distinção entre urgência e emergência médicas. Parece-nos bizantina essa diferença. Tem apenas o interesse da contabilização de certos interesses burocráticos e financeiros dos gestores oficiais da saúde. Conceituam urgência como "a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata". E emergência como "a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento imediato". Em suma, em qualquer das situações definidas, o paciente necessitará sempre de atendimento imediato.

Desde há muitos anos estamos defendendo a Emergência Médica como especialidade distinta e autônoma. Sempre procuramos mostrar a importância dessa atividade e tentar criar entre os jovens médicos um espírito e uma metodologia voltados às Lesões Graves. Entendemos que não basta ser simplesmente médico para que alguém se julgue apto para exercer essa atividade com a devida competência. Como não basta a um médico ser simplesmente médico para que faça intervenções cirúrgicas. São necessárias táticas mais acuradas, adestramento adequado e aquisição paulatina de um raciocínio e de uma disciplina muito peculiares.

* Ex-Professor de Medicina Legal de UFPB. Professor convidado do Curso Superior de Medicina Legal da Universidade de Coimbra (Portugal). Ex-Conselheiro do CRMPB e ex-Conselheiro do CFM. Palestra proferida II Curso de Emergências Médicas da Sociedade Cearense de Medicina de Urgência.

O poliferido é uma entidade diferente para o qual nem sempre se pode empregar as práticas convencionais de tratamento, pois ele é, acima e antes de tudo, um doente complexo. Cada dia que passa maior é a incidência de politraumatizados e as estatísticas mostram sua alarmante mortalidade, exigindo assim por parte da burocracia assistencial, medidas mais enérgicas e mais específicas na luta difícil pela sobrevivência desse tipo de paciente.

Não esquecer que no atendimento de urgência andam paralelamente o diagnóstico e o tratamento, pois vale mais uma manobra salvadora que o mais brilhante dos diagnósticos.

Em urgência médica devemos aprender a desconfiar, notadamente dos chamados "sinais patognomônicos" que são, na sua essência, pura ilusão clínica. Como também aprender a pensar com clareza, sem criar uma consciência exclusivamente especializada, para não se ater somente à parte e esquecer o todo, pois o juízo global deverá comandar as ações na emergência.

Acrescente-se a isso a necessidade da aplicação dos fundamentos da Ética e da Moral, suportes indispensáveis neste tumultuado e desafiador exercício. Isso porque além do processo ocorrer bruscamente e exigir um atendimento rápido, a confusa movimentação dos circunstâncias, a troca constante de profissionais e o caráter surpreendente do fato tornam a relação muito conflitante. Face à iminência de morte, muitas regras deontológicas, como por exemplo o consentimento esclarecido do paciente ou de seus familiares, nem sempre são possíveis ou conciliadas.

Mesmo assim, por maior que seja a aflição e a gravidade do caso atendido, jamais essa forma de atividade médica pode prescindir dos princípios tradicionais da Ética Médica, próprios e inseparáveis da arte hipocrática.

A oposição aos postulados básicos da Medicina pode tornar-se uma ameaça real ao exercício de uma atividade que a tradição elegeu e consagrou num respeito público e numa mística de veneração. Desviar-se dos caminhos da Ética é arriscar-se em perspectivas sombrias. A ciência não é um valor absoluto a que todos os outros valores estejam subordinados. Ela tropeça quando vai de encontro às normas que consagram e protegem a dignidade de cada homem, de cada mulher.

Compreendemos os prejuízos que a crescente renúncia aos dogmas deontológicos vem causando à profissão médica e, por isso, sentimos a necessidade de reascender na consciência de todos a flama do sentimento ético afronta de pela hecatombe moral dos dias de agora.

Primeiro, deve ele ter a coragem para assumir a dimensão da responsabilidade e a liberdade de ação num momento tão difícil. Não permitir a intromissão ou a coação de quem quer que seja, autoridade ou não, na tentativa de deformar sua conduta ou dirigir para um rumo contrário das suas legítimas conclusões. Coragem para afirmar. Coragem para concluir. Coragem para confessar que não sabe. Coragem para pedir orientação de um colega mais experiente.

Ser honesto para ser justo. Honesto para consigo mesmo, para com o paciente, para com seus familiares. Afastar desde cedo a falsa impressão que certos valores materiais parecem favorecer.

Aprender a ser humilde. Muita modéstia e pouca vaidade. O sucesso à fama deve ser um processo lento e elaborado na convicção do aprimoramento e da boa conduta ética e nunca pela presença ostensiva no nome ou do retrato nas colunas dos jornais.

Convencer-se de que a discrição é o escudo com que deve se proteger dos pronunciamentos açodados sobre cura ou sobre um tratamento mais heróico, sobretudo quando a verdade que se procura provar ainda não se apresenta nítida e livre de contestação. Fugir das declarações ruidosas prestadas aos jornalistas ávidos de sensacionalismo, em entrevistas espalhafatosas diante da desgraça e do infortúnio de alguém. Falar pouco e em tom sério, com argumentação e na oportunidade exata. Lembrar que o segredo médico pertence ao paciente e que a guarda desse sigilo só pode ser rompida em casos muito especiais.

Manter-se permanentemente atualizado, aumentando cada dia o saber médico, para que assim possa oferecer a seus pacientes uma melhor forma de assistência. Um dos deveres de conduta do médico é o de auto-informação continuada.

Dedicar-se de corpo e alma na luta em defesa do poliferido, vigilante e assíduo, pois o alvo de toda atenção do médico é o paciente. Não esmorecer nunca, mesmo diante de uma causa aparentemente perdida. Um outro dever de conduta do médico é o de vigilância.

Manifestar uma extrema paciência no exercício dessa arte tão difícil. Paciência com o doente e também paciência com a família dos enfermos. Evitar a indelicadeza e a grosseria, para que o paciente não perca a ilusão e a confiança.

Não esquecer jamais que a caridade é o elemento que dignifica a profissão e quem sofre tem de contar com a nossa misericórdia. Quem ouve uma palavra de esperança é como quem escuta a voz de Deus.

Conscientizar-se que a prudência é tão necessária quanto à pronta intervenção. A prudência é a expectativa consciente e inteligente de atuar na hora certa. Um outro dever de conduta do médico é o de abstenção de abuso.

Ter espírito de observação. Observar é por em andamento o exercício elementar dos sentidos. Atuar com espírito de observação é ver o que os outros não vêem. É poder concluir acertadamente através de uma convicção, comparando os fatos entre si, relacionando-se e chegando a conclusões objetivas que por si não se encontram ao alcance dos nossos sentidos.

Assim, grande é a responsabilidade, com também vastíssimo é o campo de atuação do urgentista. Tão vasto que excede da atuação do especialista e que exigem mais do que ser simplesmente médico. Exige também uma dignidade que jamais tenha de se dobrar envergonhada diante da amargura de uma decepção. Ao contrário, tudo fazer para que seu trabalho seja admirado pelo cunho da fidelidade a sua arte, a sua ciência e à tradição hipocrática.

Palavras-Chave: emergência, emergentista, urgência, roteiro ético.

Key Words: intensivist, urgency, ethics itinerary.

ERRO MÉDICO-TRAGÉDIA EVITÁVEL

Jecé F. Brandão*

Nenhuma circunstância mancha e prejudica mais a imagem profissional do médico que a acusação de erro médico (EM). Isto porque ele tem o seu prestígio e reconhecimento junto a sua comunidade embasados na confiança. Predicados como saber tecnocientífico, talento clínico, disponibilidade existencial e cidadania, constituem-se ingredientes essenciais para a formação e desempenho no trabalho clínico. Mas o que dá o diferencial é o "quantum" de confiança e respeitabilidade conquistados na lida diária anos a fio, freqüentemente, luta de toda uma vida. Por isso é que uma insinuação sequer de EM pode trazer prejuízos indelévels ao médico.

O presente texto objetiva definir tecnicamente o EM, distinguindo-o do mau resultado sem culpa. Mais do que isto, pretende também listar medidas e posturas que praticadas, além de prevenir EM, amplia o reconhecimento e prestígio do médico junto a sua comunidade.

Chamamos de EM toda conduta profissional inadequada, na qual verifique-se uma inobservância técnica danosa ao paciente, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência. Simplificando, a imperícia consiste em fazer mal o que deveria ser bem feito; a imprudência consiste em fazer o que não deveria ser feito, e a negligência em não fazer o que deveria ser feito.

Como se vê, no EM, ocorre sempre um mau resultado (dano físico, moral, estético ou patrimonial) que foi alcançado por uma das três vias: imperícia, imprudência ou negligência. Porém, nem todo mau resultado ou resultado adverso é provocado por inobservância técnica. Ao contrário, na maioria das vezes, o mau resultado ocorre apesar do médico ter empregado todos os recursos disponíveis, sem obter o sucesso pretendido. É o que ocorre no chamado acidente imprevisível e resultado incontrolável. Acidente imprevisível é o resultado lesivo, oriundo de caso fortuito ou força maior, incapaz de ser previsto ou evitado, qualquer que seja o autor, em idênticas circunstâncias. Já no resultado incontrolável, o mau resultado decorre do curso inexorável do caso, situações patológicas nas quais a ciência médica não dispõe de meios para sua completa solução. Sim, a ciência médica é limitada, pode muito pouco. Se assim não fosse, curaríamos todas as doenças... seríamos eternos...

De forma genérica, pode-se dizer que as causas mais freqüentes de EM estão relacionadas com: formação médica deficiente, tecnologização da medicina, medicalização abusiva, atualização profissional precária, e com a falência do sistema de saúde nacional.

A profissão médica, como as demais categorias profissionais, tem o seu exercício regulado por normas disciplinadoras. O ato médico é passível de contestações por suposto EM, na justiça ético-profissional (CRM'S) e justiça civil. Em ambas as instâncias, o que se busca é apurar responsabilidades. Os peritos e julgadores irão verificar se naquele ato denunciado ocorreu: inobservância de regras técnicas e científicas ou atipia de conduta; o nexó causal entre o ato médico suspeito e o dano alegado pelo denunciante.

* Conselheiro do CREMEB - Gastroenterologista. Mestre em Medicina Interna.

Tanto na justiça ético-profissional como na civil, é essencial avaliar se o profissional exerceu naquele ato denunciado seus deveres de conduta.

Por dever de conduta no exercício da medicina, entende-se um elenco de obrigações a que esteja sujeito o médico, e cujo não cumprimento pode levá-lo a sofrer as conseqüências previstas normativamente. Por outro lado, se observados na prática médica diária, reduziremos ao mínimo a possibilidade de EM.

São deveres de conduta na prática médica: dever de informação, de atualização, de vigilância e de abstenção de abuso.

1 - Dever de informação - São todos os esclarecimentos prestados na relação médico-paciente considerados essenciais tais como: a) Informação ao paciente ou ao seu representante legal sobre a necessidade das condutas médicas que o seu caso requer, seus riscos e conseqüências. É o exercício do princípio da autonomia, para a obtenção do consentimento esclarecido do paciente. b) Informações sobre as condições precárias de trabalho. Ninguém desconhece que muitos dos maus resultados na prática médica são originados das péssimas e precárias condições de trabalho. c) Informações no prontuário. É o prontuário, elemento de valor probante fundamental quando diante de ato médico suspeito de EM. Devendo constar a descrição completa do exame clínico, anotações e cuidados médicos prestados, resultados dos exames complementares de forma ordenada e concisa. d) Informações aos outros profissionais. O médico diante da iminente transferência do paciente para outro profissional ou serviço, deve elaborar relatório completo listando as condutas médicas praticadas.

2 - Dever de atualização - O médico deve manter-se atualizado com os avanços de sua profissão. Vale ressaltar que entendemos pôr médico atualizado, aquele profissional que exerce a sua prática clínica aplicando as técnicas mais aceitas e consagradas em seu meio, reconhecidas pelas sociedades de especialidades médicas ou ensinadas nas escolas de medicina.

3 - Dever de vigilância - Na avaliação de um ato médico, quanto a sua integridade e licitude, deve-se estar isento de qualquer tipo de omissão que venha a ser caracterizado por inércia, passividade ou descaso. A troca de medicamentos por letra indecifrável, esquecimento de certos objetos em cirurgias e prescrever sem ver o paciente, são três exemplos típicos de omissão de dever de vigilância.

4 - Dever de abstenção de abuso - Trata-se do dever que o profissional tem de praticar seu ato médico com a devida cautela. Exceder-se na terapêutica ou nos meios propedêuticos mais arriscados e se o dano deveu-se a isso, não há porque negar a responsabilidade profissional.

Acerca disso, o prof. Genival Veloso de França, no seu livro *Comentários ao código de ética médica, diz com muita sabedoria*: "O paciente e seus familiares começam a entender que a medicina, pelo seu alto envolvimento tecnológico, passou a criar riscos. Não existe médico, por menos experiente que seja, ou paciente, por mais ingênuo que possa parecer, que não estejam cientes do risco gerado na relação profissional quando se cuida da saúde de uma pessoa. Este é o preço que vem pagando todos pelos mais espetaculares e prodigiosos avanços da medicina". Em essência o que se pede, é que o médico contemporâneo se esmere em cautela e rigor científico, ao indicar um procedimento "armado" para o seu paciente.

Sugestões para prevenção do erro médico:

1 - Face à complexidade e subjetividades envolvidas no ato médico, o profissional deve estar sempre muito atento, "inteiro", na interação com o paciente. Qualquer desatenção pode significar retardo no diagnóstico e tratamento, podendo gerar uma inobservância técnica e dano ao paciente. Para que esse exercício profissional diário seja eficaz e diligente, é fundamental que o médico esteja existencialmente bem atendido, fluindo bem na vida, motivado profissionalmente (boas condições de trabalho e remuneração justa).

