

**ARQUIVOS**  
do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

CORREIOS  
IMPRESSO ESPECIAL  
3600137001 - DR/PR  
CRM PR

IMPRESSO

v. 18 - n. 72 out./dez. - 2001

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ  
GESTÃO 1998/2003**

**DIRETORIA  
(2001-2003)**

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
1ª. Secretária:	Consª. Marília Cristina Milano Campos
2ª. Secretária:	Consª. Mariângela Batista Galvão Simão
Tesoureiro:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Tesoureiro Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Corregedora:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz

**MEMBROS EFETIVOS**

Carlos Ehlke Braga Filho  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Daebes Galati Vieira  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Gerson Zafalon Martins  
Hélcio Bertolozzi Soares  
José Luis 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 Biese Wright Kastrup  
Raquele Rotta Burkiewicz  
Roberto Bastos da Serra Freire  
Rubens Kliemann  
Sérgio Maciel Molteni  
Waldir Rúpollo  
Zacarias Alves de Souza Filho

**MEMBROS SUPLENTE**

Antonio Carlos de Andrade Soares  
Célia Inês Burgardt  
Cícero Lotário Tironi  
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  
Sylvio José Borela

**Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque**  
**Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho**

**SECRETARIA**

---

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320  
Telefone: (41) 322-8238 - Fax: (41) 322-8465

---

ISSN 0104 - 7620

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 18	n. 72	p. 177-240	Out/Dez.	2001
---------------------------	----------	-------	-------	------------	----------	------

## 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 CRM/PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

## ENDEREÇOS

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

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

SERZEGRAF  
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 278-9460  
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná  
e-mail: [comercial@serzgraf.com.br](mailto:comercial@serzgraf.com.br)

## **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](http://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, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 322-8238.

## 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. 18, n.72, 2001

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

<b>Ato Médico</b>	
Resolução CFM nº 1.627/2001 .....	177
<b>Paciente Terminal e Médico Capacitado: Parceria Pela Qualidade de Vida</b>	
Parecer CFM .....	192
<b>Cirurgia Plástica: Obrigação de Meio ou de Resultado?</b>	
Genival Veloso de França .....	207
<b>Listagem Médica de Dados Cadastrais Nos CRMs</b>	
Resolução CFM nº 1.625/2001 .....	214
<b>Transplantes de Órgãos e Tecidos</b>	
Resolução CFM nº 1.623/2001 .....	215
<b>Divulgação em Imprensa Leiga de Softwares de Apoio à Decisão Médica</b>	
Parecer CFM .....	218
<b>Emissão de Laudo Pericial de Investigação de Paternidade</b>	
Parecer CFM .....	220
<b>Registro de Instituições Médicas em Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional</b>	
Parecer CFM .....	224
<b>Liberação de Dados Cadastrais do CRM, Listagem Médica</b>	
Parecer CFM .....	228
<b>História da Medicina</b>	
Ehrenfried Wittig .....	233
<b>Índice Remissivo</b>	
(Nº 69 a nº 72/2001) .....	234

# ATO MÉDICO

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1.627/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.405, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Lei nº 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance para o perfeito desempenho ético da Medicina;

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

CONSIDERANDO que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre essas categorias profissionais nem sempre estão bem definidos;

CONSIDERANDO que quando do início da vigência da Lei nº 3.268/57 existiam praticamente só cinco profissões que compartilhavam o campo e o mercado dos serviços de saúde, quais sejam, a Medicina, a Veterinária, a Odontologia, a Farmácia e a Enfermagem, e que os limites entre essas carreiras profissionais estavam ajustados milenarmente em quase todos os casos;

CONSIDERANDO que agora, diferentemente, a área da saúde e da doença está pleorada de agentes profissionais sem que haja clara definição dos limites dos seus campos de trabalho;

CONSIDERANDO que cada uma dessas novas profissões foi instituída como se fosse uma atividade isolada, sem muita preocupação com as atividades que lhe eram limítrofes e sem estipulação precisa de quais seriam suas atividades privativas, de quais seriam as que compartilhariam com outras profissões e quais seriam essas categorias ocupacionais;

CONSIDERANDO a necessidade de haver uma melhor definição das atividades profissionais típicas e privativas de cada categoria profissional, dos limites de cada uma, das relações entre as atividades limítrofes e das relações de cada uma delas com a Medicina, por ser, de todas, a mais antiga e a de campo mais amplo de atuação, vez que interage com todas as outras;

CONSIDERANDO que se deve atentar para a unidade da Medicina, que não pode ser pulverizada, sem grave prejuízo para o interesse social;

CONSIDERANDO os conceitos essenciais da Medicina Preventiva, quais sejam, o de prevenção primária (profilaxia da ocorrência da enfermidade), prevenção secundária (prevenção da evolução da enfermidade) e prevenção terciária (prevenção da invalidez determinada por uma enfermidade);

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas à definição e alcance do ato médico;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária de 23 de outubro de 2001, realizada em Manaus, com supedâneo na Exposição de Motivos anexa;

CONSIDERANDO a Exposição de Motivos anexa a esta resolução,  
RESOLVE:

Artigo 1º - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

II. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

§ 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

Artigo 2º - O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei.

Artigo 3º - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico.

Artigo 4º - O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Manaus-AM, 23 de outubro de 2001.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

## **ANEXO À RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/2001**

### **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**

**Ato profissional** é como se denomina, de maneira rigorosamente científica, uma ação, procedimento ou atividade que a legislação regulamentadora de uma profissão atribua aos agentes de uma dada categoria profissional; ainda que esta não lhes seja exclusiva ou seja privativa daqueles profissionais. Todo ato profissional deve ser praticado por pessoa adequadamente preparada, devidamente habilitada e que esteja exercendo legalmente sua profissão, de acordo com a legislação vigente. Os atos profissionais privativos ou exclusivos de uma profissão configuram o que se denomina o monopólio profissional, que decorre principalmente da necessidade que a sociedade tem daquele serviço e da importância que lhe atribui.

Por um lado, os agentes profissionais são considerados peritos naquela ação ou atividade e podem exercê-la livremente no mercado de empregos ou de locação de serviços. Como contrapartida, respondem pelos danos que causarem e prejuízos que acarretarem por imperícia, imprudência ou negligência. Além de estarem comprometidos com uma instituição denominada *munus público*, que configura certos deveres com a sociedade e com o Estado - tudo isso, como compensação por se lhes assegurar o monopólio do mercado daquele serviço. Qualquer profissional, de qualquer profissão, que causar dano a um cliente por negligência, imperícia ou imprudência comete um erro profissional e responderá por conduta culposa.

Os atos profissionais podem ser atribuídos de maneira *privativa* aos agentes de uma profissão, caso em que só podem ser executados por um agente profissional legalmente habilitado daquela categoria profissional. Ou podem ser típicos de uma profissão ou mesmo específicos dela, mas sendo compartilhados com agentes de outra categoria profissional (ou diversas delas). Quando um procedimento é privativo de uma profissão deve ser chamado *ato privativo profissional* ou *privilégio profissional*.

Também se sabe que a execução de um ato profissional presume a existência de um contrato entre o cliente e o prestador do serviço. E que tal contrato pode ser explícito ou implícito. Dependendo de diversos fatores, dentre eles o tipo de atividade e a praxe ou costume da cultura ou subcultura na qual aquela relação está sendo realizada.

Deve-se repetir, sempre, que por definição os atos profissionais devem ser exercidos prioritariamente em benefício do cliente. A desobediência deste princípio de beneficência motiva grande parte das infrações profissionais de todas as profissões e, mais ainda, os transtornos das relações profissional-cliente.

Uma categoria particular de ato profissional é o *ato médico* ou *ato profissional de médico*. Analogamente, deve-se atentar que a expressão *erro médico*, muito usada na mídia contemporânea, é uma contração da expressão *erro profissional de médico*. Não é restrito aos médicos, ainda que estes sejam muito mais cobrados por sua prática. A expressão *erro médico* tem sido empregada com propósitos antimédicos. Não deve ser usada por quem não se solidarize com esse propósito, a não ser que também fale (e, até, escreva) erro odontológico, erro advocatício, erro engenheiral e outros semelhantes. Curiosamente, nota-se que muitos médicos cultivam essa denominação, ao invés de preferir erro profissional de médico, o que conceitualmente seria melhor e politicamente mais correto.

**Ato médico** ou **ato profissional de médico**, que também pode ser denominado procedimento médico ou procedimento técnico específico de profissional da Medicina, é a ação ou o procedimento profissional praticado por um médico com os objetivos gerais de prestar assistência médica, investigar as enfermidades ou a condição de enfermo ou ensinar disciplinas médicas. Como prática clínica, é sempre exercido em favor de paciente que lhe solicitou ajuda ou está evidente que dela necessita, mediante contrato implícito ou explícito, utilizando os recursos disponíveis nos limites da previsão legal, da codificação ética, da possibilidade técnico-científica, da moralidade da cultura e da vontade do paciente. Essa ação ou procedimento deve estar voltada para o incremento do bem-estar das pessoas, a profilaxia ou o diagnóstico de enfermidades, a terapêutica ou a reabilitação de enfermos.