2 - O médico deve manter-se sempre em parceria com a sociedade na luta pela melhoria dos níveis de vida, de saúde e cidadania. Tem o dever de revelar didaticamente à sociedade que além do EM, existem outras causas que favorecem ao mau resultado, como as péssimas condições de trabalho, meio ambiente inóspito, estilo de vida com hábitos inadequados e sistema público de assistência à saúde deficiente, sempre carente dos meios indispensáveis ao tratamento das pessoas;

3 - Deshospitalizar a assistência médica - Priorizar o tratamento ambulatorial ou domiciliar, elegendo a internação hospitalar como recurso de exceção;

4 - Melhorar o aparelho formador - As faculdades de medicina precisam priorizar na grade curricular matérias voltadas para a realidade do Sistema Único de Saúde. Introdução urgente de matérias de humanidades;

5 - Ensino médico continuado - mais que um dever, é um direito do médico manter-se sob alguma reciclagem e aperfeiçoamento;

6 - Melhoria das condições de trabalho - O médico deve protestar, denunciar, lutar contra as péssimas e precárias condições para exercer suas atividades. Remuneração digna é indispensável. O profissional vivendo em estado de penúria econômica não pode ter a tranquilidade mental essencial para o complexo e sofisticado exercício clínico. Nessas condições, involuntariamente, ele pode transformar-se num risco a mais na geração de maus resultados. Estímulo ao vínculo único;

7 - Relação médico-paciente - A relação médico-paciente é a essência da razão de ser da medicina clínica em todos os tempos. Dela pode sair o alívio do sofrimento, a cura, o reconhecimento, admiração e prestígio. Mas também dela pode advir insatisfações, hostilidades, sensação de fracasso profissional, menos valia e denúncia de EM. É indiscutível que a relação médico-paciente cordial, respeitosa, embasada na confiança e autonomia, permite ao doutor e paciente condições de exercer com tranquilidade seus papéis. Nesse clima empático, e já terapêutico, a possibilidade de acerto diagnóstico e final feliz é a regra. Por outro lado, a análise da maioria das denúncias de EM revela-se sem fundamento técnico. Foram ajuizadas em resposta às hostilidades e desentendimentos, frutos de uma relação médico-paciente mal elaborada.

Como podemos ver nesse texto, o EM não é uma fatalidade. É uma tragédia evitável. Nós médicos temos que exercitar diária e continuamente, os meios preventivos para evitá-lo. A medicina, o paciente e a sociedade aplaudem e agradecem.

Palavras-Chave: erro médico, má prática, vigilância, prevenção de dano.

Key Words: medical error, mal-practice, vigilance, damage precaution.

PODE O MÉDICO EXERCER A MEDICINA EM MAIS DE UM ESTADO?

Parecer CFM

EMENTA

Por exigência legal, o médico para exercer a medicina em jurisdição diversa da origem por até 90 dias*, deve cumprir o previsto no art. 18, da Lei nº 3.268/57. O não cumprimento deste dispositivo é caracterizado como infração ética (inciso III do Preâmbulo do CEM). Outras maneiras para registro, diferentes das previstas em lei, tais como comunicação por fax, correio e e-mail, não podem ser utilizados.

INTRODUÇÃO

Através do ofício CFM nº 383/2000, datado de 01/02/2000, fui designado para emitir parecer em relação ao Processo Consulta CFM nº 1795/96, de interesse do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e do Distrito Federal.

DOS FATOS

Em seguida passo a discorrer, em ordem cronológica, sobre as etapas que antecederam a consulta a este Conselho Federal de Medicina:

1) Em 05/06/95 o CREMESP encaminha ao CRM do Distrito Federal, cópia de denúncia feita àquele Regional em 26/08/94, pelo médico Mário Roberto Valbert Matallo contra o Dr. Márcio Moreira Salles, cujo teor principal encontra-se no Expediente 30.030/94, o qual transcrevo a seguir:

“Encaminhamos a este E. Conselho do Distrito Federal, cópias do Expediente nº 30.030/94, originário do ofício nº SST/nº 193/94, da Subdelegacia do Trabalho em Campinas (SP), que encaminha a este Conselho, para providências cabíveis, cópia da manifestação do Dr. Mário Roberto Valbert Matallo (Reclamante), versando sobre o relatório de perícia técnica elaborado pelo o Dr. Márcio Moreira Salles (Reclamado), que possuindo CRM-DF 3.524, assentado sob a jurisdição do Conselho do Distrito Federal estaria exercendo “irregularmente” a Medicina sob a jurisdição do Estado de São Paulo, sem prévia comunicação ou inscrição neste Conselho Paulista”.

Estão anexados à denúncia, cópia da correspondência do Chefe do CNPMA – Embrapa (fls. 12) enviada ao Delegado do Ministério do Trabalho em Mogi Mirim/SP e da correspondência do Dr. Mario Roberto Valbert (fiscal federal – médico do trabalho), onde se posiciona contrário ao laudo pericial elaborado pelo Dr. Márcio Moreira Salles (fls. 13 e 14). Em 04/10/94 a Assessoria Jurídica do CREMESP através da advogada Adriana C. Turri Joubert, assim se manifestara:

"Diante de exposição do interessado, diz respeito ao CREMESP, em razão de sua competência legal o tópico terceiro.

Contudo, a atuação do médico Márcio Moreira Salles no estado de São Paulo não pode ser considerada exercício ilegal da medicina, posto que o mesmo é médico, estando, pois, habilitado ao exercício da referida profissão. Ao contrário esta situação implica em mero exercício irregular".

2) O Conselho Regional do Distrito Federal, por duas vezes (08/08/95 e 13/09/95), solicita através de ofícios, manifestações do Dr. Márcio Moreira Salles em relação á denúncia feita contra ele pelo CREMESP. Em 22/09/95 o Dr. Márcio se dirige ao CRM do Distrito Federal nos seguintes termos:

"Prezado Senhor,

Em atenção ao Of. nº 02052/95-E, Ref.: Prot. nº 1529/95 tem-se as seguintes considerações a fazer:

a) a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA possui sede em Brasília-DF, com unidades descentralizadas distribuídas por vários estados brasileiros, inclusive em São Paulo;

b) como Médico do Trabalho da empresa, tenho como função realizar perícias ambientais visando caracterizar ambientes insalubres e/ou perigosos com vistas às correções pertinentes ou ao pagamento dos adicionais quando necessários;

c) com este intuito, estive em Campinas-SP, periciando a unidade daquela cidade, tendo em vista que o laudo realizado pelo Dr. Mário Roberto Valbert Matallo apresentava-se viciado e fora dos padrões exigidos pela legislação pertinente (Portaria 3214/78, com suas NR e Anexos);

d) como o referido perito, por pertencer aos quadros da Delegacia Regional do Trabalho – DRT/SP, talvez não esteja habituado a ser contestado em seus laudos, ensejou-se tal processo de cunho ético;

e) desde 1987, realizo estas perícias ambientais pelas diversas unidades descentralizadas da EMBRAPA, tendo em vista que, várias localidades não dispõem de especialistas para realizá-las ou, pelo contingente de pessoal da DRT ser insuficiente para atender a demanda local propiciando a uma grande demora no atendimento ás solicitações, ou ainda no caso em tela, realizam as perícias fora dos padrões pertinentes.

Certo de não ter infringido os princípios éticos que norteiam a nossa profissão, colocando-me à disposição de V. Sa. para informações complementares, aproveitando a oportunidade para apresentar meus protestos de estima e consideração, subscrevo-me".

3) O Conselho Regional do Distrito Federal, designou o Conselheiro Eduardo Guerra para opinar sobre o assunto, tendo o mesmo emitido parecer, onde, após relatar os fatos, faz os seguintes comentários e conclusão, *in verbis*:

II – Comentários

Quando o médico exerce a sua profissão em outra jurisdição, temporariamente (menos que 90 dias), deverá apresentar a sua carteira para ser visada pelo Presidente do CRM desta jurisdição (art. 18 § 1º da lei 3.268/57).

É uma exigência legal raramente cumprida pelos médicos, principalmente por aqueles que permanecem poucos dias na nova jurisdição.

Torna-se quase impossível se exigir de um médico que vai exercer a medicina durante poucos dias em uma pequena cidade do interior de outro estado, que compareça previamente à Capital ou mesmo à Delegacia Regional (quando houver) mais próxima, para ter a sua carteira visada.

Por outro lado, é relativamente freqüente o deslocamento de médicos para outros estados a serviço de órgãos do governo, de empresas públicas ou privadas, ou mesmo em caráter particular, para exercer atos médicos, tais como perícias, fiscalizações, demonstrações de novas técnicas em eventos científicos, etc. Essas atividades podem gerar conseqüências éticas e jurídicas.

III – Conclusão

A intenção do legislador é de que o médico, ao exercer a sua atividade profissional sempre esteja sob a jurisdição do Conselho Regional do local em que o ato foi praticado.

Dá a necessidade de sua carteira visada pelo presidente do Conselho Regional onde exercer temporariamente a profissão bem como a transferência ou inscrição provisória no caso de exercício definitivo.

Com a evolução dos meios de comunicação nos últimos quarenta anos, considero perfeitamente adequado que o visto na carteira de médico seja substituído por uma comunicação ao Conselho Regional de Medicina, via fax ou pelos Correios (com A.R.)

Nessa comunicação, o médico se coloca sob a jurisdição do Conselho local, pelo tempo em que lá permanecer, desde que inferior a 90 dias.

Acredito ser uma solução adequada e a submeto à apreciação deste Conselho”.

O parecer do Conselheiro foi aprovado em Reunião Plenária de 01/02/96 com indicação de que a sugestão fosse encaminhada ao CFM.

4) A Assessoria Jurídica do CFM instada a manifestar-se com relação ao parecer encaminhado pelo CRM do Distrito Federal, assim se posiciona:

“9. Esta Assessoria Jurídica foi instada a pronunciar-se acerca do acima perfilado”.

10. Consigna a Lei 3.268/57, em seus artigos 17 e 18 §§ 1º e 2º, verbis:

“Art. 17 – Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas do Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar no local de sua atividade” (grifo nosso).

“Art. 18 – Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habilitará ao exercício da medicina em todo o País.

§ 1º - No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente a medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição.

§ 2º - Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição”. (grifo nosso).

11. Assim, resulta clara a lei quando obriga os médicos a terem suas carteiras "visadas" pelo Presidente do Conselho Regional de jurisdição onde será exercida, temporariamente, a atividade médica.

12. Urge ressaltar que o "visto", a que se refere à lei, é uma chancela que deverá ser estampada nas carteiras profissionais, não podendo, portanto, ser substituída por uma simples comunicação via fax ou correio, com A.R.

13. Neste sentido, é de entendimento deste Setor Jurídico, que o sistema sugerido pelo nobre Relator é, atualmente, sob o prisma legal, inviável, pois, fere os princípios éticos e legais.

14. No entanto, a sugestão do Ilustre Conselheiro mostra-se de grande valia e coerente com a prática usual e corriqueira, devendo, ao nosso ver, ser objeto de estudo para projeto futuro.

15. Relativamente ao fato de o denunciado não ter efetuado o seu registro junto ao CREMESP, resta incontestado que o ato pericial em tela, constitui-se como violação dos princípios éticos, devido ao fato de estar o denunciado, exercendo a atividade médica em outra jurisdição, diversa da sua origem, sem o devido "visto" em sua carteira profissional, infringindo pois, os dispositivos emanados da Lei 3.268/57, e estando o mesmo sujeito às penas cominadas neste diploma legal".

PARECER

Este Processo-Consulta esteve sustado por aproximadamente um ano e agora é resgatado com a solicitação de parecer, sendo que no despacho da designação foi lembrada a possibilidade de incluir a discussão do assunto na futura revisão do nosso Código de Ética Médica. Nosso entendimento é de que a matéria, como ficou explicitada no exarado pela Assessoria Jurídica deste CFM, prende-se à nossa legislação e não ao CEM.

A proposta do Conselho Regional do Distrito Federal é interessante por ser prática e adequada aos avanços atuais alcançados na área de comunicação, devendo, portanto, ser incluída nas modificações a serem propostas na nova lei dos Conselhos de Medicina, quando, então, teria o amparo legal para ser utilizada.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 17 de março de 2000.

Silo Tadeu S. Holanda Cavalcanti
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1795/96

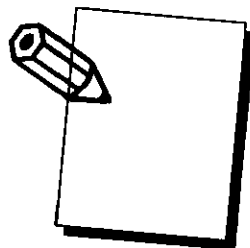
Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 9/6/00.

(*) Nota de redação: ver no índice remissivo "médico itinerante/volante".

Palavras-Chave: limite regional de atuação, jurisdição de atuação, autorização de atuação temporária.

Key Words: interstate practice permit, jurisdiction, professional temporary authorization.



Fone 0 xx 41 - 322-8238
 Fax 0 xx 41 - 322-8465
 e-mail: crmpr@crmpr.org.br

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA MAL. DEODORO, 497 - 3º. ANDAR - "EDIFÍCIO MERINA CAILLET"
 CAIXA POSTAL 2.208 - CEP 80020-909 - CURITIBA - PR - FONE (041) 322-8238 - FAX (041) 322-8465

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a): CRM/PR

Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:

[...] ***Endereço residencial:***
 Bairro:

Município: UF: CEP:

Telefone residencial: (.....) ***Telefone celular:*** (.....)

[...] ***Endereço comercial:***
 Bairro:

Município: UF: CEP:

Telefone comercial: (.....) - (.....)

Endereço eletrônico:

Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?

[...] Não Se Sim: [...] Residencial: [...] Comercial

Observações:

Em/...../..... Assinatura:

Endereço atualizado em/...../..... Visto do Funcionário CRM/PR

PODE HAVER RESTRIÇÃO NO ATENDIMENTO A PACIENTE DO SUS POR DEFASAGEM NO PAGAMENTO DO PROCEDIMENTO OU MEDICAMENTO?

Parecer CFM

EMENTA

O médico não pode ver cerceada, sob qualquer forma, as condutas que venha a tomar em benefício dos seus pacientes. Não deve compactuar com nenhuma medida, principalmente de ordem econômica, que possa trazer prejuízo ao paciente ou que comprometa sua reputação.

Designado para emitir parecer no Processo-Consulta nº 2.167/97, de interesse do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, que trata de questionamento ao atendimento prestado pelo SUS, realizado pelo médico cardiologista Carlos Alberto Gusmão, inscrito naquele CRM sob nº 1.952, passo às seguintes considerações:

Inicialmente, acho importante resgatar as etapas vencidas na tramitação deste processo-consulta, que teve início em março/95, quando do encaminhamento da consulta ao CRM/GO.

Na etapa seguinte, dois anos após, em março/97, o Plenário do CRM rejeita parecer do conselheiro relator da instância "a quo", decidindo por enviar as indagações ao CFM, através do ofício, em 18/4/97.

Em 13/6/97, foi designado um conselheiro federal para emitir parecer sobre o assunto, o qual devolveu o processo-consulta, sem relato em 12/5/2000. Em 15/5/2000, o processo foi para mim encaminhado, com solicitação de parecer.

Vencida esta fase, cabe-me apreciar o conteúdo da matéria, provavelmente prejudicada às custas do longo espaço de tempo transcorrido entre as indagações e o momento atual (mais de 5 anos), onde algumas situações, provavelmente, sofreram modificações. O mérito da questão prende-se ao questionamento – feito na ocasião pelo colega de Goiás – com relação a pagamentos realizados pelo SUS para procedimentos praticados e cujos valores estavam abaixo dos seus reais custos.

Inicia suas indagações relatando:

"Um exemplo disso é o seguinte: o que fazer diante de um paciente do SUS, com infarto agudo do miocárdio, que necessita usar Estreptoquinase, medicamento essencial nesta doença, capaz de reduzir a mortalidade em 50%? Ocorre que o uso desta droga é previsto em tabela do SUS, mas, inexplicavelmente, o que este paga de reembolso ao hospital (dois meses depois) é R\$ 318,00, quando o custo real do remédio é de R\$ 514,00. Ora, como todos sabem, já é irrisório o preço que o SUS paga para cobrir as despesas do paciente na UTI e, depois,

na enfermaria. Assim, se o médico prescreve o Estreptoquinase e força o hospital a fornecê-la, ficará numa situação incômoda e insustentável que é a de trazer prejuízos à instituição onde trabalha e onde ganha o seu pão. De outro lado, porém, o que fazer diante da pessoa com infarto, necessitando de forma urgente da medicação? Cabe ao médico assegurar a seu paciente o melhor tratamento disponível na atualidade, sob pena de, não o fazendo, ser considerado omissos ou negligente e poder depois ser processado e até receber sanções do CRM”.

Concluindo, pergunta:

1) É lícito, do ponto de vista ético, solicitar ao paciente do SUS ou à sua família que arque com esta diferença de preços de medicação, caso se pressuponha que possam fazê-lo?

2) Sendo a pessoa desprovida de recursos, é correto administrar-lhe uma quantidade menor da droga, tentando adequar a dose à quantia paga pelo SUS, dentro do princípio de que é melhor fazer alguma coisa do que não fazer nada?

Cita mais alguns procedimentos, quase todos realizados com despesas de responsabilidade da unidade hospitalar (medicação, diária hospitalar, cuidados em UTI, etc.), fazendo referência à situação que levaria, inclusive, a uma “quebradeira” (expressão do consulente) hospitalar. Acha que os pacientes não recebem os cuidados que necessitam, o que deve agravar seus problemas. Quanto aos honorários, faz citações de pagamento para alguns procedimentos, considerando que o médico do SUS passa a ser até mesmo discriminado por aceitar tal condição. Conclui por afirmar ter-se descredenciado do SUS após 20 anos de trabalho.

O conselheiro de Goiás, no seu parecer, responde taxativamente à primeira pergunta, dizendo não ser lícita a cobrança da diferença, e mais ainda não ser ético administrar doses sub-terapêuticas como “adaptação” ao problema do pagamento insuficiente para determinados esquemas terapêuticos. Acha que a melhor solução foi a adotada pelo consulente – solicitar o descredenciamento.

PARTE CONCLUSIVA

Minha impressão inicial, sem querer me omitir da necessidade do parecer sobre o assunto, é de que o consulente, dr. Carlos Alberto Gusmão, estaria mais envolvido com as dificuldades enfrentadas pelos hospitais do que as dos médicos, prestadores de serviços médicos ao SUS. Sua preocupação ao chamar a atenção para uma possível quebradeira dos hospitais, relaciona-se às despesas a serem enfrentadas na atenção que esses devem dispensar aos pacientes do SUS, quando atendidos nas suas unidades. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas para se obter uma melhor remuneração para os procedimentos de pacientes do SUS, não parece que os hospitais, neste país, estejam indo à falência por atender estes pacientes. Não acredito que os custos com os procedimentos estejam sendo subvencionados pelos hospitais, quando necessários, nos mais variados casos. Entendo que, em algumas ocasiões,

possam ser feitas exigências de melhor racionalização no emprego de algumas condutas, obviamente sem nenhum prejuízo para o paciente, por menor que possam ser as suas conseqüências.

Por fim, não cabe ao profissional médico, no exercício de sua atividade, intermediar negociações de procedimento que tenha indicado, quer no campo terapêutico ou diagnóstico, mas sempre assegurar a utilização plena, por parte do paciente, das condutas indicadas. Deve, inclusive, denunciar e lutar para evitar o cerceamento de qualquer direito que possa trazer prejuízos ao bem-estar do paciente. A atitude extrema de se descredenciar do Sistema, que entendemos não ser a melhor opção, não deve diminuir sua obrigação de continuar lutando por melhorias de remuneração para o trabalho médico. Concordo com o nobre conselheiro de Goiás, quando diz não ser possível o médico compactuar com as duas situações que motivaram as indagações do consulente, ou seja, cobrar diferença de preço da medicação ou usar doses subterapêuticas de medicação, para se adequar aos custos pagos.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 8 de junho de 2000.

Silo Tadeu Silveira de H. Cavalcanti
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 2167/97
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/7/00

Palavras-Chave: limitação diagnóstica, limitação terapêutica, pagamento de procedimento inadequado, remuneração do SUS.

Key Words: diagnosis limit, therapeutic limit, inadequate procedure payment, public health care payment.

“Quem se senta no fundo do poço para contemplar o céu, há de achá-lo pequeno.”

A CONSULTA DE PRONTUÁRIO PELO MÉDICO AUDITOR DEVE SER REALIZADA NA ENTIDADE HOSPITALAR, SENDO PROIBIDA A RETIRADA

Parecer CFM

EMENTA

Os Conselhos Regionais têm o dever de fiscalizar o cumprimento das resoluções do Conselho Federal de Medicina, mantendo a proibição da retirada de prontuários dos estabelecimentos de assistência à saúde a qualquer título, de acordo com a Resolução CFM nº 1.466/96.

DA CONSULTA

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Tocantins, remeteu ofício ao CFM, em 1/12/98, referindo que a Resolução CFM nº 1.466/96 estava sendo desrespeitada naquele Estado por força da Resolução nº 17/98, baixada pelo Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Tocantins. Ainda, segundo o interessado, havia indícios de ocorrências semelhantes nos estados de Goiás, Pará, Ceará e Paraná, de acordo com informações por ele recebidas, por via telefônica.

No referido documento, indaga se o CFM tinha conhecimentos de tais fatos e sugere a inclusão do assunto no I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina de 1999.

CONCLUSÃO

O presente processo-consulta recebeu estudo do eminente conselheiro Nei Moreira da Silva, que, munido-se de parecer da Assessoria Jurídica do CFM, exarado pela dra. Ana Luiza Brochado Saraiva Martins, bem como do resultado das providências adotadas por este Conselho Federal, elaborou parecer que consideramos irretocável na forma e conteúdo, pelo que o adotamos na íntegra e o apresentamos a este Colegiado:

"1 – O CFM, através de ofício, solicitou aos CRMs informar sobre o cumprimento dos termos da resolução em cada unidade federativa, recebendo manifestações de 18 estados, a saber:

a) Sem problemas: AM, AL, DF, ES, MS, MG, PA, PB, PR, PE, RN, RS, RJ, SP, SC, SE;

b) O CRM/AC informou o cumprimento da resolução "com restrições ao artigo 2º da mesma"; e o CRM/BA relata haver existência de 14 expedientes ou processos relativos ao assunto.

2 – A AJ deste Conselho Federal manifestou-se reafirmando a jurisprudência que embasa esta resolução do CFM e sugerindo medidas administrativas junto ao MS, informando-o da ocorrência e requerendo providências no sentido de que a auditoria seja realizada na sede da instituição, e que as Regionais não condicionem o exame das faturas ao envio de cópia dos prontuários dos pacientes “indicando a via judicial caso não haja sucesso na tentativa de entendimento”.

3 – É de nosso conhecimento, ainda, que tal situação repete-se em inúmeras cidades do País, não só ligadas ao setor público, mas partindo de empresas de prestação e seguro de assistência médica, inclusive de UNIMEDs, que, a exemplo do praticado pelo IPETINS, não analisam, nem processam, nem pagam faturas caso as instituições hospitalares não encaminhem os prontuários ou cópia dos mesmos.

4 – Concluindo, fica claro que os diretores técnicos dos órgãos públicos e das empresas privadas que exigem o envio dos prontuários para pagamento e faturas de serviços hospitalares infringem o art. 85 do CEM:

“Art. 85 – Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos”.

5 – Fica também claro que os diretores técnicos ou clínicos que autorizarem a saída de prontuário das suas instituições, em atendimento a tais determinações, violam o art. 108 do CEM:

“Art. 108 – Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso”.

6 – E ainda que ambos violam o art. 45 do CEM:

“Art. 45 – Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado”.

7 – Proponho, como medida preventiva, oficiar ao MS, CONASS, CONASEMS, UNIMED’S, ABRAMGE, CIEFAZ, FENAES, (...) reiterando que tal exigência deve ser imediatamente suspensa por parte dos compradores de serviço e deixar de ser atendida pelos estabelecimentos prestadores de serviços.

8 – Proponho ainda, por todo o exposto, que se recomende aos CRMs, ao tomar conhecimento de fatos como os aqui mencionados, a instauração de procedimento administrativo contra os diretores técnicos das instituições públicas

e das empresas privadas que exigem o envio de prontuários originais ou suas cópias, e também contra os diretores técnicos e/ou clínicos que no âmbito de suas instituições concordam em atender a tal solicitação”.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 1º de março de 2000.

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 10173/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/07/2000.

Palavras-Chave: prontuário, auditoria, faturas.
Key Words: medical record, medical audit, invoice.

**CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA
DO BRASIL
TÍTULO II
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS**

Art. 5º - “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e a propriedade.

XXIX - Não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia combinação legal.

LIII - Ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente.

LVII - Ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória.

HONORÁRIO DE CONSULTA IDÊNTICO PARA DOENTES PARTICULARES E DE CONVÊNIO

Parecer CRM

EMENTA

Honorário médico é resultado de contrato tácito entre médico e paciente. Os valores estipulados não devem ser publicados como forma de angariar clientela unicamente por serem menores do que outros.

DA CONSULTA

O consulente inquirir concisa e objetivamente: é ato antiético a fixação de honorário de consulta para doentes particulares com o mesmo valor preconizado pelas associações médicas para as consultas feitas por convênio? Enfim, podemos fixar valor único de consulta, seja convênio ou particular?

DO PARECER

Lembramos inicialmente do artigo primeiro do Capítulo I do Código de Ética Médica, que trata dos princípios fundamentais:

"Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza".

A seguir, o art. 86 do Capítulo VIII, que trata da remuneração profissional, veda aos médicos receber honorários a preços vis ou extorsivos, incluindo aí os convênios.

Ao contrário, o art. 89 do mesmo capítulo trata do teto máximo dos honorários, obrigando o médico a ter moderação na fixação dos valores, ante as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

O artigo 80 do Capítulo VII, que aborda as relações entre os médicos, baliza o teto mínimo de forma subjetiva quando veda a concorrência desleal. Na verdade, não precisa citar a prática local, pois está implícita.

O questionamento do consulente é mais do que pertinente e tempestivo, pois os equívocos são grandes. O mercado cada vez mais dificulta a relação médico-paciente, com restrições a número de consultas, credenciamento referenciado, manipulação de glosas, etc.

O médico, com seu meio de produção calcado no conhecimento técnico, vive à mercê da prática contingencial. A indústria de equipamentos e o avanço tecnológico contribuem com a transferência de parte da confiabilidade do diagnóstico para os exames complementares. Isto acontece aos olhos do leigo, independentemente da opinião médica.

Esta mudança tem trazido rentabilidade para muitos médicos que executam somente exames complementares, na chamada área diagnóstica, como se a área clínica não o fosse, e de maneira muito abrangente. Todavia, quem sabe disto é o médico, e não o paciente.

As mudanças, então, não são somente de mercado, mas paradigmáticas. A profissão tem aura sacerdotal, exigências éticas e humanistas por cuidar da vida, mas sobrevive sob a mesma lógica de mercado e de normas de serviço aos consumidores. E quando se fala em sobrevivência, não se deve esquecer das pressões que as políticas públicas exercem sobre os profissionais médicos e sobre a saúde do povo neste país.