Na medida em que os procedimentos médicos só podem ser exercidos por pessoas legalmente habilitadas para exercer a Medicina, isto é, os médicos, é impossível fugir à tautologia de um ato médico ser uma ação ou atividade de médico. Mesmo que nem toda ação de um médico possa ser classificada como um procedimento médico - da mesma maneira que, por similitude, ocorre com o ato legislativo e o legislador.

Quando isso for possível, porque as ciências médicas não oferecem solução para todas as necessidades dos enfermos, o ato médico deve estar fundamentado em conhecimento aceito por sua comunidade profissional, cientificamente embasado na informação mais atual e ter como objetivo fomentar a saúde, evitar ou diagnosticar as enfermidades, e/ou tratar ou reabilitar os enfermos.

Um ato médico pode ter como objeto um indivíduo ou uma coletividade. E pode usar qualquer meio aceito pela comunidade científica como adequado para aquele propósito.

O exercício dos atos médicos é função privativa de quem é formado em Medicina em estabelecimento educacional oficial ou oficialmente reconhecido, estando, portanto, legalmente capacitado. Ademais, exige-se que esteja formalmente habilitado pelo Conselho Regional de Medicina de seu estado, e registrado no organismo competente de vigilância sanitária do sistema de saúde a que estiver vinculado.

Não é possível ser meio médico. Nem alguém pode ser uma fração qualquer de um médico. O especialista não é nem pode ser um pedaço de médico. É um médico inteiro, que atua com mais desembaraço e maior capacidade em determinada área da Medicina. A despeito disso nem sempre ser verdadeiro na prática, a especialidade deve enriquecer o médico e não empobrecê-lo em sua capacidade profissional, limitando-o.

Os atos médicos podem ser privativos de profissional médico ou podem ser compartilhados com outros profissionais, caso a legislação que regulamentou aquela profissão assim o determine. No entanto, mesmo que alguns atos profissionais médicos, eventualmente, possam ser compartilhados com agentes de outras profissões, nenhum deles lhe pode ser negado ou restrito.

Desta definição, ressaltam as seguintes observações:

a. o ato médico é um ato profissional aceito pela comunidade médica e consoante com os objetos e os objetivos da Medicina, que deve estar, sempre que possível, sintonizado com o melhor conhecimento científico;

b. reconhece-se na Medicina quatro objetos fundamentais e essenciais: o enfermo, a enfermidade, o indivíduo e a coletividade;

c. o ato médico deve ser exercido sempre com boa-fé e em benefício de quem dele necessita (de preferência quando este expressa o desejo de ser atendido e cuidado, e consente nas medidas diagnósticas e terapêuticas que devem ser tomadas).

Esta exigência de beneficência é a mais importante nas profissões em geral. Porém, é particularmente importante nas profissões de serviço, em geral, e nas profissões de saúde, em particular.

O ato médico deve estar sempre limitado pela lei, pelo código de ética, pelas possibilidades técnico-científicas disponíveis, pela moralidade vigente na cultura e pela vontade do paciente;

O ato médico tipicamente clínico deve ter como objetivos algum dos objetivos mais amplos da Medicina: fomentar a saúde, evitar as enfermidades, diagnosticar as

condições patológicas, tratar e reabilitar os enfermos;

Além dos atos médicos de natureza clínica existem atos profissionais de médico de natureza pericial, administrativa (planejamento e direção de serviços e programas) ou política (assessoria, conselho);

Um determinado ato profissional médico pode não ser privativo do profissional médico, nos casos em que ele compartilha muitos procedimentos com agentes de outras profissões, mas nenhum lhe pode ser negado a pretexto de ser compartilhado.

### **Alcance dos atos médicos**

Nem sempre os atos médicos se restringem à realização de procedimentos médicos mais conhecidos como tal. Como sucede com consultas e operações cirúrgicas. Porque, como já se disse, os atos médicos não incluem apenas os procedimentos exclusivamente médicos ou privativos de médicos, mas os atos e procedimentos tipicamente médicos que podem ser compartilhados com outros profissionais, em virtude de sua natureza ou de definição legal. Atos tipicamente médicos, mas não exclusivos da Medicina, podem ser compartilhados com agentes de outras profissões. E os médicos podem realizar alguns procedimentos típicos de outras profissões.

Como exemplo à assertiva acima, temos que muitas cirurgias buco-maxilo-faciais podem ser legalmente praticadas por médicos e por cirurgiões dentistas; a psicoterapia, entre nós, é compartilhada por médicos e psicólogos; procedimentos como injeções parenterais, curativos em lesões superficiais, colheita de material para exame mediante técnicas invasivas são compartilhados por médicos e por enfermeiros. Os médicos e os veterinários compartilham a capacidade de exercer inúmeros procedimentos, variando apenas o objeto de sua aplicação.

### **Modalidades de atos médicos**

Os atos tipicamente médicos, mas compartilhados com agentes de outras profissões, são:

1. Realização de atos profiláticos de enfermidade ou procedimentos higiênicos que possam ser ou vir a ser fomentadores de bem-estar individual ou coletivo;

2. Realização de procedimentos profiláticos ou reabilitadores que não impliquem em diagnosticar enfermidades ou realizar procedimentos terapêuticos e procedimentos diagnósticos;

3. Realização de exames subsidiários complementares do diagnóstico médico, nos termos da lei.

Por outro lado, os procedimentos profissionais privativos dos médicos são os seguintes:

a. diagnóstico de enfermidades e indicação e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos em enfermos;

b. elaboração da história clínica (história da doença e anamnese), relatórios de exames e os respectivos laudos;

c. execução e solicitação de exames físicos, psíquicos e complementares visando ao diagnóstico de enfermidades ou ao acompanhamento terapêutico;

d. pedido, indicação, realização ou execução, interpretação, laudos e valorização de exames principais, subsidiários e complementares ou quaisquer outros procedimentos destinados ao diagnóstico médico, para os quais os médicos estejam devidamente capacitados e habilitados;

e. realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos ou quaisquer outros com finalidade diagnóstica, profilática, terapêutica ou de reabilitação que impliquem em algum procedimento diagnóstico ou terapêutico;

f. realização de perícias administrativas, cíveis ou penais em sua área de competência;

g. acompanhamento, assessoria, avaliação e controle da assistência aos enfermos padecentes de qualquer enfermidade;

h. indicação e execução de medidas de reabilitação em pessoas prejudicadas por enfermidade;

i. exercer a direção de serviços médicos;

j. planejamento, execução, controle, supervisão e auditoria de serviços médico-sanitários oficiais ou privados;

k. ensinar as disciplinas médicas ou outras matérias relacionadas com sua atividade profissional.

### **Trabalho social, ocupação e profissão**

A lei ao estabelecer uma profissão, deve explicitar quais atos típicos a ela inerentes devem ser compartilhados com outras atividades profissionais e quais são aqueles que devem ser realizados unicamente por seus agentes.

Na linguagem do senso comum, denomina-se *profissão* a qualquer ocupação que exija conhecimentos ou habilidades consideradas como altamente especializados e cujo desempenho técnico e social demande algum tipo de controle. Toda profissão é um tipo de ocupação (trabalho social exercido com habitualidade e de onde a pessoa retira seu sustento). E a ocupação é uma modalidade particular de *trabalho social* (qualquer atividade econômica que alguém exerça para receber alguma retribuição, geralmente monetária).

Como termo técnico da sociologia do trabalho, define-se *profissão* como a atividade econômica especializada, permanente e institucionalizada legalmente, cujo *status* e papéis sociais de seus agentes podem ser modificados (mudanças culturais) no tempo e espaço, mas que conferem sempre nítida superioridade ao profissional em relação à sua clientela. Esta superioridade relativa decorre da vantagem que o profissional leva em matéria de conhecimento. Mas é muito mais evidente nas profissões denominadas de saúde, nas quais, na maioria das vezes, o cliente vê ampliada essa desigualdade frente ao agente profissional porque está vivendo uma situação de maior ou menor vulnerabilidade (dor ou outra manifestação de sofrimento, medo, insegurança, ameaça ao próprio bem-estar, à integridade estrutural ou funcional ou, mesmo, à vida).

O conceito de *profissão de serviço* se aplica às ocupações que se destinam a prestar serviços, diferentemente daquelas que objetivam produzir bens. Denomina-se *profissão de saúde* a profissão que se destina a prestar serviços relacionados com o incremento, a conservação ou a recuperação da saúde.

Uma profissão se diferencia das demais ocupações pelas seguintes características conceituais:

a. a atividade profissional deve desfrutar do reconhecimento de sua necessidade pública e de seu relevo social pela cultura;

b. a existência de uma profissão, os limites de ação e as competências dos seus agentes são sempre definidos em lei;

c. os agentes profissionais devem ter sua formação promovida ou controlada pelo Estado (geralmente de nível superior e reconhecida base científica), legalmente regulamentada, de caráter oficial ou oficialmente reconhecida;

d. todos os agentes de uma profissão devem adesão obrigatória e submissão estrita a determinadas regras de conduta socialmente codificadas, de caráter nitidamente altruísta e claramente codificadas (que configuram as normas, os valores, os princípios e as regras da ética daquela profissão), cuja normatização, fiscalização e sanções competem a mecanismos e organizações oficiais legalmente instituídos;

e. em todas as legislações instituidoras das profissões deve existir a definição dos atos que são privativos de seus agentes e dos que podem ser compartilhados com outros profissionais, além de dever existir a proibição legal expressa do exercício daquelas atividades por parte de não-membros da categoria;

f. por causa da nítida superioridade que os agentes de uma profissão exercem sobre seus clientes, também deve haver completa submissão dos seus agentes profissionais a um processo permanente de normatização, fiscalização e controle de seu exercício.