Exacerba-se, pois, o questionamento sobre o poder do conhecimento, verificado em especial na interface com outras profissões.

Retornando ao fulcro da consulta, para o paciente de convênio cada vez mais se estremece a confiabilidade ao profissional, pois a escolha está vinculada a um referenciamento. O paciente particular, com o direito à escolha, não padecerá desta preocupação, e o contrato tácito da inter-relação médico-paciente sempre perdurará num clima de maior tranquilidade.

Esta é a única diferença!

Nada mais pode haver de limitador, por parte do médico, a partir do momento em que ele aceite atender a um paciente. Na sua sala de espera não pode haver pacientes de importâncias diferentes e o valor da consulta será estipulado de acordo com o interesse bilateral, guardados os princípios contidos no Código de Ética Médica.

Os Conselhos de Medicina, ao mesmo tempo em que não podem opinar aos médicos – por princípios constitucionais – a atenderem por valores únicos e especificados, também não podem atribuir vileza ao ato do médico estipular como valor particular o mesmo valor preconizado pela atual LMP da AMB. Esta é a prática mais usual e constante de qualquer localidade deste país, em se considerando a realidade dos médicos brasileiros. Esses valores poderão ser pagamentos diretos, imediatos, sem intermediários e adequados à média da atual situação financeira da parte da população que ainda pode lançar mão da medicina privada. Aqueles médicos que alçaram sucesso e reconhecimento

dentro da profissão continuarão estipulando valores mais elevados, e a aceitação é livre por parte dos pacientes que contratarem a sua assistência.

Em resumo, são raros os médicos que vivem unicamente da medicina privada, não podendo estatisticamente ser estes que ditam o valor da prática local. Os médicos recém-ingressos no mercado de trabalho necessitam de uma orientação e não se deve jogar-os às mãos de intermediadores do seu trabalho com exigência de cobrança de consulta com valor elevado.

Resta ao consulente entender que honorário médico, em se tratando de contrato tácito entre paciente e médico, variável de acordo com o combinado entre ambos, não deve fazer parte de qualquer tipo de publicidade como forma de angariar clientela ao se divulgar valores menores do que outros.

Respondendo objetivamente aos questionamentos do consulente:

1 – É ato antiético a fixação de honorário de consulta para doentes particulares com o mesmo valor preconizado pelas associações médicas para as consultas feitas por convênio?
Resposta: Não.

2 – Enfim, podemos fixar valor único de consulta, seja convênio ou particular?
Resposta: Sim.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 14 de outubro de 1998.

Lúcio Mário da Cruz Bulhões
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 3430/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 16/12/98

Palavras-Chave: honorário médico, honorário único de convênio e privado.
Key Words: medical fees, private and insurance medical fees.

Colega

*Não presenteie com
Álcool ou Tabaco.*

Seja criativo.

*Você também é
Responsável.*

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PARA MÉDICOS

Parecer CFM

EMENTA

Deve o médico e suas entidades representativas criarem mecanismos de resistência a implantação do seguro por responsabilidade civil, uma vez que tal medida estimula conflitos na relação médico/paciente, dificulta o exercício profissional e onera o sistema de saúde do país.

DA CONSULTA

O Consultante Álvaro Manoel Antunes solicita posição deste Conselho quanto ao seguro de responsabilidade civil para médicos, que tem sido oferecido pelas seguradoras por "mala direta", e outras iniciativas, como a da APM de Piracicaba-SP, que vem estudando a possibilidade de as empresas de convênios participarem dos custos dos prêmios a partir do entendimento de que são co-autoras na modalidade de atendimento médico de planos de saúde.

DO PARECER

Desde a década de 80, o Conselho Federal de Medicina vem, reiteradamente, colocando-se contrário à participação dos médicos em seguros de responsabilidade civil por entender que essa medida traz grandes prejuízos à relação médico-paciente e graves conseqüências ao sistema de saúde do país, senão vejamos:

- A experiência dos Estados Unidos, país onde essa proposta frutificou, tem mostrado que, além de deteriorar inda mais a relação de confiança entre médicos e pacientes, a adoção desta medida estimulou uma verdadeira "indústria" de processos, pois passou a contar com intermediários nessa relação, que só visam interesses pecuniários. Como decorrência, o sistema de saúde americano aumentou seus custos e restringiu o mercado de trabalho para algumas especialidades consideradas de maior risco, como Anestesiologia, Cirurgia Plástica, entre outras, onde o valor do prêmio do seguro é inacessível para a maioria dos médicos.

- O aumento dos custos tem sido determinado tanto pelo repasse do valor do prêmio como pela demanda gerada na área de exames e outros procedimentos que são realizados unicamente para garantir maior segurança no exercício profissional. Essa atitude, por outro lado, gera uma série de conflitos entre médicos e operadoras de planos de saúde, pois interfere na margem de lucro das empresas, que reagem adotando medidas de reengenharia na administração dos planos, como "Managed Care", "Capitation", entre outros; o que determina uma piora na remuneração dos médicos.

- Outra questão a ser considerada é a proposta do ponto de vista resolutivo, pois ela não tem a finalidade de corrigir distorções ou orientar adequadamente a sociedade. Pelo contrário, estimula o conflito e desconfiança para que os intermediários continuem lucrando com os seguros e os processos.

- Por fim, vale lembrar que o Brasil apresenta, nesse campo ético, uma cultura diversa da existente nos Estados Unidos, pois nossa sociedade não tem como tradição utilizar penas pecuniárias para resolver todos os tipos de problemas, tanto assim que, além do sistema judiciário, criou os Tribunais Éticos entendendo que os mesmos são os fóruns mais adequados para esses conflitos, onde além de obter uma satisfação dos próprios pares a respeito das questões éticas e técnico-científicas mantém a relação de confiança com a categoria profissional como um todo, na medida em que ao considerar as opiniões e julgamentos daqueles tribunais reconhece o compromisso dos médicos com a sociedade.

Pelo exposto, é fundamental que os médicos e as entidades representativas criem mecanismos de resistência a esse tipo de proposição; caso contrário, a consequência direta será criarmos mais intermediários na relação médico-paciente, além daqueles que já existem na prestação de serviços.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 15 de abril de 1999.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho
Cons. Relatora

Processo-Consulta CFM nº 6696/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/11/99

Palavras-Chave: seguro médico obrigatório, seguro de responsabilidade civil, indenização, responsabilidade civil.

Key Words: mandatory medical insurance, civil responsibility insurance, compensation, civil responsibility.

ANENCEFALIA NÃO É UM ESTADO DE MORTE ENCEFÁLICA

Parecer CFM

EMENTA

Os anencéfalos, uma vez caracterizada a morte encefálica podem ter seus órgãos usados em transplantes, após desejo expresso dos pais.

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Recentemente, a mídia divulgou para todo o país a notícia que um casal, residente em São Paulo, decidiu doar os órgãos do filho anencéfalo que nasceria dentro de 4 meses. Esse fato suscitou amplo debate nos mais diversos segmentos da sociedade, em razão do pluralismo de idéias e dos diferentes valores morais de cada um sobre o assunto.

Várias posições favoráveis à atitude dos pais expressavam o sentimento de solidariedade, o desejo de querer salvar a vida de outra pessoa. Por outro lado, surgiram manifestações contrárias, nem tanto quanto à decisão dos pais, mas, sobretudo, questionando a interpretação que se buscava dar naquele momento: considerar o anencéfalo, ao nascer, como estando em estado de morte encefálica.

Respeitando a argumentação de todos aqueles que se manifestaram sobre o tema, o CFM sentiu-se no dever de oferecer sua contribuição à sociedade brasileira sobre tão delicado assunto, e antes mesmo de debater o tema em Plenário procurou ouvir opiniões de bioeticistas, teólogos, juristas, filósofos e demais profissionais da área da saúde, em fórum realizado em março deste ano, que contou com a participação do Conselho Editorial da revista Bioética.

O presente parecer é fruto das idéias colhidas durante esse encontro, quando foi possível obter-se o consenso de alguns pontos considerados polêmicos.

2. ANENCEFALIA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

É inquestionável que o progresso técnico-científico tornou possível o transplante de pequenos órgãos. Ao mesmo tempo, constata-se uma discrepância entre as necessidades de órgãos e sua disponibilidade, especialmente em crianças que usualmente só podem receber órgãos de outras crianças com dimensões compatíveis. É também do conhecimento dos que trabalham nessa área que o suprimento de órgãos infantis torna-se limitado pelos danos causados pela hipoxemia de forma mais intensa e precoce que normalmente acompanha

a morte de crianças. Esse fato proporciona como conseqüência a hipoxemia dos órgãos, tornando-os inúteis para uso em transplante. À guisa de exemplificar as necessidades de órgãos em recém-nascidos, colhemos a informação de que nos Estados Unidos nascem, por ano, aproximadamente mil e oitocentas crianças que necessitam de tratamento onde o transplante de órgãos é a única forma de sobrevivência possível. As estatísticas mostram, ademais, que um em cada dois mil nascidos vivos seria um potencial receptor de órgãos. Por outro lado, naquele país, nascem aproximadamente mil e oitocentos anencéfalos por ano, dos quais 25% a 45% vivos; entretanto 95% morrem durante a primeira semana.

O diagnóstico de anencefalia é seguro durante a gestação, tanto pelo exame ultra-sonográfico como pela dosagem de alfa-fetoproteína. Apesar de grave deformidade craniana, os anencéfalos dispõem de órgãos vitais para transplante, fato este registrado na literatura, bastando, para tanto, que se lhes ofereça suporte vital antes que sua condição se deteriore ao ponto de ocorrer hipoxemia nos outros órgãos.

Caso fossem utilizados anencéfalos logo após o nascimento, como doadores certamente – em razão da existência de tronco cerebral nos mesmos – estaríamos utilizando órgãos de pessoas vivas, independentemente do seu nível de competência ou expectativa de vida, em razão da existência de tronco cerebral funcionante nessas pessoas.

Diante desta assertiva poder-se-ia dizer que a primazia do respeito às pessoas humanas, independentemente de sua capacidade ou expectativa de vida, proíbe atos que sacrifiquem um ser humano em benefício de outro. Sob essa perspectiva, o transplante de órgãos vitais de um anencéfalo vivo é eticamente inaceitável e ilegal.

Torna-se prudente que diante de situações assemelhadas possam ser instituídas ao anencéfalo, logo após o nascimento, medidas de conservação de órgãos – embora isso não impeça o célere processo de sua morte, preservando estruturas que se pretende utilizar em benefício de um outro enfermo. Com esse cuidado, aguardar-se-ia, portanto, o diagnóstico de morte encefálica de acordo com os critérios contidos na Resolução CFM nº 1.480/97, antes que fosse consumada a retirada de órgãos para transplante.

A propósito, a Associação Médica Americana, em 1996, mudou suas recomendações acerca da retirada de órgãos de crianças com anencefalia. Em junho de 1994, o Conselho de Assuntos Éticos e Jurídicos da AMA expressou a opinião de que crianças com anencefalia poderiam ser doadores de órgãos, desde que o processo de doação fosse originado por iniciativa dos pais, e não por solicitação de médicos ou outros profissionais de saúde. O Conselho descreveu a anencefalia como uma condição clínica peculiar e afirmou que

crianças anencefálicas nunca se tornariam conscientes. Dezoito meses depois, a AMA reafirma as suas recomendações anteriores que proíbem a utilização dessas crianças como doadoras de órgãos, a menos que preencham os critérios legais de morte encefálica – a cessação completa das funções encefálicas. Acredita-se que a nova recomendação da AMA vigore por vários anos, permitindo aos pesquisadores mais tempo para apresentarem uma fundamentação científica com maior consistência em relação à função encefálica de crianças com anencefalia.

Há quem afirme que o anencéfalo não deveria ser visto como um ser vivo ou morto, mas como um ser *morrente*. De fato, ele não apresenta critérios de morte encefálica logo ao nascer, porém, a despeito de não ser dotado de estrutura neocortical, é capaz de respirar, manter a circulação, chorar, deglutir e apresentar alguns reflexos complexos.

As maiores dificuldades em se aplicar os critérios de morte encefálica nos recém-nascidos anencefálicos dizem respeito à questão temporal (idade mínima de 7 dias), e a dificuldade quanto à utilização dos meios complementares de diagnóstico, sejam os métodos gráficos (eletroencefalograma) ou os circulatórios, pela impossibilidade de implantação de eletrodos no primeiro caso, e a ausência de padrão angiográfico (stop), no segundo.

Em face das dificuldades técnicas, seria recomendável utilizar-se em tais casos, a exemplo de outros países, tão-somente os critérios clínicos de morte encefálica, uma vez que atendem plenamente ao diagnóstico, respeitando-se a idade mínima de 7 dias.

É consensual que o anencéfalo pode ser doador de órgãos se os pais assim o desejarem. Declarada a morte encefálica e atendendo a decisão dos pais, pode-se adotar todas as medidas capazes de contribuir para que a preservação dos órgãos se realize do modo mais adequado possível.

3. CONCLUSÃO

1. É eticamente aceitável a doação de órgãos de recém-nascidos com anencefalia, após desejo expresso dos pais;
2. A doação de órgãos de anencéfalo somente deverá ser efetuada após confirmação do diagnóstico de morte encefálica;
3. Na impossibilidade de utilização de métodos complementares de morte encefálica, prevalecerão para os anencéfalos os mesmos critérios clínicos contidos na norma exarada por este Conselho e que trata sobre o assunto, respeitando-se a idade mínima de 7 (sete) dias.

4. É normalmente inaceitável considerar o anencéfalo, logo após o nascer, como pessoa em estado de morte encefálica.

Brasília, 15 de junho de 1998.

Sérgio Ibiapina Ferreira Costa
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1839/98
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 15/6/98

Palavras-Chave: anencefalia, morte encefálica, doação de órgãos.
Key Words: anencephaly, encephalic death, organ donation

Decálogo do Emergencista

- 1 - Entender que o diagnóstico e o tratamento devem andar juntos, pois vale mais uma manobra salvadora que um diagnóstico brilhante.
- 2 - Desconfiar dos chamados sinais patognomônicos - eles são tão - somente uma ilusão clínica.
- 3 - Evitar conclusões intuitivas e precipitadas, atendo-se ao que recomenda à experiência consagrada.
- 4 - Evitar uma consciência exclusivamente especializada, voltando-se à parte mas sem esquecer o todo.
- 5 - Ter coragem para assumir a dimensão de sua responsabilidade sem aceitar a intromissão ou a coação.
- 6 - Ter coragem para fazer, para não fazer e para dizer que não sabe a alguém mais experimentado.
- 7 - Agir com modéstia e sem vaidade, pois a humildade é a mãe de todas as virtudes.
- 8 - Falar pouco e em tom sério, evitando pronunciamentos açodados em declarações ruidosas ante o infortúnio.
- 9 - Ser competente para ser respeitado, aumentando cada dia o saber continuado.
- 10 - Ser honesto para ser justo, afastando a falsa impressão que os valores materiais parecem favorecer.

Genival Veloso de França

MORTE ENCEFÁLICA E ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Parecer CRM/PR

A Dr^a. Michele Rocio Maia Zardo, Promotora de Justiça da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, solicita deste Conselho, informações sobre de que forma o profissional médico deve agir em caso de coma tido como não reversível e qual a diferença entre este e a morte cerebral, bem como de que forma deverá o médico agir para constatar e atestar a morte cerebral.

Aos questionamentos da Senhora Promotora tem a Comissão de Transplante a aduzir:

COMA

O estado de Coma é uma síndrome caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que pode ter várias etiologias, e representado por manifestações clínicas importantes, que indicam uma falência dos mecanismos normais de manutenção do estado de consciência.

"É um estado em que o indivíduo não demonstra conhecimento de si próprio e, do ambiente, caracterizado pela ausência ou extrema diminuição do nível de alerta comportamental (nível de consciência), permanecendo não responsivo aos estímulos internos e externos, com os olhos fechados, e que decorre de lesão ou disfunção do sistema reticular ascendente, de lesão difusa do córtex cerebral ou de ambas".

O exame do paciente em coma, em geral segue a orientação da metodologia de Plum e Posner e da escala de Jennet e Teasdale (Glasgow), que classificam a intensidade, gravidade e prognóstico da situação comatosa.

Quanto maior for o déficit motor, sensitivo, do tônus, dos reflexos, do nível de consciência e outras manifestações neurológicas, maior a gravidade prognostica.

Estado grave de coma profundo, prolongado, onde existem ainda algumas poucas atividades ou respostas neurológicas reflexas, tem sido denominada de estado vegetativo persistente (Jennett). Deste estado de coma profundo, onde em geral só as funções vegetativas estão presentes, poucas vezes o paciente pode ter, depois de algumas semanas ou meses, algum grau recuperação do estado vegetativo, mas mesmo assim, quase sempre com graves seqüelas. Neste estado de coma profundo ou vegetativo persistente, mantém-se algumas atividades reflexas, vegetativa, de atividade elétrica encefálica e alguma atividade respiratória, podendo o paciente assim permanecer não reversível por meses ou anos, terminando com a morte.

Do estado de coma profundo, o paciente pode passar mais ou menos rapidamente para o de vegetativo, do qual é na maioria das vezes difícil sua recuperação integral.

Dentre as causas de coma estão os traumatismos, tumores, processos vasculares, infecciosos, desmelinizantes, intoxicações e outros.

A terapêutica do coma pode ser inespecífica ou específica, dependente da causa ou etiologia do processo que está determinando o sofrimento das células neurológicas encefálicas.

Se o estado de coma será ou não reversível, é apenas um prognóstico estatístico, estabelecido pela adequada ou inadequada resposta neurológica do encéfalo (cérebro, cerebelo e tronco cerebral) e as alterações clínicas gerais, como oxigenação, pressão arterial, função renal, pulmonar, etc.

Quanto mais dias se passe em coma profundo, pior o prognóstico estatístico. Após 3 ou 4 semanas, a chance de permanecer vegetativo é bastante considerável estatisticamente.

O quadro do estado de morte encefálica é de curta duração pela falência completa dos órgãos, de poucos dias, ao contrário da maioria do estado vegetativo, que pode ter uma condição evolutiva prolongada.

MORTE ENCEFÁLICA

Com o advento nos últimos 30 anos, especialmente das UTIs e do uso dos recursos terapêuticos e de mecanismos de controle artificial respiratórios, pacientes em coma profundo (coma depressé) puderam ser mantidos vivos por um período mais prolongado, quando anteriormente morriam. Uma melhor avaliação destas situações, permitiu o surgimento e conhecimento do estado denominado morte encefálica, no qual, embora persista o batimento cardíaco, mas, sem atividade respiratória (só mecânica), o paciente irreversivelmente termina em horas ou dias em parada cardíaca. Todos os pacientes em morte encefálica estão em parada respiratória e só o auxílio da respiração mecânica permite mantê-los até por alguns dias nesta condição, pois, sem a oxigenação respiratória haveria parada cardíaca em horas ou minutos.

Neste estado, o paciente não tem mais nenhuma atividade cerebral (encefálica) e o seu diagnóstico traduz uma condição irreversível, ou seja, o paciente está cientificamente e irreversivelmente morto, porque mesmo que se utilize todas as terapêuticas e procedimentos possíveis, ele terminará em parada cardíaca. Por este fato, o estado de morte encefálica, um critério científico de irreversibilidade da morte, permite desligar os suportes de vida utilizados até aquele momento e retirar ou não órgãos para transplante, porque o paciente embora com batimento cardíaco está morto.

O conceito de morte encefálica inclui o diagnóstico de certeza da cessação irreversível de todas as funções do encéfalo (cérebro, cerebelo e tronco cerebral).

Os critérios para o diagnóstico do estado de morte encefálica foram estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina e devem em síntese incluir para pacientes maiores de dois anos de idade:

- 1- Causa conhecida da síndrome comatosa;
- 2- Ausência de causa reversível (intoxicação, hipotermia, etc.)
- 3- Ausência de resposta a estímulos;
- 4- Ausência de funções do tronco encefálico;
- 5- Apnéia e teste de apnéia não responsivo;
- 6- Exame complementar encefálico alterado;
- 7- Período de observação variável, com 2 exames clínicos, sendo o segundo após 6 horas do primeiro e a realização de um exame complementar a escolha e, com 12 horas de intervalo se não for realizado exame complementar.

A diferenciação entre Morte Encefálica (ME) e Coma Irreversível ou Estado

Vegetativo Persistente (EPV) não apresenta nenhuma dificuldade do ponto de vista médico.

Na aprovação do estado de ME constata-se a morte da pessoa, caracterizada pela ausência definitiva de função no encéfalo, persistindo porém, o funcionamento de alguns órgãos espontaneamente ou com auxílio de aparelhos e drogas.

Os critérios de determinação da Morte Encefálica estão definidos na Resolução nº 1480/97 do Conselho Federal de Medicina e são reafirmados na Resolução nº 082/99 do Conselho Regional de Medicina do Paraná (anexos).

A partir da constatação da ME na UTI, deixa de existir a pessoa e passa a existir apenas um cadáver, mantido com vários aparelhos e drogas para sustentar funcionantes alguns órgãos, até o desligamento destes suportes para transplante ou não, ou a inexorável parada cardíaca. Neste momento o médico deverá preencher a Declaração de Óbito com a data e a hora da conclusão da determinação da ME.

O parecer do processo-consulta nº 7311/97 do CFM, o parecer nº 1232/00 e as Resoluções nº 082/99 e nº 085/2000 do CRMPR, claramente aceitam que o médico tem o direito de retirar dos pacientes com ME comprovada, todos os suportes das funções vitais independentemente da vontade da família. Porém, poderá manter a seu critério os suportes vitais já instituídos, aguardando a inexorável parada cardíaca, mostrando-se sensível o suficiente para entender eventualmente as dificuldades desta ocasião e evitar um confronto inútil e traumático com os desejos contrários dos familiares.

Nas situações de coma irreversível ou EVP existe ainda algum grau de funcionamento do tronco cerebral, com uma lesão severa e difusa dos hemisférios cerebrais. Nesta situação o paciente deixa de ter vida voluntária, mantendo-se as funções básicas do organismo, tais como, ciclo de sono e vigília e reatividade a estímulos. Esta situação difere da ME, pois no EVP existe ainda vida na pessoa acometida, sendo a grande discussão nestes casos, se a manutenção do paciente com esta qualidade de vida é melhor ou pior do que a morte.

Face a Legislação Brasileira e o Código de Ética Médica, o médico não está autorizado a atuar ativamente facilitando a morte dos pacientes em EVP, nem está também obrigado a utilizar recursos extraordinários para manutenção deste tipo de vida nestes pacientes. A conduta a ser seguida e a real situação destes pacientes, deve ser discutida amplamente com os familiares.

É o parecer.

Curitiba, 25 de abril de 2000.

Dr. Ehrenfried O. Wittig
Dr. Carlos Eduardo Soares Silvado
Dr. Duilton de Paola

Dr. Julio Cesar Wiederkehr
Dr^a Maria Julia Camina Bugallo
Dr^a Rossana Mariza Jacob

Protocolo-consulta nº 2516/00
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/5/2000

Palavras-Chave: morte encefálica, estado vegetativo persistente, coma

Key Words: encephalic death, persistent vegetative state, coma

É PERMITIDO O USO DE MEDICAMENTO PLACEBO (ÁGUA DESTILADA)?

Parecer CFM

EMENTA

O uso de água destilada como placebo na prática clínica é condenável. A administração de qualquer substância deve sempre ser precedida de indicação clínica precisa.

Consulta-nos o dr. Christian Lira nos seguintes termos:

“Venho perante Sua Excelência solicitar informações com respeito ao uso de medicamento placebo (água destilada) aos pacientes com Distúrbio Neurovegetativo.

Pois tendo recebido carta de advertência pelo uso desse medicamento pois alegam que esse procedimento é punitivo perante o Conselho Regional de Medicina.

Gostaria de saber a veracidade sobre esse procedimento e se também o uso de soro glicosado a 5% em tais pacientes (D.N.V.) pois a meu ver seria também uma substância inócua”.

Na falta de outras informações, inferimos que o consulente administra, em sua prática clínica, água destilada a pacientes rotulados como portadores de “Distúrbio Neurovegetativo”.

O Dr. Christian Lira expressa preocupação ética quanto ao procedimento em causa e não faz nenhuma defesa da eficácia da água destilada nos casos em que a administra. Tenta uma analogia com a solução glicosada a 5% que, no seu entendimento, também seria inócua em tais pacientes (D.N.V.), dando a entender que não a utiliza.

O referido “Distúrbio Neurovegetativo” era anteriormente utilizado para nominar um quadro clínico indefinido, no qual um sintoma psíquico, ansiedade, era associado a queixas orgânicas – palpitações, sudorese, tontura, cefaléia, por exemplo. Na impossibilidade de diagnosticar uma patologia precisa, lançava-se mão desse termo, hoje francamente em desuso.

Quando a sintomatologia derivava de uma alteração psíquica (transtorno neurótico) em cuja manifestação – ansiedade – o uso de ansiolíticos apresentava boa eficácia, o que não ocorria na vigência de distúrbio orgânico (endócrino, cardiológico, etc.). Gerando, pelo sofrimento a ansiedade.

Atualmente, em qualquer situação impõe-se a necessidade de uma investigação clínica acurada para o correto estabelecimento diagnóstico e terapêutica adequada, como recomenda a boa prática médica.

É condenável utilizar qualquer substância em qualquer quadro clínico apresentado sem que se tenha uma indicação precisa e um efetivo conhecimento de sua ação em benefício do paciente.

Ao prescrever alguma substância, o profissional deverá informar e esclarecer seu paciente acerca das ações esperadas e possíveis da mesma, tendo o paciente, naturalmente, o direito de recusar-se ao seu tratamento.

Cumprindo este dever, como médico conseguirá informar e esclarecer ao paciente as propriedades terapêuticas da água destilada e a sua indicação e provável eficácia e, além disso, obter o consentimento para tal proposta terapêutica?

Por outro lado, mesmo nos casos de atividades de pesquisa, trabalho científico, o paciente deverá igualmente ser esclarecido das finalidades de receber água destilada, e dar seu expresso consentimento, processo esse realizado nas conformidades de um protocolo oficial.

Pelo acima considerado, somos de opinião que o uso de água destilada à guisa de medicamento deve ser condenado na prática médica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 29 de setembro de 1999.

Rubens dos Santos Silva
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 1551/99
Parecer Aprovado
Sessão Plenária 12/7/2000

Palavras-Chave: placebo, terapêutica anti-ética.
Key Words: placebo, antiethic therapy

***“Se há uma maneira difícil de se fazer algo,
alguém a descobrirá.”***

HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig *

Dr. Victor do Amaral

1.º ANNO

Curitiba, 12 de Outubro de 1901

N.º 1

GAZETA MEDICA DO PARANÁ

PUBLICAÇÃO MENSAL

Assinatura: Anno . . . 60000

1901

REDAÇÃO

DR. VICTOR DO AMARAL, DR. ESPINDOLA
Rua de Curitiba n.º 20

REDACTORES

Dr. Victor do Amaral, J. Evangelista
Espindola e Renato Machado

REDACTOR-GERENTE

DR. ESPINDOLA

SUMÁRIO. — Apresentação. — Histeria, post-partum, Victor do Amaral. — Tratamento dos cânceres epiteliaes pela morfinação arsenical, E. Espindola. — A proposito do Congresso de Londres sobre a tuberculosa, Paul Courant. — Asylas para alcoolicos. — Oviopaga, higienista. — Intensas profissionais, Dr. Manoel Victorino. — Clodolite nacional. — Cirurgia obstetrica. — Fônetico penetrante do pulso, Renato pyo-pistoso-theoma, Renato Machado. — Variacões. — Espandente.