Consoante a tradição anglo-saxônica, a profissão tem este sentido mais estrito de ocupação diferenciada pela formação superior - enquanto os europeus continentais costumam empregar este termo para designar quaisquer ocupações legalmente regulamentadas ou socialmente diferenciadas.

No primeiro desses sentidos da atividade profissional, a ética profissional (código de ética e de conduta prescritos para determinada atividade profissional) não deve ser considerada como uma dádiva dos profissionais, mas como compensação à sociedade pelos direitos que lhes são outorgados por ela através da lei, principalmente o monopólio do mercado de trabalho e de empregos. Monopólio que costuma ser objeto de vigilância mais ou menos estrita por parte dos organismos corporativos. A exemplo de seus antecedentes históricos, as guildas corporativas medievais, todas as entidades profissionais lutam por ampliar ou, no pior dos casos, manter seus limites de atuação no mercado de trabalho. Isto também ocorre com as entidades médicas, bem como na atividade de todos os demais agentes profissionais cuja ação limita com a dos médicos. Por isso, muitas vezes, no afã de se mostrar não-corporativista, o médico, o dirigente de entidade profissional, pode exercer o corporativismo em favor de outras corporações e em desfavor dos interesses de sua categoria e da sociedade.

Até há bem pouco tempo, atribuíam-se o estatuto de profissão no Brasil unicamente às ocupações obtidas em formação universitária. Atualmente, existem atividades ocupacionais de nível médio que são reconhecidas como profissões, bastando que estejam definidas em lei, exijam preparo específico e seus agentes estejam sujeitos a um código de conduta, como acontece com o pessoal de enfermagem de nível médio e elementar, por exemplo (embora esta designação seja considerada tecnicamente incorreta por muitos). A exceção da exceção é a categoria dos motoristas "profissionais", que exige unicamente alfabetização e capacidade técnica comprovada, sendo dispensadas de todas as demais exigências de profissionalidade.

### **Profissionalidade**

As profissões, os profissionais e os procedimentos que realizam variam em profissionalidade, a qualidade de tudo aquilo que é profissional. Pode-se definir

**profissionalidade** como o conjunto de atributos que caracterizam o que é profissional. O conhecimento da noção de profissionalidade parece ser muito necessário porque nem todas as atividades profissionais (individuais ou coletivas) detêm o mesmo grau de profissionalidade. Isto é, nem todas apresentam o mesmo grau das características que tipificam aquela atividade como uma profissão. Ou seja, o teor de profissionalidade pode variar muito nas profissões e nos agentes profissionais. No plano individual, a proporção de profissionalidade - *professionalism*, em inglês, deve ser traduzido por profissionalidade em português (como, aliás, acontece com muitas outras expressões inglesas construídas com este mesmo sufixo) - determina a diferença entre o trabalho de um profissional (que faz seu dever) e o de um amador (que busca o prazer e a recreação).

Profissionalidade que muitos autores, entre nós, chamam *professionalismo* por causa da influência da língua inglesa e a atração ideológica que ela exerce, principalmente sobre os espíritos mais pequeninos e tendentes a serem colonizados.

O grau de profissionalidade é um dos fatores que possibilita a hierarquização dos profissionais. A proporção de profissionalidade presente em uma certa ocupação influi muito na imagem pública de seus agentes e instituições, ao mesmo tempo que determina a importância que a sociedade vai lhes atribuir (fator essencial na caracterização de uma profissão e do significado social que ela usufrua).

É possível reconhecer alguns *indicadores de profissionalidade*, entendendo-se assim algumas características que possam ser tidas como essenciais do desempenho profissional e que permitem identificar o agente profissional, a profissão e a conduta profissional. Nesse sentido, as diferentes profissões e os diferentes profissionais seriam ordenados em função destas características empregadas como indicadores de profissionalidade.

As características conceituais mais essenciais da profissão como modalidade de trabalho social são as seguintes:

1. Exercício privilegiado de uma atividade socialmente valorizada e legalmente instituída;
2. A liberdade de escolher os clientes e os meios para servi-los é uma característica essencial dos profissionais, ao menos como profissionais liberais; uma profissão deve ser escolhida livremente e livremente exercida, o que fundamenta a maior responsabilidade do profissional;
3. Responsabilidade individual (cível, penal, administrativa e ética) dos agentes profissionais no desempenho de atos específicos de sua profissão;
4. Exigência e reconhecimento da capacidade técnica baseada no conhecimento teórico-acadêmico, na experiência prática controlada, o que corresponde a um nível superior de instrução demonstrada em exames oficialmente regulamentados e no reconhecimento pelos demais profissionais;
5. Atitude social e conduta profissional positivas permanentemente aferidas por um código de conduta que varia segundo o nível de organização da corporação e a consciência social de seu valor mas que se orienta pelo princípio da lealdade prioritária ao cliente e da consciência do dever;
6. A atividade profissional prioriza o bem público e o interesse da clientela, o que se traduz no grau de consciência social de seus praticantes e vem a resultar no

seu reconhecimento legal, sendo outro importante fator de reconhecimento social; e, por último,

7. Nível elevado de altruísmo e de probidade por parte de seus praticantes em relação à sua clientela, reconhecendo-lhe a vulnerabilidade e a dissimetria na relação;

O controle da conduta dos agentes profissionais ultrapassa os limites de seu desempenho profissional estrito e se aplica à sua conduta pessoal e social sempre que esta possa prejudicar seu desempenho profissional ou a imagem da corporação.

Um agente profissional deve ser duplamente controlado: Tanto pelos mecanismos formais (conselhos profissionais, organismos estatais de vigilância) como pelos numerosos mecanismos informais de controle (por seus empregadores e colegas, pela opinião pública, pela opinião de seus clientes, pela imprensa, pelas entidades de defesa deste ou daquele interesse social e muitos outros mecanismos que exercem permanente vigilância sobre sua conduta e sobre a imagem que projeta na consciência social, especialmente na consciência moral de sua comunidade).

### **Profissionais e clientes**

Os agentes sociais que interagem com os profissionais na sociedade, constituindo a contrapartida necessária de seu trabalho, são os **clientes**. A noção de cliente é complementar e necessária em relação à de profissional.

Profissionais e clientes são os pólos mais importantes quando sua relação pode ocorrer como uma atividade liberal, uma atividade econômica autônoma, uma relação direta entre ele e seu cliente. Ou sua relação econômica com seu cliente pode ser intermediada. É cada vez mais comum que a relação econômica entre os profissionais e os seus clientes sejam intermediadas por organizações sociais de natureza privada ou pública que financiam o pagamento dos atos profissionais. Nesta circunstância, os profissionais podem ser empregados assalariados (de empregadores públicos ou privados) ou podem ser agentes profissionais credenciados, recebendo sua remuneração por serviços prestados, sem que se configure uma relação empregatícia, com suas vantagens e desvantagens.

Nesta última condição, quando existe um intermediário entre o agente profissional e a pessoa que recebe o serviço que ele presta, o receptor do serviço é cliente da agência financiadora e usuário do prestador de serviço. Neste caso, o profissional entabula com quem precisa de seus serviços apenas dois planos de relação: a relação técnica e o relacionamento interpessoal. A relação econômico-financeira se dá entre o cliente e a agência financiadora. Ressalte-se que a responsabilidade profissional fica igualmente dividida entre estes dois agentes.

Essa divisão do relacionamento profissional – cliente ocorre em três níveis: econômico-financeiro; tecnocientífico; e a interação humana de caráter intersubjetivo. Esta multiplicidade de modos de relação pode criar inúmeros problemas éticos para o profissional. Um deles, talvez o mais gritante, seja a tendência de debitar ao cliente as contradições e os conflitos com a agência financiadora (governo, planos de saúde, agências seguradoras).

### **A legitimidade dos atos profissionais**

Toda atividade profissional é propulsada essencial e juridicamente pelo que se denomina "*lex artis ad hoc*", que presume a diligência, a prudência e a perícia

profissionais. Porque estes atributos caracterizam o procedimento profissional. Sua ausência presume a caracterização de conduta transgressora culposa. Na ação transgressora das normas sociais, diz-se que há dolo quando tenha resultado da intenção de chegar àquele resultado; e culpa, quando o dano é causado involuntariamente. Todo ato profissional presume preliminarmente estes três atributos. O caso contrário: quando há um dano para o cliente que tenha resultado da falta de um destes elementos essenciais, essa situação configura o que se denomina um **erro profissional**.

O erro profissional é uma transgressão culposa e se diferencia do *crime profissional*, uma transgressão dolosa, porque esta última condição se caracteriza pela intencionalidade da ação ou da omissão da qual tenha resultado o dano. O crime profissional, cometido no exercício de um procedimento profissional, também se diferencia do crime praticado por um profissional em circunstâncias alheias à sua prática ocupacional, apesar de ambos poderem ser caracterizados como dolosos.