Quem quer que tenha exercido a arte do parto terá observado a preocupação que têm as mulheres, auxiliadas pelas *soi-di'ant* parteiras, de exigirem a applicação, logo após o parto, de uma cinta compressiva com a fallaz esperança de lhes impedir de ficarem com o ventre muito desenvolvido.

Essa pratica, tolerada por alguns medicos, além de inutil, de effeito illusorio, pode tambem tornarse prejudicial.

Como é sabido, o organismo da mulher que acaba de expellir o fructo da concepção, tendo a sofrer as perturbações occasionadas por tão exigente hospede no longo periodo da gestação.

As paredes abdominaes, distendidas, a maior parte das vezes pigmentadas e cobertas de verrugas, etc.

Curitiba, 12 de Outubro de 1901

O apparecimento da "Gazeta Medica do Paraná" traz uma necessidade inadiavel no nosso pequeno centro de actividade profissional.

Gazeta Médica do Paraná - 100 anos (1901 - 2000)

Esta é a primeira página da "Gazeta Medica do Paraná", a primeira revista médica do Estado, que completa agora 100 anos da edição de seu primeiro número. A coleção que o "Museu de Medicina" dispõe, pertenceu a um dos seus fundadores, o Prof. Victor do Amaral, cuja assinatura figura no alto da página. A sua editoração foi realizada por alguns anos apenas.

Palavras-Chave: história da medicina
Key Words: medical history

* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 342-1415

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES.
NÚMEROS 65 À 68/2000

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, 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;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 à 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.

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Abono de falta				
Atestado médico	65	32	00	17
Declaração	65	32	00	17
Aborto				
Esterilização	66	105	00	17
Abuso				
Prevenção de erro	68	194	00	17
Acidental				
Ver culpa	0	0	0	0
Ver dono	0	0	0	0
Ver erro	0	0	0	0
Ver meio	0	0	0	0
Ver risco	0	0	0	0
Acumulação de cargo				
Médico-legal	65	23	00	17
Aeronave				
Transporte aeromédico	67	162	00	17
AIDS				
Consentimento de exame	67	129	00	17
Dever legal - justa causa	67	129	00	17
Exame laboratorial por morte	67	129	00	17
Analgesia				
Indicação de enfermeiro	66	89	00	17
Parto normal	66	89	00	17
Partaria MS nº 2815/89 (parto por enfermeiro)	66	89	00	17
Responsabilidade	66	89	00	17
Anencefalia				
Ética de doação de órgão	68	214	00	17
Morte encefálica	68	214	00	17
Transplante de órgão	68	214	00	17
Anestesia				
Consulta pré-anestésico	65	19	00	17
Anestesiologia				
Dantrolene sódico	66	100	00	17
Fiscalização de cesariano	66	72	00	17
Hipertemia maligna	66	100	00	17
Oxímetro de pulso	66	67	00	17
Partaria PT/GM/MS/98	66	72	00	17
Resolução CFM nº 1363/93	66	67	00	17

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Anestesiologista					Atividade básica				
Analgesia indicada p/enfermeiro	66	89	00	17	Cadastramento	65	7	00	17
Decreto nº 94406, de 8/6/87	66	89	00	17	Registro de hospital	65	7	00	17
Lei nº 7498, de 25/6/86	66	89	00	17	Atividade sexual				
Portaria MS nº 2815, de 29/4/98	66	89	00	17	Avaliação da situação	67	142	00	17
Responsabilidade na analgesia	66	89	00	17	Contraceptivo	67	142	00	17
Anúncio					Enfermagem no exame	67	142	00	17
Especialidade	65	30	00	17	Menor de idade	67	142	00	17
Publicidade	66	110	00	17	Prontuário médico	67	142	00	17
Unimed	66	110	00	17	Relação médico-paciente menor	67	142	00	17
Assistência médica					Responsabilidade médica	67	142	00	17
Atividade plena	68	202	00	17	Ato de enfermagem				
Cobertura integral	68	202	00	17	Ver enfermagem	0	0	0	0
Descredenciamento	68	202	00	17	Ato médico				
Discriminação	67	135	00	17	Eclerose de veia	65	11	00	17
Ética	67	135	00	17	Glicemia capilar	66	80	00	17
Limitar atendimento	67	135	00	17	Punção venosa profunda ou central	66	77	00	17
Obrigação à regro	67	135	00	17	Cateterismo arterial ou venoso profundo	66	114	00	17
Prevenção de erro	68	194	00	17	Auditor				
Prévia acordo de convênio ou cooperativa	67	135	00	17	Consulta de prontuário	68	205	00	17
Privilegiar particular	67	135	00	17	Auditoria				
Reduzir tempo de consulta	67	135	00	17	Consulta de prontuário	68	205	00	17
Simultâneo e distinto	67	158	00	17	Auto gerado				
Ver remuneração, honorário, salário	0	0	0	0	Ver exame complementar	0	0	0	0
Assistência a saúde					Bacterioscopia				
Plano de saúde familiar	66	57	00	17	Citologia oncológica simultânea	65	37	00	17
Atendimento					Bioética				
Discriminação	67	135	00	17	Manipulação genética	67	176	00	17
Limitar vaga	67	135	00	17	Patente de genoma	67	176	00	17
Privilegiar particular	67	135	00	17	Bonificação				
Reduzir tempo de consulta	67	135	00	17	Divulgação, artigos e palestras	67	124	00	17
Atendimento médico					Pesquisa	67	124	00	17
Simultâneo e distinto	67	158	00	17	Prod. farmacêutica ou equipamento de laboratório	67	124	00	17
Atestado de Fisioterapeuta					Resol. CFM nº 1595/00	67	124	00	17
Ver atestado médico	0	0	0	0	Vantagem, propina, brinde, presente	67	124	00	17
Ver declaração	0	0	0	0	Brandão, Jecé F.				
Ver fisioterapia-fisioterapeuta	0	0	0	0	Anigo	68	194	00	17
Ver medicina do trabalho	0	0	0	0	Brinde				
Atestado de Fonoaudiólogo					Pesquisa	67	124	00	17
Ver fonoaudiologia	0	0	0	0	Produto farmacêutico ou de equipamento	67	124	00	17
Ver atestado médico	0	0	0	0	Resol. CFM nº 1595/00	67	124	00	17
Ver declaração	0	0	0	0	Vantagem e bonificação	67	124	00	17
Ver medicina do trabalho	0	0	0	0	Cargo				
Atestado médico					Acumulação	65	23	00	17
Abono de falta	65	32	00	17	Carimbo médico				
Ato médico	65	32	00	17	Atestado médico	66	71	00	17
Declaração	65	32	00	17	Decreto nº 793	67	126	00	17
Ética	65	32	00	17	Especialidade em receita	66	110	00	17
Justificativa	65	32	00	17	Identificador de rubrica ou assinatura	66	71	00	17
Medicina do trabalho	65	32	00	17	Prescrição em prontuário	67	126	00	17
Perito	65	32	00	17	Prescrição médica	67	126	00	17
Por outro profissional	65	32	00	17	Uso	66	71	00	17
Recusa	65	32	00	17	Cateterismo arterial				
Validade	65	32	00	17	Ato médico	66	114	00	17
Atestado de Nutricionista					Cateterismo venoso profundo				
Ver atestado médico	0	0	0	0	Ato médico	66	114	00	17
Ver declaração	0	0	0	0	Cédula de identidade médica				
Ver medicina do trabalho	0	0	0	0	Anotação	68	197	00	17
Ver nutricionista	0	0	0	0	Ver cédula profissional médica	0	0	0	0
Atestado de óbito					Cesariana				
Ver declaração de óbito	0	0	0	0	Fiscalização pelo anestesiologista	66	72	00	17
Atestado Odontológico					Pagamento por percentual	66	72	00	17
Ver atestado médico	0	0	0	0	Portaria PT/GM/MS/98	66	72	00	17
Ver declaração	0	0	0	0	Cirurgia				
Ver medicina do trabalho	0	0	0	0	Oxímetro de pulso	66	67	00	17
Ver odontologia	0	0	0	0	Pagamento de cesariana	66	72	00	17
Atestado de Psicologia									
Ver atestado médico	0	0	0	0					
Ver declaração	0	0	0	0					
Ver medicina do trabalho	0	0	0	0					
Ver psicólogo	0	0	0	0					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Citologia oncológica					Cooperativismo				
Bacteriologia simultânea	65	37	00	17	Cooperativa médica	65	25	00	17
Colposcopia	65	37	00	17	Honorário	65	25	00	17
Resolução CFM nº 1401/93	65	37	00	17	Cópia de prontuário				
Rotina desnecessária	65	37	00	17	Auditoria	68	205	00	17
Cliente					Pagamento	68	205	00	17
Ver paciente	0	0	0	0	Prontuário	68	205	00	17
Cobrança					Córneo				
Cobertura integral	68	202	00	17	Importação	65	6	00	17
Duplo	68	202	00	17	Portaria nº 937 (22/7/99)	65	6	00	17
"Por fora"	68	202	00	17	Culpa				
Como					Contrato médico	65	42	00	17
Estado vegetativo persistente	67	147	00	17	Dano (projeto de lei)	65	42	00	17
Estado vegetativo persistente	68	218	00	17	Curandeirismo				
Morte encefálica	67	147	00	17	Medicina alternativa	67	130	00	17
Morte encefálica	68	218	00	17	Medicina quântica	67	130	00	17
Suportes vitais	67	147	00	17	Dano				
Comercialização do medicamento					Pessoal	65	42	00	17
Bonificação, brinde, propina	67	124	00	17	Seguro obrigatório (projeto de lei)	65	42	00	17
Pesquisa	67	124	00	17	Ver risco / culpa	0	0	0	0
Vantagem financeira ou material	67	124	00	17	Decálogo				
Ver mercantilização do medicamento	0	0	0	0	Emergentista	68	191	00	17
Competência					Declaração				
Nutricionista	65	5	00	17	Ver abono de falta	0	0	0	0
Ver enfermeiro	0	0	0	0	Ver atestado médico	0	0	0	0
Ver nutricionista	0	0	0	0	Declaração de óbito				
Ver fonoaudiólogo	0	0	0	0	Atestado de óbito	65	13	00	17
Ver psicólogo	0	0	0	0	Ato médico	65	13	00	17
Ver odontólogo	0	0	0	0	Nome oficial	65	13	00	17
Conceito					Norma	65	13	00	17
Diagnóstico	66	75	00	17	Serviço de Verificação de Óbito	65	13	00	17
Distanósia	67	116	00	17	Densitometria óssea				
Erro médico	68	194	00	17	Ato médico	67	129	00	17
Futilidade médica	67	116	00	17	Diagnóstico médico	67	129	00	17
Paciente	67	135	00	17	Lauda médico	67	129	00	17
Transporte aeromédico	67	162	00	17	Posição dos não-médicos	67	129	00	17
Vida e morte	65	13	00	17	Denúncia				
Confidência					Erro evitável	68	194	00	17
Sexual de menor de idade	67	142	00	17	Exercício em outra jurisdição	68	197	00	17
Conselho de Medicina					Descrédito				
Atividade básica	65	7	00	17	Defasagem de remuneração pelo SUS	68	202	00	17
Cadastramento	65	7	00	17	Diagnóstico				
Exclusividade de registro	65	7	00	17	Conceito	66	75	00	17
Inscrição de hospital	65	7	00	17	Morte encefálica	65	1	00	17
Registro de hospital	65	7	00	17	Diálise				
Consulta					Nefrologista - Urologista	65	47	00	17
Pagamento	65	19	00	17	Portaria MS nº 2042, 11/10/96	65	47	00	17
Plano familiar	66	57	00	17	Prestação de serviço	65	47	00	17
Valor único para particular e convênio/cooperativa	68	208	00	17	Responsável por serviço	65	47	00	17
Visita pré-anestésica	65	19	00	17	Título de especialista	65	47	00	17
Conta					Diária hospitalar				
Exigência de prontuário	68	202	00	17	Apartamento/enfermaria	67	116	00	17
Ver cópia	0	0	0	0	Convênio e particular	67	116	00	17
Ver fatura	0	0	0	0	Ética	67	116	00	17
Contracepção					Normalização	67	116	00	17
Menor de idade	67	142	00	17	Taxa	67	116	00	17
Contrato					Unimed	67	116	00	17
Individual médico de consulta	66	57	00	17	Diretor clínico				
Convênio					Existência legal	67	150	00	17
Consulta particular e de convênio	68	208	00	17	Extinção de cargo em instituição pública	67	150	00	17
Normalização de diária e taxa hospitalar	67	116	00	17	Diretor técnico				
Ver Unimed	0	0	0	0	Existência legal	67	150	00	17
Ver cooperativa médica	0	0	0	0	Extinção de cargo em instituição pública	67	150	00	17
Cooperativa médica					Discriminação				
Cooperativismo	65	25	00	17	Pacientes-tempo, horário e categoria	67	135	00	17
Exclusividade ou fidelidade	65	25	00	17	Divulgação				
Honorário	65	25	00	17	Autopromoção	66	60	00	17
Limite de exame	65	25	00	17	Congresso periódico	67	124	00	17
Remuneração	65	25	00	17	Ética	67	124	00	17
Unimed	65	25	00	17	Internet	66	60	00	17
Ver empresa médica	0	0	0	0	Vantagem e bonificação pessoal	67	124	00	17
Ver empresa de saúde	0	0	0	0					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Editor de revista					Estado vegetativo persistente				
Artigo e palestra	67	124	00	17	Coma	67	147	00	17
Referência ao patrocinador	67	124	00	17	Coma	68	218	00	17
Resol. CFM nº 1595/00	67	124	00	17	Morte encefálica	67	147	00	17
Vantagem e bonificação pessoal	67	124	00	17	Morte encefálica	68	218	00	17
Ehrenfried, Wittig					Suportes vitais	67	147	00	17
Artigo	65	56	00	17	Esterilização				
Artigo	66	115	00	17	Cirúrgica	66	105	00	17
Artigo	67	175	00	17	Lei nº 9263, de 12/1/96	66	105	00	17
Artigo	68	223	00	17	No parto e aborto	66	105	00	17
Emergência					Norma	66	105	00	17
Decálogo	68	217	00	17	Norma ética	66	105	00	17
Emergentista	68	191	00	17	Planejamento familiar	66	105	00	17
Itinerário ético	68	191	00	17	Portaria MS nº 144, de 20/11/97	66	105	00	17
Emprego					Registro em prontuário	66	105	00	17
Acumulação de cargos	65	23	00	17	Voluntária	66	105	00	17
Empresa médica					Estético				
Registro	65	10	00	17	Esclerose de veia	65	11	00	17
Ver Conselho de medicina	0	0	0	0	Estudante				
Ver cadastramento	0	0	0	0	Prevenção de erro	68	194	00	17
Ver registro	0	0	0	0	Ética				
Ver resolução	0	0	0	0	Anencefalia	68	214	00	17
Endereço					Assistência/atendimento médico	67	135	00	17
Jurisdição de atuação	68	197	00	17	Bonificação, brinde ou propina	67	124	00	17
Enfermagem					Comercialização de medicina	67	124	00	17
Analgesia em parto	66	89	00	17	Decálogo do emergentista	68	217	00	17
Ato médico	66	82	00	17	Emergência	68	191	00	17
Cateterismo venoso e arterial	66	114	00	17	Emergentista	68	191	00	17
COFEN nº 12/97	66	80	00	17	Declaração/atestado	65	32	00	17
COFEN nº 13/97	66	77	00	17	Divulgação de produto	67	124	00	17
COFEN nº 195/97	66	82	00	17	Esterilização voluntária	66	105	00	17
Exame complementar	66	82	00	17	Exame pós morte para HIV	67	128	00	17
Exame em menor de idade	67	142	00	17	Genoma	67	176	00	17
Glicemia capilar	66	80	00	17	Limitar atendimento, horário e convênio	67	135	00	17
Interface com medicina	66	77	00	17	Manipulação genética	67	176	00	17
Interface com medicina	66	80	00	17	Mesoterapia	66	86	00	17
Interface com medicina	66	82	00	17	Monografia premiada	67	176	00	17
Lei nº 7498/87 (lei regular enfermagem)	66	82	00	17	Parâmetro p/diária hospitalar	67	116	00	17
Punção venosa profunda ou central	66	77	00	17	Pesquisas	67	124	00	17
Registro de médico	65	7	00	17	Recuso	65	32	00	17
Responsabilidade no parto	66	89	00	17	Resol. CFM nº 1595/00	67	124	00	17
Ensino					Urgência	68	191	00	17
Prevenção de erro	68	194	00	17	Vantagem financeira ou material	67	124	00	17
Erro médico					Ética médica				
Abuso	68	194	00	17	Controle de cesariana	66	72	00	17
Atualização	68	194	00	17	Pagamento diferenciado por cesarianas	66	72	00	17
Causa	68	194	00	17	Placebo (água destilada)	68	221	00	17
Conceito	68	194	00	17	Eutanásia				
Dano	68	194	00	17	Autorização judicial inglesa (nota)	67	159	00	17
Evitável	68	194	00	17	Clinica Iluante em águas Internacionais (nota)	67	174	00	17
Informação	68	194	00	17	Exame complementar				
Prontuário	68	194	00	17	Abono de falta	65	32	00	17
Seguro profissional (projeto de lei)	65	42	00	17	Atestado médico	65	32	00	17
Esclerose de veia					Ato de enfermagem	66	82	00	17
Ato médico	65	11	00	17	Ato médico	66	82	00	17
Estética ou terapêutica	65	11	00	17	Autogerado	65	25	00	17
Norma	65	11	00	17	Autogerado	65	37	00	17
Escleroterapia					Autonomia de solicitação	65	37	00	17
Ver esclerose de veia	0	0	0	0	Benefício do paciente	65	37	00	17
Escola médica					Citologia oncológica e bact. simultânea	65	37	00	17
Prevenção de erro	68	194	00	17	Colposcopia	65	37	00	17
Especialidade					Consentimento para HIV	67	128	00	17
Anúncio	65	30	00	17	Glicemia capilar-execução HIV pós morte	66	80	00	17
Publicidade	65	30	00	17	Interface com enfermagem	66	80	00	17
Especialista					Interface com enfermagem	66	89	00	17
Ver anúncio	0	0	0	0	Limite de solicitação	65	25	00	17
Ver especialidade	0	0	0	0	Medicina do trabalho	65	32	00	17
Ver publicidade	0	0	0	0	Morte encefálica	65	1	00	17
					Nutricionista	65	5	00	17
					Protocolo	65	37	00	17
					Rotina desnecessária	65	37	00	17

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Exame de HIV					Hidrancefalia				
Consentimento	67	128	00	17	Conduta terapêutica ética	67	160	00	17
Dever legal - justa causa	67	128	00	17	Empatia do médico/enfermagem	67	160	00	17
Pós morte	67	128	00	17	Participação familiar	67	160	00	17
Exclusividade profissional					Posição filosófico	67	160	00	17
Cooperativismo	65	25	00	17	Recusa de prosseguir atendimento	67	160	00	17
Unimed	65	25	00	17	Suspensão de suporte vital	67	160	00	17
Ver cooperativa médica	0	0	0	0	Hipertemia maligna				
Ver Unimed	0	0	0	0	Anestesiologia	66	100	00	17
Exercício profissional					Assoc. Br. de Combate a Hip. Mal.	66	100	00	17
Comunicação ao CRM	68	197	00	17	Medida preventiva	66	100	00	17
Exercício em outro estado	68	197	00	17	História da medicina				
Seguro de responsabilidade civil	68	212	00	17	Artigo	65	56	00	17
Ver médico itinerante e volante	0	0	0	0	Artigo	66	115	00	17
Falta					Artigo	67	175	00	17
Ver abono de falta	0	0	0	0	Artigo	68	223	00	17
Ver declaração	0	0	0	0	Honorário				
Ver atestado médico	0	0	0	0	A pessoa jurídica	67	158	00	17
Fatura					Consulta pré-anestésica	65	19	00	17
Ver auditoria	0	0	0	0	Em cooperativa	65	25	00	17
Ver conta	0	0	0	0	Idêntico para particular e convênio	68	208	00	17
Ver pagamento	0	0	0	0	Por duas atividades distintas e simultâneas	67	158	00	17
Ver prontuário	0	0	0	0	Valor da consulta	68	208	00	17
Fiscalização					Hospital				
Auditoria de prontuário	68	205	00	17	Auditoria de prontuário	68	205	00	17
Unimed, convênio, seguro	68	212	00	17	Cobrança "por fora"	68	202	00	17
Fisioterapeuta					Fiscalização	68	202	00	17
Abono de falta	65	32	00	17	Normalização de diária	67	116	00	17
Atestado/declaração	65	32	00	17	Parâmetro para diária	67	116	00	17
Fisioterapia					Identificação				
Abono de falta	65	32	00	17	Carimbo médico	66	71	00	17
Atestado/declaração	65	32	00	17	Importação				
Fonoaudiólogo					Córneo	65	6	00	17
Diagnóstico médico	66	75	00	17	Indenização				
Exame fonoaudiológico	66	75	00	17	Projeto de lei	65	42	00	17
Exame audiométrico	66	75	00	17	Erro médico	65	42	00	17
Laudo	66	75	00	17	Seguro de responsabilidade civil	68	212	00	17
Decreto nº 87218, de 31/5/82	66	75	00	17	Inscrição no CRM				
Lei nº 6965, de 8/12/81	66	75	00	17	Hospital e Clínica	65	7	00	17
França, Genival Veloso					Atividade básica	65	7	00	17
Artigo	68	191	00	17	Cadastramento	65	7	00	17
Futilidade médica					Interface médica				
Obstinação terapêutica	67	116	00	17	Com enfermagem	66	77	00	17
Genética					Com enfermagem	66	80	00	17
Diagnóstico	67	176	00	17	Com nutricionista	66	89	00	17
Ética médica	67	176	00	17	Intermediário				
Genoma humano	67	176	00	17	Ver consulta	0	0	0	0
Manipulação genética	67	176	00	17	Ver medicina do trabalho	0	0	0	0
Monografia premiada	67	176	00	17	Internação				
Genival Veloso de França					Ver consulta	0	0	0	0
Artigo	68	191	00	17	Ver medicina do trabalho	0	0	0	0
Genoma humano					Internet				
Ética médica	68	176	00	17	Ética/código de ética	66	60	00	17
Manipulação genética	68	176	00	17	Divulgação médica	66	60	00	17
Glicemia capilar					Autopromoção	66	60	00	17
Ato médico	66	80	00	17	Resolução CFM nº 1036/80				
Ato de enfermeiro	66	80	00	17	(Comissão de divulgação)	66	60	00	17
Indicação médica	66	80	00	17	Decreto-lei nº 4113, 14/2/42	66	60	00	17
Habilitação de motorista					Jecé F. Brandão				
Carteira	67	138	00	17	Artigo	68	194	00	17
DENATRAN/CONTRAN/ABRAMET	67	138	00	17	José Américo Penteadó				
Exame médico	67	138	00	17	Artigo	68	176	00	17
Laudo de psicólogo	67	138	00	17	Jurisdição profissional				
Perito examinador médico	67	138	00	17	Ver lei nº 3268/57	68	197	00	17
Ver medicina de trânsito	0	0	0	0	Ver médico itinerante/volante	0	0	0	0
HIV					Justificativa				
Consentimento	67	128	00	17	Ver abono	0	0	0	0
Dever legal - justa causa	67	128	00	17	Laboratório				
Exame pós morte	67	128	00	17	Ver ética	0	0	0	0
					Ver pesquisa	0	0	0	0
					Ver propina	0	0	0	0

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Laudô					Menor de idade				
Projeto de lei (seguro obrigatório)	65	42	00	17	Assistência pré-natal	67	142	00	17
Letra					Atividade sexual	67	142	00	17
Carimbo	67	126	00	17	Confidência	67	142	00	17
Prescrição	67	126	00	17	Contraceptivo	67	142	00	17
Licença médica					Enfermagem no exame	67	142	00	17
Ver abono de falta	0	0	0	0	Gestante menor	67	142	00	17
Ver atestado médico	0	0	0	0	Prontuário médico	67	142	00	17
Ver declaração	0	0	0	0	Relação médico-paciente	67	142	00	17
Ver medicina do trabalho	0	0	0	0	Segredo médico	67	142	00	17
Ver saúde ocupacional	0	0	0	0	Mercantilização				
Limitar					Discriminação	67	135	00	17
Atendimento e horário	67	135	00	17	Mesoterapia				
Limite					Esclarecimento médico	66	86	00	17
Jurisdição de atuação	68	197	00	17	Procedimento não ético	66	86	00	17
Manipulação genética					Monografia sobre Ética Médica				
Bioética	68	176	00	17	Genética em ser humano	68	176	00	17
Ética	68	176	00	17	Implicação ética das manipulações	68	176	00	17
Genoma humano	68	176	00	17	Prêmio	68	176	00	17
Monografia premiada	68	176	00	17	Morte				
Patente	68	176	00	17	Como	67	147	00	17
Segredo de informação	68	176	00	17	Conceito	65	13	00	17
Ser humano	68	176	00	17	Declaração de óbito	65	13	00	17
Medicamento					Dever legal - justo causa	67	128	00	17
Prescrição em prontuário com carimbo	67	126	00	17	Encefálica	67	147	00	17
Medicina alternativa					Estado vegetativo persistente	67	147	00	17
Curandeirismo	67	130	00	17	Exame de HIV por morte	67	128	00	17
Curso não existe	67	130	00	17	Exame por morte para HIV	67	128	00	17
Medicina legal					Norma de declaração	65	13	00	17
Acumulação de cargo	65	23	00	17	Normalização para diária hospitalar	67	116	00	17
Consultório médico-legal	65	23	00	17	Segredo médico	67	128	00	17
Especialidade	65	23	00	17	Suspensão de suporte vital	65	50	00	17
Ver ética	0	0	0	0	Violenta / natural	65	13	00	17
Ver declaração de óbito/óbito	0	0	0	0	Ver Serviço de Verificação de Óbito	0	0	0	0
Ver pericia / pericia médico	0	0	0	0	Morte encefálica				
Ver perito	0	0	0	0	Anencefalia	68	214	00	17
Ver Serviço de Verificação de Óbito	0	0	0	0	Capacitação de avaliação	65	1	00	17
Medicina do trabalho					Como	67	147	00	17
Abono de falta	65	32	00	17	Como	68	218	00	17
Atestado médico	65	32	00	17	Comissão de ética hospitalar	65	55	00	17
Declaração	65	32	00	17	Decisão médica	65	50	00	17
Diagnóstico genético	68	176	00	17	Declaração de óbito	65	55	00	17
Recusa de atestado	65	32	00	17	Declaração de óbito	65	1	00	17
Validade	65	32	00	17	Diagnóstico	65	1	00	17
Medicina de trânsito					Estado vegetativo persistente	67	147	00	17
Carteira de motorista	67	138	00	17	Estado vegetativo persistente	68	218	00	17
Especialidade	67	138	00	17	Estudo angiográfico	65	55	00	17
Exame médico de habilitação	67	138	00	17	Exame complementar	65	1	00	17
Laudô de psicólogo	67	138	00	17	Futilidade ou obstinação terapêutica	67	116	00	17
Perito examinador	67	138	00	17	Indicar médico	65	1	00	17
Médico					Manter ou suspender suporte vital	65	55	00	17
Cooperativismo	65	23	00	17	Médico legista	65	1	00	17
Legista	65	23	00	17	Medida ordinária/extraordinária	65	50	00	17
Plano próprio de consulta	66	57	00	17	Protocolo	65	1	00	17
Médico itinerante/volante					Registro de morte encefálica	65	55	00	17
Comunicação ao CRM	68	197	00	17	Resolução CRMPR nº 085/2000	65	55	00	17
Médico legista					Resolução CFM nº 082/99	65	1	00	17
Morte encefálica	65	1	00	17	Responsável legal	65	1	00	17
Médico residente					Suporte legal (prolongar ou suspender)	65	50	00	17
Anúncio/publicidade	65	30	00	17	Suporte vital	67	147	00	17
Certificado de especialista	65	30	00	17	Termo de declaração	65	1	00	17
Meio					Teste apnéia	65	1	00	17
Contrato médico	65	42	00	17	Motorista				
Projeto de lei	65	42	00	17	Exame de habilitação	67	138	00	17
Ver culpa	0	0	0	0	Nexo				
Ver dano	0	0	0	0	Projeto de lei	65	42	00	17
Ver meio	0	0	0	0	Ver culpa	0	0	0	0
Ver risco	0	0	0	0	Ver dano	0	0	0	0
					Ver erro	0	0	0	0
					Ver risco	0	0	0	0