### **Características da responsabilidade profissional**

A responsabilidade é a faculdade pela qual uma pessoa ou organização responde pelas suas decisões, sem referência à vontade de outrem. A noção de responsabilidade implica nas noções de capacidade e de liberdade. A responsabilidade profissional no âmbito penal se dá no plano da infração do código penal. A responsabilidade civil é exercida sempre que há dano evitável e que se pode estabelecer uma relação causal entre este dano e um elemento de erro profissional (imperícia, imprudência ou negligência). E a responsabilidade ética se caracteriza pela infração de um ou mais dispositivos do código de ética e conduta da profissão a que pertença o profissional infrator.

A responsabilidade é uma conquista importante da civilização, como exigência do convívio social, e pode ser exercida em diversos planos da existência social, como responsabilidade civil, responsabilidade penal, responsabilidade administrativa, responsabilidade moral e responsabilidade social.

Na prática, a responsabilidade constitui importante indicador de profissionalidade. A responsabilidade social dos profissionais deve ser avaliada por sua conduta em três tipos de relação: com os clientes, com os colegas e com a sociedade. E em cada um destes planos ela se exerce de maneira diferente e se radica em condutas sociais diversas.

### **Altruísmo, alteridade, tolerância e solidariedade**

Dentre as qualidades profissionais, o altruísmo é tido universalmente como mais importante e exigível, principalmente com relação aos médicos. Complementando o altruísmo, existem duas qualidades que são muito esperadas nos médicos: a alteridade e a tolerância.

O **altruísmo** é obrigação de todos os profissionais em todas as profissões, embora sua exigência possa ser diferente nas diferentes atividades que merecem esta designação.

A **alteridade** é a maior ou menor facilidade com que alguém se relaciona respeitosamente com os demais, sobretudo com quem é diferente de si em características corporais ou culturais.

A **tolerância** é o respeito pelo direito alheio, pelo direito de alguém ser ou se comportar de modo reprovável pelo agente.

A **solidariedade** é a virtude cívica e civilizada pela qual as pessoas se obrigam a socorrer quem estiver em risco ou, de qualquer maneira, necessitar de ajuda.

Em todas as legislações acerca das profissões os legisladores são unânimes em afirmar o caráter primário da lealdade aos clientes como característica fundamental daquela atividade. Um profissional (agente de qualquer profissão) deve lealdade prioritária aos seus clientes, em cujo benefício deve agir. Só depois, em segundo plano, vêm seus compromissos para com a sociedade. E, só mais adiante, em terceiro plano, devem ser colocados os seus próprios interesses individuais ou sociais. O princípio da fidelidade ou da lealdade prioritária ao cliente se exerce em um *continuum* entre as diferentes profissões e os diferentes profissionais. Entretanto, em qualquer cultura que se examine, todas as populações e todas as legislações exigem mais altruísmo dos médicos, dos professores e dos sacerdotes do que dos demais agentes profissionais. Nas sociedades contemporâneas esse princípio é considerado um dos valores mais importantes de profissionalidade. Tanto em termos da avaliação das categorias profissionais quanto do exame da profissionalidade individual de cada um de seus agentes. De fato, em todas as populações, a determinação do grau de profissionalidade de uma categoria ocupacional ou de um certo agente profissional se faz, entre outras coisas, pela ponderação da prioridade que merecem os interesses dos seus clientes frente aos seus próprios.

É importante destacar que a responsabilidade profissional não pode ser compartilhada nem com outros profissionais da mesma categoria, quanto mais com outros de categorias diversas que formam uma equipe de serviços. A responsabilidade ética é assumida e cobrada individualmente.

No que respeita à capacidade técnica, o código definidor das profissões exige que todos os seus praticantes limitem sua atividade na prudência, no zelo cuidadoso e precavido, e na habilidade mínima requerida pelo exercício da ação. Como a responsabilidade profissional é solitária e se impõe a indivíduos isolados, a contrapartida ideológica tem sido a mobilização pela responsabilidade solidária, principalmente à custa das atribuições e atos dos médicos. Mas isto ainda se limita ao plano da ideologia, não está consagrado nas leis.

### **Características específicas dos profissionais médicos**

Duas características essenciais assinalam a atividade profissional dos médicos e a diferenciam de todas as outras que lhes são análogas:

a. a vulnerabilidade particular do paciente frente ao médico (mais do que nas outras profissões), e

b. a incerteza do médico frente ao resultado das medidas terapêuticas que indicam ou aplicam aos clientes (que os caracteriza como profissionais responsáveis pelo empenho que mostrem e não pelo resultado que alcancem).

A Medicina é uma profissão de empenho e não de resultados. A não ser que o médico haja prometido algum resultado diretamente ou por algum tipo de publicidade.

### **A relação profissional-cliente**

Profissional e cliente são conceitos basicamente econômicos e indicam em sua intercomplementaridade uma modalidade particular de relação no mercado. Os conceitos de profissional e cliente (inclusive clientela) apontam para o caráter socioeconômico do trabalho, ainda que não se refira especificamente ao financeiro, nem o dinheiro ou outro valor material análogo intermedie aquele relacionamento. Estes conceitos se empregam para referir o nível profissional da interação. Enquanto

a díade *médico-paciente* faz menção à atividade profissional médica; à interação de alguém que sofre com quem trata dele, de quem está ameaçado pela morte ou pela invalidez com quem pode salvá-lo deste destino. Na tradição dos médicos, acumulada em muitos séculos, esta parece ser a melhor designação para referir sua interação intersubjetiva com seus clientes. O paciente não é apenas o cliente do médico.

A designação **paciente**, tradicionalmente atribuída aos clientes dos médicos (e de outros profissionais da saúde), importa em destacar o reconhecimento de sua qualidade de enfermo não só como objeto de uma atuação científico-técnica mas, principalmente, como sujeito de uma interação interpessoal responsável e humana dirigida para libertá-lo do padecimento. Aliás, ao contrário do que muita gente parece pensar, o termo *paciente* provém de *sofrente*, *molestado*, *afetado* negativamente por uma enfermidade. Não tem qualquer conotação de passividade ou de dependência (nem com *ter paciência*, *esperar passivamente*, *deixar-se levar*, *submeter-se* ou *agir pacientemente*).

Enquanto a expressão **relação profissional-cliente** privilegia a dimensão contratual e mercantil da interação social e a expressão *relação prestador-usuário de um serviço* destaca a interação técnica, administrativa e civil no âmbito dos serviços públicos principalmente, a expressão **relação médico-paciente** destaca a interação humana e ética entre o padecente e quem trata dele. Mas tem alcance mais amplo e engloba todas as demais que foram mencionadas.

Em tese, todo profissional tende a se relacionar com vantagem para si. Considerando-se essa tendência e levando em conta que a relação profissional-cliente, em geral, é assimétrica em favor do profissional, o cliente fica em desvantagem. Isso é verdadeiro para toda relação profissional-cliente, o que exige medidas sociais de correção. Essa assimetria e essa desvantagem é bem mais nítida e prevalente na relação do profissional médico com o enfermo que ele assiste, seja qual for o propósito desta interação, mas é muito mais nítida nos casos mais graves e nas situações mais urgentes.

A dissimetria da relação médico-paciente em desfavor do paciente talvez seja o motivo mais importante da necessidade do rigor ético dos médicos. Porque a ética, como o Direito, foi feita para proteger os mais fracos e compensar sua fraqueza diante dos mais fortes. O que é muito mais importante quando se trata de pacientes com enfermidades mentais. O segundo destes aspectos, a incerteza dos resultados dos atos médicos, coloca outras peculiaridades do trabalho profissional do médico: o médico nunca deve prometer resultados (por mais fácil que pareça ser a tarefa), nem deve responder pelo resultado de seu trabalho, mas por seu empenho.

A Medicina se pratica no vértice de duas complexidades inter-complementares, que podem ser esquematicamente dispostas nas seguintes categorias:

- a. a complexidade de seu objeto; e
- b. a complexidade de seus recursos e dos métodos diagnósticos e terapêuticos que utiliza.

Quanto ao seu objeto, podem-se identificar outros níveis de complexidade, devendo-se destacar:

- a1) a complexidade das enfermidades (enfermidades por danos negativos, enfermidades por danos positivos e enfermidades por danos sentidos);
- a2) a complexidade dos seres humanos (como expressão mais completa dos fenômenos vivos de natureza biopsicossocial); e

a3) a complexidade das interações possíveis entre estes dois estratos complementares da realidade, os enfermos e as enfermidades.

Quanto aos métodos empregados pelos médicos para prevenir e diagnosticar as enfermidades e para tratar e reabilitar os enfermos, não é possível ignorar o quanto a ciência avançou nesta direção, sobretudo nos últimos cem anos. Não se pode ignorar o quanto se descobriu de seus muitos mistérios e o quanto se pode pressentir daquilo que ainda não se conhece. O conhecimento médico está se desenvolvendo em razão exponencial, gerando informações e tecnologias que se fazem obsoletas em menos de dez anos. Boa parte delas, em menos de cinco.

Sua natureza profissional extremamente complexa como fenômeno social, técnico-científico e humano marca muito a Medicina (até porque ela foi uma das primeiras e é uma das mais destacadas profissões) e a caracteriza; um médico é um técnico, mas jamais apenas um técnico; o que se verifica não por cabotinismo ou onipotência, mas essencialmente por causa de sua dimensão ética e das responsabilidades nela implícitas e da dignidade essencial da pessoa enferma sobre a qual ela desempenha sua atividade. E esta dimensão humana e ética da relação médico-paciente é e deve ser muito mais ampla na Medicina do que em qualquer outra profissão. A dimensão humana presente no encontro intersubjetivo é o elemento mais importante da atividade médica.