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Norma					Prevenção				
Declaração de óbito	65	13	00	17	Condição de trabalho	68	194	00	17
Paciente	65	13	00	17	Formação médica	68	194	00	17
Nutricionista					Erro	68	194	00	17
Competência	65	5	00	17	Privilegiar				
Conflita com ato médico	66	89	00	17	Ver atendimento	0	0	0	0
Exome complementar	65	5	00	17	Professor				
Limite de competência	66	89	00	17	Acumulação de cargo	65	23	00	17
Prescrição dietética	66	89	00	17	Prontuário				
Solicitação de exome complementar	66	89	00	17	Auditoria em hospital	68	205	00	17
Óbito					Consulta pelo auditor	68	205	00	17
Ver atestado de óbito	0	0	0	0	Consulta obrigatória no hospital	68	205	00	17
Ver declaração de óbito	0	0	0	0	Erro evitável	68	194	00	17
Ver declaração	0	0	0	0	Exigência de cópia	68	205	00	17
Odontólogo					Local de auditorio e fiscalização	68	205	00	17
Atestado/declaração	65	32	00	17	Prescrição com carimbo	67	126	00	17
Abono de falta	65	32	00	17	Registro de esterilização	66	105	00	17
Oxímetro de pulso					Responsabilidade de diretor	68	205	00	17
Ato cirúrgico	66	67	00	17	Unimed, seguro, convênio	68	205	00	17
Ato anestésico	66	67	00	17	Uso da via judicial	68	205	00	17
Resolução CFM nº 1363/93	66	67	00	17	Propina				
Indicação usual	66	67	00	17	Laboratório farmacêutico ou de equipamento	67	124	00	17
Paciente					Pesquisa	67	124	00	17
Benefício do exame complementar	65	37	00	17	Resol. CFM nº 1595/00	67	124	00	17
Da instituição / Do médico	65	13	00	17	Vantagem e bonificação	67	124	00	17
Conceito	67	135	00	17	Protocolo				
Discriminação	67	135	00	17	Morte Encefálica	65	1	00	17
Honorário particular e convênio	68	208	00	17	Psicólogo				
Limitar atendimento	67	135	00	17	Exame de habilitação de motorista	67	138	00	17
Laudante e o médico	67	142	00	17	Laudô	67	138	00	17
Privilegiar particular	67	135	00	17	Medicina de trânsito	67	138	00	17
Reduzir tempo de consulta	67	135	00	17	Publicidade				
Pagamento					Anúncio	65	30	00	17
Consulta pré-anestésico	65	19	00	17	Anúncio	66	110	00	17
Contas do SUS	68	202	00	17	Carimbo	66	110	00	17
Parâmetro					Cartão de visita	66	110	00	17
Diária	67	116	00	17	Receituário	66	110	00	17
Honorário	65	25	00	17	Registro no CRM	66	110	00	17
Particular					Título de especialista	66	110	00	17
Ver consulta	0	0	0	0	Unimed	66	110	00	17
Ver honorário	0	0	0	0	Ver anúncio	0	0	0	0
Ver paciente	0	0	0	0	Punção				
Parto					Ato médico	66	77	00	17
Estatuto da criança e do adolescente	67	142	00	17	Venosa profunda ou central	66	77	00	17
Esterilização por excessão	66	105	00	17	Recusa				
Porturientes e o pediatra	67	142	00	17	Prosseguir atendimento	67	160	00	17
Presença de pediatra	67	142	00	17	Ver abono de falta	0	0	0	0
Responsabilidade obstétrica/ pediátrica	67	142	00	17	Ver declaração	0	0	0	0
Potente					Ver atestado médico	0	0	0	0
Genoma humano	68	176	00	17	Registro				
Manipulação genética	68	176	00	17	Atividade básica	65	7	00	17
Penteada, José Américo					Cadastramento	65	7	00	17
Artigo	68	176	00	17	Clinica e Hospital	65	7	00	17
Perito					Empresa	65	7	00	17
Habilitação médica de motorista	67	138	00	17	Fiscalização do CRM	65	7	00	17
Medicina de trânsito	67	138	00	17	Profissão afim	65	7	00	17
Pesquisa					Registro de empresa				
Referência ao patrocinador	67	124	00	17	Contrato médico	65	42	00	17
Resolução CFM nº 1595/00	67	124	00	17	Resolução CFM nº 1588/99	65	10	00	17
Vantagem e bonificação	67	124	00	17	Seguro obrigatório	65	42	00	17
Placebo					Ver registro de hospital	0	0	0	0
Água destilada	68	221	00	17	Relação médica/paciente				
Ética médica	68	221	00	17	Prevenção de erro	68	194	00	17
Uso	68	221	00	17	Remuneração				
Planejamento familiar					Atuação plena	68	202	00	17
Esterilização cirúrgica	66	105	00	17	Consulta pré-anestésico	65	19	00	17
Plano de Consulta familiar					Cooperativo médico	65	25	00	17
Médico individual	66	57	00	17	Defasagem do SUS	68	202	00	17
Remuneração	66	57	00	17	Descrédenciamento	68	202	00	17
Prêmio					Diferenciada em cesariano	66	72	00	17
Ver monografia sobre ética médica	0	0	0	0	Duplo cobrança	68	202	00	17
Prescrição					Ética	68	202	00	17
Decreto nº 793	67	126	00	17	Limitação ao atendimento	68	202	00	17
Lei nº 5991	67	126	00	17	Plano de consulta	66	57	00	17
Medicamento com carimbo	67	126	00	17	Restrição ao atendimento	68	202	00	17
Norma de escrituro	67	126	00	17	Unimed	65	25	00	17
					Ver anestesiologia	0	0	0	0

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
Resolução CFM					Trabalho médico				
APAES	65	10	00	17	Prevenção de erro	68	194	00	17
Nova redação Res. 1214/85	65	10	00	17	Transpante				
Nº 082/99 (morte encefálica)	65	1	00	17	Anencefalia	68	218	00	17
Nº 1588/99 (registro obrigatório)	65	10	00	17	Transporte aeromédico				
Nº 1595/00 (vantagem material)	67	124	00	17	Definição	67	162	00	17
Registro de empresas	65	10	00	17	Equipamento	67	162	00	17
Revogação artigo (nº 1214/85)	65	10	00	17	Norma	67	162	00	17
Responsabilidade					Profissional	67	162	00	17
Declaração de óbito	65	13	00	17	Tratamento				
Responsabilidade civil					Cobertura integral	68	202	00	17
Seguro para médico	68	212	00	17	Restrição de atendimento	68	202	00	17
Revogação					Ultra-sonografia				
Artigo Resol. (nº 1214/85)	65	10	00	17	Exame por médico	67	129	00	17
Risco					Unimed				
Contrato médico	65	42	00	17	Anúncio / publicidade	65	30	00	17
Seguro obrigatório	65	42	00	17	Atendimento distinto simultâneo	67	158	00	17
Segredo médico					Autonomia de exame	65	37	00	17
Atividade sexual em menor de idade	67	142	00	17	Citologia oncológica e bacterioscopia simultânea	65	37	00	17
Gestante menor de idade	67	142	00	17	Colposcopia	65	37	00	17
Seguro obrigatório					Cooperativa médica	65	25	00	17
Decreto-lei 73, de 21/11/1996	65	42	00	17	Discriminação	67	135	00	17
Seguro de responsabilidade civil					Especialidade /anúncio	65	30	00	17
Conflito	68	212	00	17	Ética na remuneração	67	116	00	17
Managed care, capitation	68	212	00	17	Exame autogerado	65	25	00	17
Para médicos	68	212	00	17	Exame autogerado	65	37	00	17
Vantagem e desvantagem	68	212	00	17	Exame complementar	65	37	00	17
Seguro profissional					Exame complementar	65	25	00	17
Dano pessoal	65	42	00	17	Exclusividade de convênio com médico	65	25	00	17
Erro médico	65	42	00	17	Honorário à pessoa jurídica	67	158	00	17
Indenização	65	42	00	17	Honorário	65	25	00	17
Obrigatório	65	42	00	17	Limitar vago	67	135	00	17
Projeto de lei	65	42	00	17	Normalização de diário	67	116	00	17
Risco	65	42	00	17	Obrigação à regra	67	135	00	17
Serviço de Verificação de Óbito					Parâmetro para diária e taxa	67	116	00	17
Atribuição	65	13	00	17	Prévia acordo de convênio ou cooperativa	67	135	00	17
Ver óbito	0	0	0	0	Privilegiar particular	67	135	00	17
Sexo					Protocolo	65	37	00	17
Atividade sexual em menor	67	142	00	17	Reduzir tempo de consulta	67	135	00	17
Contraceptivo em menor de idade	67	142	00	17	Rotina desnecessária	65	37	00	17
Menor de idade	67	142	00	17	Ver empresa médica	0	0	0	0
Suporte vital					Vaga				
Ver morte encefálica	0	0	0	0	Limitar	67	135	00	17
Suspensão suporte vital					Vantagem financeira				
Ver hidranencefalia	0	0	0	0	Comercialização de medicamento	67	124	00	17
Ver morte encefálica	0	0	0	0	Palestra, artigo, pesquisa	67	124	00	17
Taxa					Resolução CFM nº 1595/00	67	124	00	17
Hospitalar	67	116	00	17	Vantagem material				
Tempo e atendimento					Comercialização de equipamento ou medicamento	67	124	00	17
Ver médico itinerante/volante	0	0	0	0	Palestra, artigo, pesquisa	67	124	00	17
Ver paciente	0	0	0	0	Resolução CFM nº 1595/00	67	124	00	17
Tempo de consulta					Vido				
Redução de horário e paciente	67	135	00	17	Conceito	65	13	00	17
Ver assistência médica	0	0	0	0	Wittig, Ehrentried				
Ver paciente	0	0	0	0	Artigo	65	56	00	17
Terapêutica					Artigo	66	115	00	17
Esclerose de veio	65	11	00	17	Artigo	67	175	00	17
Termo de declaração					Artigo	68	223	00	17
Morte encefálica	65	1	00	17					
Teste opnéia									
Resol. CFM Nº 082/99	65	1	00	17					

Consulte o Índice Remissivo de todas os "Arquivos"

"biblioteca@crmpr.org.br"

www.crmpr.org.br

0xx41 322-8238

1 - COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (COFEP)

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

2 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO (CD)

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

3 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

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

4 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

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

5 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

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

6 - COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS REGIONAIS/SECCIONAIS

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

7 - COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

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

8 - CORREGEDORIA DO CRMPR

Cons. Hélio Bertolozzi Soares

9 - COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

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

10 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO, LEILÃO E SEDE

Presidente: Waldir Rupólio
Cons. Donizeti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Cicero Lotário Tironi
Cons. Kamel Jorge Chammass
Dr. Luiz Carlos Sobania (Membro Nato do CRM)

11 - COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E REMUNERAÇÃO

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

DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

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

DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

Dr. Antônio Sérgio de Azevedo Rebeis (Presidente)
Dr. Moacir Cluitta Porciuncula (Secretário)
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)
Dr. Manuel da Conceição Gameiro (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 Borguetti (Colaborador)

DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

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

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Drª Vera Lúcia Dias (Presidente)
Dr. Osório Edson de Andrade Góes (Secretário)
Drª. Alípio 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. Adelmo Ferreira (Suplente)
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)
Dr. Ludovico Pien Neto (2º Secretário)
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kamel 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. Minao Okawa
Dr. Mário Lins Peixoto
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi (Suplente)
Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)
Dr. Osvaldo Rodrigues Truitts (Suplente)
Dr. Roberto Tanus Pazello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (1º Secretário)
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2º Secretário)
Dr. Antônio 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 Mari Cybuiski (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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