### **Natureza tridimensional da relação médico - paciente**

Um importante aspecto da complexidade da Medicina resulta da complexidade de sua estrutura como atividade humana. A relação médico-paciente põe em foco três modalidades particulares de interação entre pessoas, que perfazem as três dimensões que existem em cada relação profissional, mas que é bem mais nítida na Medicina do que em todas as outras. Tais dimensões são:

a. uma relação socioeconômica, porque a execução de todo ou qualquer ato profissional, inclusive de um ato médico, presume a existência de um contrato de prestação de serviço (que pode ser explícito ou tácito, de acordo com a representação cultural do serviço e a praxe do lugar onde ele se concretize), mas que se organiza como uma atividade do mercado de trabalho social;

b. uma relação técnico-científica, pois todo procedimento profissional, especificamente todo ato médico, naquilo que for possível, deve ser uma atividade cientificamente fundamentada, uma aplicação científica, uma técnica destinada a controlar a natureza em benefício da humanidade em geral e de cada doente em particular. Um instrumento criador e aperfeiçoador do conhecimento científico a serviço dos seres humanos. Ainda que o ato médico não se confunda com a atividade científica, nem deva ser reduzido a ela, não pode ser entendido a não ser como ciência aplicada, uma modalidade de tecnologia. O ato médico não necessita ser obrigatoriamente científico, mas não pode contrariar o que tenha sido cientificamente estabelecido. Pois nem todo ato médico é uma aplicação científica. Isso não pode acontecer sempre porque o conhecimento científico ainda não tem resposta para todos os problemas postos pelas enfermidades e necessidades dos enfermos. Não à toa a Medicina costuma ser definida, com muita propriedade, como ciência e arte de curar;

c. Uma relação intersubjetiva de ajuda, de alguém que a necessita com alguém que a possa exercer; posto que os atos médicos, sobretudo no domínio da

clínica, configuram uma interação de alguém que precisa de ajuda com alguém que está apto, capaz e habilitado para ajudá-lo.

### **A Medicina**

A Medicina é uma profissão conhecida de modo registrado desde o início dos tempos históricos. Mas, certamente, já existia muito antes disso na atividade dos xamãs, dos feiticeiros, dos curandeiros e dos sacerdotes. Uma avaliação histórica mais recente mostra que até o Renascimento existiam unicamente duas profissões de saúde: a Medicina e a Farmácia. Pouco depois, em alguns países, surgiu a Odontologia (que em muitos lugares continua sendo uma especialidade médica). No século XIX, depois da Guerra da Criméia, foi reconhecida mundialmente a profissão de Enfermagem. No século XX, diversas profissões apareceram na área da saúde, quase todas atuando em atividades que, anteriormente, eram exclusivamente médicas, tais como a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Biomedicina e a profissão dos técnicos de radiologia, exemplos de profissões que foram retiradas do corpo da Medicina e se tornaram independentes por força da legislação. Noutro extremo está a Psicologia, que, a rigor, não é uma profissão apenas da área dos serviços que prestam serviços de saúde. Além desta, também integra o campo das profissões pedagógicas (através da Psicologia Educacional) e das profissões de administração, especialmente da administração de recursos humanos (através da Psicologia Organizacional).

### **Objeto da Medicina**

O objeto inicial da Medicina, desde quando surgiu na pré-história, era o doente, a pessoa que padecia uma enfermidade, uma condição de sofrimento, fosse objetivo ou subjetivo. Como se verificou a impossibilidade de conceituar o doente separadamente de sua doença, o objeto inicial da Medicina pode ser bipartido: o enfermo e sua enfermidade. Com o passar do tempo este duplo objeto subdividiu-se: a enfermidade e o enfermo individual e a coletividade afetada por uma enfermidade. Tudo isto, pelo exercício de uma profissão, uma atividade técnico-científica (a Medicina racional ou científica) e uma forma particular de interação humana (a relação intersubjetiva).

### **Objetivos da Medicina**

Desde sua origem na Antigüidade remota, a Medicina se impôs como atividade social de ajuda aos enfermos e técnica de diagnosticar e curar. Depois, assumiu responsabilidade com a tecnologia de reabilitar e as tarefas relacionadas com a profilaxia das enfermidades e o fomento ao bem-estar individual e coletivo.

Em quase todas as culturas passadas e presentes, os profissionais médicos foram reconhecidos como agentes sociais que exercem uma atividade necessária, difícil e responsável. À Medicina sempre foram atribuídas cinco funções sociais:

- a. a assistência aos enfermos;
- b. a pesquisa sobre as doenças e sobre os doentes;
- c. o ensino das matérias médicas;
- d. o exercício da perícia; e, mais recentemente;
- e. a supervisão das auditorias técnicas médicas.

Praticamente, todos os historiadores e epistemólogos da Medicina, em todas as sociedades modernas, sustentam que a Medicina deve perseguir alguns objetivos gerais, através do desenvolvimento de sua atividade nas três dimensões que lhe são

próprias (a humanista, a profissional e a tecno-científica). Ainda que se reconheça a supremacia do encontro interpessoal, da sua dimensão humana. Mas, também se considera o risco da preponderância extremada da dimensão pessoal na interação.

Como se implementam os objetivos da Medicina:

Considerando-se as opiniões largamente estabelecidas, pode-se dizer que são atividades dos profissionais da Medicina:

a. conhecer os enfermos e as enfermidades que os fazem enfermar, reconhecendo seus condicionantes e seus mecanismos agravantes e de interação mútua e, sobretudo, as manifestações clínicas que possibilitem seu reconhecimento, criando métodos e técnicas que permitam diagnosticar tais enfermidades com a maior certeza possível nas fases mais precoces de sua evolução mórbida;

b. criar, aperfeiçoar e aplicar procedimentos técnicos destinados a evitar que as pessoas enfermem e a lhes prolongar a vida, a melhorar-lhes os níveis de bem-estar físico, mental e social ou, ao menos, a diminuir-lhes o sofrimento e o mal-estar;

c. desenvolver os recursos mais confiáveis e válidos para evitar a evolução das enfermidades e desenvolver meios para diagnosticar, tratar e, se possível, curar os pacientes que enfermaram, de tal maneira que a enfermidade lhes deixe o mínimo de seqüelas permanentes;

d. promover medidas que possibilitem aliviar o sofrimento dos que padecem uma moléstia;

e. exercer esforços para reabilitar total ou parcialmente as pessoas afetadas por incapacidade e invalidez ocasionadas por patologias ou traumatismos.

f. realizar perícia médica, auditoria médica, supervisionar e ensinar Medicina; e

g. integrar, dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar serviços e procedimentos médicos.

**Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior**

1º Secretário

**Palavras-Chave** - ato médico, ato profissional médico, cliente, paciente, relação médico-paciente

**Key-Words** - medical act, medical professional act, client, patient, doctor-patient relationship

## **PACIENTE TERMINAL E MÉDICO CAPACITADO: PARCERIA PELA QUALIDADE DE VIDA.**

Maria Tereza de Moraes Souza\*

### I - Introdução:

A ciência se desenvolve conforme lhe são impostos obstáculos. A cada vida que se perde, a cada pessoa que sofre, a ciência se incomoda em prover melhores condições de assistência .

A medicina surgiu como sacerdócio e muito tempo depois, assumiu um caráter científico. A despeito disso, sempre envolveu o profissional numa atmosfera diferente , cercada de mitos, anseios e insatisfações. Já na idade da pedra, quando a atenção médica se restringia a limpar e cobrir ferimentos, existia a noção de doença e a ela era atribuído caráter sobrenatural. Era necessário um indivíduo dotado de "poder" para combater estes estados. Nas sociedades primitivas, entre os aborígenes da América do Norte, há o *Shaman* : mistura de curandeiro, ator e curioso. Curava estabelecendo "barganhas" entre seu poder e os espíritos que perturbavam o enfermo. Administrava poções, cuidava de ferimentos e era aceito ou não pelo seu poder de convencimento. Na Grécia antiga, a medicina mágica passou a ser encarada como ciência e foi onde se definiu o Médico como estudioso e, antes, como observador. Hipócrates, observando, compôs um estudo coerente de sinais e sintomas que são utilizados até os nossos dias no exercício da clínica. Além disso, foi quem propôs o primeiro "código de ética profissional", o *Juramento de Hipócrates*, sobre o comportamento ideal do médico na relação com o paciente. Neste documento, o médico era encarado como um eleito, capaz de exercer a divina tarefa de curar, que deveria promover o bem do paciente muitas vezes em detrimento do seu próprio. Era-lhe exigido que zelasse por esta arte e a transmitisse a quem merecesse. A despeito da repercussão do Juramento, sobreveio a idade média, que encerrou a ciência num abismo de misticismo e de absurdos da Santa Inquisição. O doente passou a ser visto como um escolhido de Deus, que passava por uma "provação" e merecia piedade. O médico, embora dispondo de restrito arsenal clínico-cirúrgico, auto-determinava sua conduta de assistência conforme o poder aquisitivo das pessoas. As famílias ricas mantinham um médico para si, garantindo acesso ao cuidado, enquanto que os indigentes (conceito que vigorou em nossa realidade até os anos 70) eram tratados em instituições de caridade, por padres e freiras católicas. Com o renascimento, os valores da cultura grega tornaram à voga, inclusive começou a se questionar o paternalismo médico. O homem voltou a ser importante, central, dotado de valores e desejos. A figura do cientista, do estudioso da anatomia, da fisiologia, veio derrubando tabus centenários e implementou substancialmente o saber médico.

---

\* Acadêmica de Medicina, Botucatu, SP Trabalho classificado em 1º lugar, no Concurso Melhor Monografia Sobre Ética Médica - 2001, Tema "Doente Terminal e/ou Crônico: autonomia do paciente versus autonomia do médico", promovido pelo CRM/PR.

A partir de então, a medicina vem avançando a passos largos, em todos os campos: diagnóstico, tratamento, prevenção, cuidado. Da preocupação com o tratamento das vidas humanas e da necessidade de uma padronização de condutas voltadas ao bem estar do paciente, sem o ranço do subjetivo, nasceu a Bioética. Ela, como ciência que é, assume a cada dia maior importância, para acompanhar os avanços das ciências da saúde. Exige-se, portanto, que o profissional esteja familiarizado com o cabedal da Ética Médica e da Bioética e com o seu manejo para agir de forma coerente e embasada. Propomo-nos a estudar, a partir do paradigma principialista da Bioética, abordagens para a promoção da assistência médica holística e respeitosa ao paciente terminal, como cidadão capaz e autônomo, nos últimos dias de sua vida, como Médicos do terceiro milênio: cheios de recursos e com humanismo suficiente para o entendimento das situações clínicas.

## II – O paradigma principialista na aplicação da Bioética

A Bioética Principialista surgiu da preocupação pública em estabelecer um controle social sobre a pesquisa com seres humanos. Nos EUA, em 1963, no Hospital Israelita de Doenças Crônicas, em Nova Iorque, células cancerosas vivas foram injetadas em pacientes idosos. Em 1950 a 1970, no Hospital Willowbrook, NY, vírus da Hepatite foram injetados em crianças defeituosas. E, num estudo que durou de 1930 a 1972 (estudo Tuskegee), 400 negros sífilíticos foram deixados sem tratamento, mesmo após o surgimento de medicação específica. Estes três acontecimentos sensibilizaram a opinião pública e levaram o governo dos EUA a formar uma comissão (*Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research*) para promover um estudo completo e identificar princípios éticos básicos para a experimentação com seres humanos.

Tiveram início, então, as discussões para o Relatório Belmont, concluído em 4 anos, sendo publicado em 1978. Contendo três princípios básicos: Autonomia, Beneficência e Justiça, propiciou a operacionalização do raciocínio moral, suplantando antigos códigos.

Persistia, porém, a necessidade de se criar uma abordagem ética para ser usada na prática clínico-assistencial. Assim, baseada na obra de David Ross, *The Right and the Good*, de 1930, surgia, em 1979, *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp e Childress. Definia quatro princípios: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça. Esta obra fundamentou a Bioética Principialista, colocando os princípios como obrigatórios e equânimes, no mesmo nível.

A Bioética Principialista propiciou um esquema claro para a ética normativa, estando num meio-termo entre a metaética e a ética metafísica. Tendo como instrumentos os princípios, vinculava o agente, o contexto da ação, a natureza da ação e o resultado previsível.

Tanto o Relatório Belmont quanto a obra de Beauchamps & Childress foram criados numa realidade diferente da nossa. A sociedade americana, de alto poder aquisitivo, difere substancialmente de nosso dia-a-dia, em que as desigualdades sociais propiciam meios nada éticos de atuação na saúde, ou, pelo menos, não justos. Assim sendo, podemos entender o Principialismo sem nos tornarmos radicais, mas ponderando suas limitações. É uma das diversas abordagens existentes para a interpretação moral, que auxiliam ao indivíduo diante de dilemas: uma interpretação de fundamentais da assistência: fazer o bem, não causar o mal, respeitando as deliberações das pessoas, de modo justo.

### III – Dilemas Bioéticos na assistência ao paciente terminal: contribuições da literatura mundial, apontamentos e destaques.

O avanço tecnológico, bem como a elevação na esperança de vida média que vem acontecendo no mundo, trazem à medicina moderna dilemas éticos inteiramente desconhecidos. O projeto Genoma Humano, as novas discussões sobre o aborto, o diagnóstico de doenças na vida intrauterina, o suicídio assistido, entre outros, assumem novas abordagens à medida que avançam a farmacologia e as metodologias.

É vasta a literatura que se refere aos dilemas éticos no tratamento do paciente terminal. Nos últimos dez anos, foram indexados no banco de dados Medline 152 artigos referindo-se aos mais diversos acontecimentos. Destes, 82 foram analisados e tomados como referencial para a discussão do presente trabalho.

Em um estudo publicado recentemente (20), um grupo da Universidade Nacional de Taiwan avaliou a freqüência de dilemas éticos que o corpo clínico enfrentou no decurso de 1 ano, quanto ao tratamento de pacientes da Unidade de Cuidados Paliativos (todos os pacientes internados durante os anos de 1997/1998, num total de 245). Do total de dificuldades, 33% se referiram a *Local de Tratamento* (em que a grande maioria dos pacientes eram portadores de tumores de cabeça e pescoço); 32,1% a *Revelar toda a verdade* (principalmente em indivíduos com mais de 65 anos), 25,2% a *Hidratação e Nutrição*; 24,8% a *Estratégias terapêuticas* (principalmente transfusão em menores de 18 anos); 19,1% a *Uso de Medicamentos*. Concluem que a solução destes dilemas requer uma revisão da importância da comunicação com o paciente e um melhor treinamento ético aos profissionais da saúde para tomar resoluções delicadas. Os fatores que as influenciam nem sempre se restringem ao que delibera o Código de Ética Médica. Um estudo internacional (54) revelou que não apenas o aprendizado formal influencia nas decisões éticas dos médicos, mas também suas crenças, valores pessoais e acontecimentos pregressos. Neste estudo foi proposto um caso clínico a médicos que atuam na área de cuidado paliativo de diversos países, que escolheram uma conduta frente a um caso proposto. A grande maioria prestaria cuidado terapêutico limitado ao paciente (tabela 1), sendo o principal fator decisivo o nível de demência que o paciente apresentava.

**Tabela 1:** Decisão dos médicos quanto ao grau de tratamento em um caso proposto (paciente idoso, com autonomia diminuída, com hemorragia digestiva alta), em porcentagens em relação ao total.

Tipo de cuidado	Porcentagem do total
Cuidado de suporte	8.1%
Cuidado terapêutico limitado	41.5%
Cuidado terapêutico máximo sem internação em UTI	32.2%
Cuidado terapêutico máximo, com internação em UTI	18.2%
Total	100%

Modificado a partir de: Molloy, DW & colls, Factors affecting physicians' decision on caring for an incompetent elderly patient: an international study. CMAJ, 1991, Act, 15; 145 (8): 947-952

O nível de demência, o país de residência (latino ou não), os anos de experiência prática do médico, aspectos legais, idade e nível de consciência do paciente

foram identificados como variáveis independentes preditivas do tratamento.

Barroso & cols (7) estudaram 153 médicos de 22 a 77 anos, escolhidos randomicamente para analisar como os acontecimentos progressos da vida influenciavam numa decisão sob pressão, de reanimar ou não um paciente idoso, quando não havia tempo para considerações éticas elaboradas. Ele concluiu que os médicos, como parte da sociedade, não são imunes às influências externas.

Um outro estudo nesta área (5) comparou as condutas de médicos japoneses (n=136) e nipo-americanos (n=77) frente a um caso proposto de um paciente idoso, com câncer metastático terminal, não informado de seu diagnóstico nem de seu prognóstico. Os médicos japoneses tomaram condutas agressivas para manutenção dos pacientes (74% propuseram transfusão sanguínea devido à hemorragia digestiva; 67% entraram com nutrição parenteral total, 61% usariam drogas vasopressoras). Os nipo-americanos foram menos intervencionistas (42% transfusão; 33% nutrição parenteral total; 34% vasopressoras). A segunda parte do trabalho pedia que os médicos japoneses se colocassem no lugar dos pacientes e propusessem as condutas para si mesmos. A taxa de intervencionismo caiu barbaramente: 29% dos japoneses manteriam transfusão, 36% manteriam nutrição parenteral total e apenas 25% manteriam a aplicação de drogas vasopressoras.

A partir destes estudos, podemos notar que os médicos tomam decisões embasadas eticamente, mas há o viés dos acontecimentos progressos e de sua história de vida; também temem a doença e suas implicações no convívio social, a despeito de todo o saber biológico adquirido. Vemos ainda que a condição secular é um fator limitante à introdução de terapias de manutenção. Assim, o médico tem, além de um dever moral no cuidado, um dever social na condição de sobrevida que proporcionará ao seu paciente.

O "final da vida", chamado na imprensa internacional de End-of-life, é um dos temas mais freqüentes da literatura bioética. A diversidade de leis entre países, decisões extraordinárias e mesmo a prática clínica buscam consensos para decisões difíceis, vista a própria peculiaridade de cada paciente. Slomka (78) refere-se ao processo da morte como uma negociação: barganha entre as ofertas da medicina moderna e as interpretações da família e do paciente. Em Israel, Carmel (18) analisou opiniões, atitudes e iniciativas de 25 médicos frente à introdução de tratamento de suporte num hospital universitário. Concluiu que a vida não deve ser prolongada artificialmente em todos os casos, mas se devem procurar saídas levando em conta a ética, a lei e o respeito à religião, primando pela boa relação médico-paciente. Finucane (32) defende que, na tomada de decisões para o fim da vida, a autonomia é soberana embora, freqüentemente, o médico tome decisões baseado em sua própria competência; defende o uso de diretivas avançadas (certo modelo de condutas de cada serviço) ou, onde isto não exista, a família deverá servir como guia.

Um exemplo de autonomia pode ser visto no artigo de Pommer (61): um cidadão americano, de 43 anos, cientista de *softwares*, portador de carcinoma cerebral inoperável acionou a justiça para obter o direito de ser congelado ainda vivo para ser tratado futuramente. A corte concluiu que não se deve encorajar o suicídio alheio, além de que a infusão da substância criogênica, insuficientemente testada, envolveria os médicos em homicídio doloso. Para evitar longos processos e desgastes, Meisel

(53) sugere que todo médico conheça as leis do estado em que atua.

Fratianne & colls (35) relatam a experiência em prolongar tratamentos em uma unidade de queimados e a responsabilidade de quem toma a decisão. No serviço, para uma decisão deste porte, toda a equipe se reúne em conferência e, baseados no estado clínico e no prognóstico, propõem uma decisão em consenso. Tal decisão é apresentada ao paciente (quando em condições) ou à família. Quando a decisão é acatada, família e paciente experimentam uma sensação de paz e calma. A equipe se sente aliviada pela responsabilidade da morte do paciente, principalmente quando sua situação piora rapidamente.

Assim, a autonomia é soberana na determinação do final da vida. Todavia, deve haver uma posição clara da equipe, uma boa relação médico-paciente e o conhecimento do que é ético e legal.

Um outro dilema é a nutrição e hidratação em pacientes terminais. A própria história natural das doenças leva os pacientes à anorexia/caquexia ou à desidratação. Estas são fontes de angústia para os familiares. Rosin & Sonnenblick (66) defendem a administração de nutrição enteral ou parenteral sem causar dano ao paciente como parte do cuidado básico que os médicos não devem suspender. Craig (23) diz que a oferta de líquidos e nutrição alivia a tensão familiar e satisfaz a sede do paciente. Outros autores são contrários à nutrição e hidratação artificiais: argumentam que isto pode medicalizar o processo de morte (22). Outros, ainda, defendem a análise de cada caso em particular, baseados em riscos e benefícios, no peso do tratamento, nas leis estaduais, na relação médico-paciente, na opinião da família; podendo usar alternativas como oferecer as comidas favoritas e tratar a depressão subjacente (22, 38, 27, 41).

Quando o indivíduo em estado terminal sofre uma parada cardíaco-respiratória, impõe-se outro dilema: reanimar ou não. Pela óptica judaica, num artigo de Rosin (66), esta atitude é discutível, visto que apenas 10% dos pacientes sobrevivem e raramente discutem o assunto enquanto aptos. Todavia, há intensa discussão com os familiares e a decisão deve basear-se em considerações clínicas e prognósticas. A mudança da abordagem médica paternalista para a autonomia do paciente gerou implicações na decisão de reanimação. Teres (81), em revisão da literatura clínica, filosófica e de políticas públicas, propôs, entre outros princípios: 1- Reanimação cardíaco-pulmonar (RCP) em todos os pacientes internados em UTI, a não ser que esteja em condições terminais irreversíveis ou haja ordem escrita; 2- Não reanimar exige informação dada pelo paciente ou familiares; 3- Não reanimar é o primeiro passo na decisão para o final da vida. Quando há indicações clínicas claras (37) de que o indivíduo não se beneficiaria com a RCP, não há requerimentos legais ou éticos para adotá-la como opção terapêutica.

O que fazer, então, ao paciente terminal, em mau estado, sofrendo? Há a opção de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Frezza (36) revisou características na admissão à UTI de 1º /01/91 a 31/12/96, baseado na idade e gênero: encontrou maior freqüência entre os maiores de 60 anos (60%), do sexo masculino (53,1%), com uma permanência média de 22 dias de internação. Vicent (83) aplicou um questionário a 590 membros da Sociedade Européia de Cuidado Intensivo, definindo como fatores limitantes à admissão à UTI o número de leitos e a

pouca esperança de vida média dos pacientes. A UTI seria reservada à doenças clínicas agudas, não sendo indicada para o tratamento de doença na fase terminal (36). Nos hospitais chamados hospices, onde há internação humanizada (13), critérios diferentes são adotados. No Medicare Hospice Benefit (44), referência em cuidado terminal nos EUA, são admitidos pacientes com prognóstico menor que 6 meses; os clínicos devem prover completa informação de diagnóstico e prognóstico ao paciente, que deve assinar um termo de consentimento informado. É uma forma de abordagem em que há administração das necessidades físicas e espaciais do paciente, aliados ao cuidado paliativo.

O cuidado paliativo também é assunto largamente discutido na literatura internacional, principalmente quando se refere ao tratamento da dor. O manejo da dor é problema social (3), pois se refere ao uso de drogas, ao julgamento da dor alheia e ao nível de ignorância alarmante sobre este tema entre os profissionais de saúde, resultando em sofrimento para o paciente e seus cuidadores. Para tratar a dor, o profissional deve distinguir dor e sofrimento, dor crônica e aguda, aspectos sensoriais e emocionais. Religião, ética, autonomia do paciente e justiça podem servir como princípios guia neste cuidado. Rousseau (69) defende o alívio da dor como objetivo médico e, em casos intratáveis, a sedação, que fornece uma alternativa humana para o sofrimento consciente e contínuo do paciente e da família. Wein (85) argumenta que o paciente terminal desenvolve sintomas intratáveis (dor, delírio, dispnéia, agitação, agonia existencial e psicológica) e defende a sedação como necessidade, devendo ser praticada por clínicos hábeis, baseada no princípio do duplo efeito: sob tal abordagem, o advento da morte do indivíduo frente a uma sobredose de sedativos distinguir-se-ia de suicídio assistido, pois a intenção seria diminuir a dor (beneficência), não promover a morte (maleficência). Em pacientes tratados em casa, o manejo da dor é uma séria dificuldade (58): os familiares não sabem ajustar doses de medicação, ficam inseguros e sofrem vendo a dor de seus entes queridos. Ferrell (30) analisou tais eventos e propôs que os médicos devem ajudar a estes cuidadores (care givers), esclarecer dúvidas e aliviar angústias. A qualidade da relação médico-paciente, principalmente com o aproximar-se da morte, determina amplamente a tomada de decisões coerentes e apropriadas, principalmente no cuidado paliativo (57).

Como tratamento ao indivíduo em estado terminal são ainda discutidas duas alternativas: a eutanásia e o suicídio, assistido ou não. A abordagem de tais temas é freqüente, principalmente quando se refere ao suicídio assistido e às modalidades de negação e retirada de tratamento (withhold & withdraw, respectivamente). Slomka (78) discute a responsabilidade moral pela morte do paciente quando se retira (Withdrawing) ou se nega (Withholding) o tratamento: retirar/suspender o tratamento é uma decisão moral compartilhada com a família, enquanto a negação/não aceitação do tratamento desloca a responsabilidade moral pela morte para o próprio paciente. Diz ainda que ao indivíduo em condições terminais é oferecida uma ilusão de escolha que cria uma "morte negociada" (vide citação anterior deste autor). Haghbin (39) propôs um questionário a 389 médicos sobre suicídio assistido: 34% já haviam recebido ao menos 1 pedido de injeção letal, sendo destes, 9% vindos de indivíduos com AIDS e 41% de indivíduos com câncer terminal. Conclui que o nível de depressão que atinge estes pacientes, levando-os a solicitar suicídio assistido, é subestimado pelos

médicos. Kleespies (45) tece considerações sobre a relação de maior risco de suicídio e doenças terminais (AIDS, câncer, esclerose em placas), argumentando que a depressão aumenta conforme a gravidade do estado e tende a ser subtratada. Defende o “suicídio racional” baseado no princípio do duplo efeito. A Associação Americana de Medicina (AMA) é terminantemente contrária ao suicídio assistido (2). Defende que os médicos não devem ajudar a morrer, mas confortar e cuidar. Argumenta sobre a posição histórica do médico como *advogado da saúde* e que o paciente deve receber o melhor tratamento em todas as fases da vida, inclusive no final: quando o médico não conseguir tratar/curar, ao menos deve reconhecer esta limitação e promover alívio de sofrimento e morte digna ao paciente. Quanto à Eutanásia, um estudo chileno de 1995 (50) diz que a eutanásia é incompatível com os princípios éticos que inspiram classicamente as ações médicas. Um estudo finlandês de 2000 (47) avalia atitudes do paciente, família e profissionais de saúde em dois hospitais centrais e quatro centros de saúde frente à eutanásia. Revela que 50% dos participantes poderiam justificar eticamente a eutanásia, sendo a maioria enfermeiras e familiares, baseando-se na presença de sofrimento e dor ou desejo de morrer por parte do próprio paciente. Os que não justificaram a eutanásia (na maioria, médicos), basearam-se na afirmação de que um homem não pode furar a vida de outro. Abusos potenciais, incertezas sobre a finalidade da situação, possibilidade de aliviar a dor são fatores preditivos desta postura.

Após tantas opiniões sobre o que fazer ao paciente terminal, não devemos esquecer a atitude de não abandonar o paciente em uma hora assim, tão difícil. Não abandonar, na opinião de Quill & Cassel (63), é uma obrigação ética central que reflete compromisso com o cuidado e com as decisões conjuntas. A profundidade deste compromisso varia quanto aos valores do médico e do paciente, suas personalidades, experiências e as circunstâncias clínicas. Defende ainda que há muita diferença entre um futuro incerto sozinho ou na companhia de parceiros que não recuam frente a decisões penosas e condutas obscuras. Num estudo de cuidado à pacientes com doença de Alzheimer (17), o autor defende que não abandonar o paciente é um desafio ético, que deve ser sanado pela atuação conjunta de profissionais e familiares nos cuidados e decisões.

Tendo em conta a condição dos estudantes de medicina, que em poucos anos devem manejar a responsabilidade pelo cuidado dos mais diversos pacientes, patologias e estados clínicos, questionamos o papel da universidade em prover bases de ação frente a dilemas éticos. A literatura internacional identifica aspectos existentes ou deficientes no currículo referentes a tais situações. Um estudo com 214 residentes durante os três anos de especialização em pediatria foi realizado para averiguar sua segurança em resolver problemas éticos e implementar o currículo [Waz, (84)]. Verificou-se que o treinamento ético recebido é inadequado, baseado em experiências relatadas pelos próprios participantes. Hayes (40) realizou um estudo com 46 estudantes de medicina, que foram avaliados no início do primeiro e no final do terceiro ano de treinamento clínico quanto às mudanças de atitude frente a decisões no paciente terminal. Foi utilizado um programa piloto de treinamento em ética médica. No final do estudo, a maioria dos estudantes participantes havia baseado suas decisões na autonomia do paciente, respeitando responsabilidades legais, tendo como base a

qualidade de vida. Conclui que o currículo ético deve focalizar o alívio dos sintomas, esclarecer leis sobre assuntos como suicídio assistido, enfatizando os residentes como "mentores".

Barnard (6) identificou pontos já existentes no currículo que são subutilizados no treinamento ético e levanta habilidades básicas para o cuidado ao paciente terminal: domínio psicológico, sociológico, espiritual e cultural das bases do processo de morte; habilidades de comunicação e entrevista; manejo de sintomas comuns; cabedal ético; auto-conhecimento e auto-reflexão.

Belani (8) defende o ensino de técnicas de suporte à vida, no paciente com câncer, como tão importantes quanto fisiologia/patogenia. Sahler (72) propôs um estudo, formando uma comissão de experts para identificar princípios que todos os médicos deveriam saber: 1- a comunicação cognitiva e desenvolvida é mais efetiva; 2- partilhar informações com o paciente ajuda a evitar sentimentos de isolamento e abandono; 3- as necessidades do paciente são atendidas quando a auto-determinação é central no processo de decisão; 4- minimizar o aspecto emocional e sensorial da dor requer pronto reconhecimento destes estados, cuidadosa avaliação e tratamento compreensivo; 5- desenvolver parcerias com familiares ajuda-os a persistirem em seus esforços de cuidadores; 6- desafios pessoais e profissionais frente ao cuidado terminal devem ser discutidos interdisciplinarmente. Diz que ensinar tais pontos não requer um currículo diferente, mas um melhor aproveitamento das oportunidades proporcionadas pelo cuidado ao paciente terminal.

Branday (14) discute o ensino de componentes humanísticos na medicina e diz que o indivíduo é melhor formado baseando-se no exemplo adequado de atitudes desenvolvidas por professores que, emocionalmente, já aceitaram a existência da morte.

Rhodes (64) fornece um panorama para ajudar os residentes a entenderem sua obrigação moral como médicos: devem trabalhar em equipe; usando o conhecimento científico. Tal postura requer confiança no método científico, cooperação interdisciplinar, foco na beneficência ao paciente, competência profissional e respeito aos colegas. Defende que o médico deve se moldar para ter conhecimento e habilidade profissional, respeitando e compreendendo os acontecimentos humanos.

Com base no exposto acima, recolhido na literatura internacional nos últimos 10 anos, passaremos à nossa conclusão.

#### IV – Conclusão

Praticar o bem" é um conceito subjetivo, que sempre existiu na moral das sociedades humanas, nos antigos tempos, na norma hipocrática, passando pelas diversas abordagens da ética. O grande impasse é como promover este "bem".

Augusto Comte, filósofo positivista, postula que o homem é naturalmente bom, mas a sociedade e o meio o corrompem para o mal. Thomas Hobbes diz que o homem é um ser egoísta, e que age para proteger-se a si e a seus interesses.

Como insipiente estudante, após várias considerações, vejo que muitos esforços têm sido aplicados para que o ser humano, principalmente o que assiste aos outros, aja de forma benevolente, promovendo o bem estar.

Nas profissões da saúde, o conceito de beneficência é muito relativo,

principalmente quando aplicado à nossa realidade. O Brasil vive uma política neoliberal, em que as áreas básicas de assistência (saúde e educação) são colocadas em segundo plano. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem princípios coerentes (ex. equidade e universalidade), mas devido à política social deficiente, verbas são desviadas, pessoal incompetente é designado para funções administrativas e, principalmente, não há vontade política que possibilite a adoção do modelo SUS total e verdadeiro. Tal modelo de assistência garantiria à toda a população o acesso integral e equânime à saúde, repudiando modelos filantrópicos, e promovendo um sistema funcionante de referência e contra referência para o manejo da rede como um todo. Infelizmente, ocorre que muitos pacientes morrem por falta de acesso ao cuidado. Mesmo nestas condições, entendo como dever do médico fazer o que está ao seu alcance da melhor forma possível, sem perder a capacidade de se indignar com as situações adversas ou acomodar-se nas fartas mamas do sistema vigente de preguiça e omissão.

O paciente terminal, rico, pobre, independente da situação, merece do médico toda a benevolência e todo o respeito, uma vez que se encontra frágil, perante o grande mistério da morte. Auxiliá-lo nesta fase implica em diversos dilemas éticos. Para abordá-los, devemos considerar, em qualquer paciente, a sua autonomia, que só pode ser plenamente exercida se o médico atuar com três ferramentas fortes: beneficência, não maleficência e justiça.

O paciente é um cidadão autônomo, portador de direitos que devem ser respeitados e deveres que devem-se cumprir. Como senhor de seu corpo e da moléstia que o aflige deve ser, também, senhor da decisão quanto ao que melhor lhe convier.

O médico, igualmente cidadão, deve atuar em conjunto com o paciente, orientando sem coagir, mostrando-lhe benefícios e desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível e humana. Tal conduta é um sinal de honestidade, que toda relação humana merece, seja de amor, amizade, tratamento.

Baseado no princípio da não maleficência, tenho opinião contrária à realização da eutanásia. É evidente que muitos pacientes não têm acesso ao cuidado e vêm a falecer de forma brutal, precoce e miserável. É a *mistanásia*, ou *eutanásia social*. Tal fato é injustificável e os representantes governamentais deveriam sentir-se pessoalmente indignados a cada vez que vissem uma pessoa morrer por falta de assistência, em pleno terceiro milênio, depois de tantos homens de valor terem pesquisado e encontrado soluções simples para situações fatais... Deve-se abordar o drama que envolve um paciente terminal, em agonia, manifestando sintomas intratáveis. Como citado numa referência acima (37), acredito que o médico atue como *advogado da saúde*, e por ela deva imprimir todo o seu esforço. Uma vez encerrado o cuidado efetivo para demolir a causa do sofrimento, tendo em conta a decisão do paciente e a óptica da beneficência, deve-se promover o alívio dos sintomas, sanando a dor, confortando. Para tanto, é preciso que estejamos inteirados continuamente dos avanços terapêuticos na medicina antálgica, e, se não tratando pessoalmente, ao menos referindo os pacientes a colegas aptos a lhe proporcionarem alívio e conforto.

Quanto à questão da alimentação e nutrição artificiais, considero a omissão de tais cuidados como uma forma de promover a morte. Todavia, se o paciente em condições de exercer sua autonomia assim o deliberar, após esclarecer-lhe pontos de

vista e o que tal comportamento pode empreender ao seu estado, considero a melhor forma de cuidado respeitar a sua autonomia, desde que haja um termo de consentimento livre e esclarecido. Em casos cujo paciente encontrar-se em prejuízo cognitivo e não tenha condições de exercer sua autonomia, é interessante a conduta proposta por Fratianne (35) : conferenciar com a equipe, promover um consenso, apresentá-lo à família e aplicá-lo ou não, segundo sua deliberação.

Quanto à sedação, é consideravelmente aplicável, baseada no princípio do duplo efeito: sedar com a intenção de tratar, não de promover a morte.

Com respeito à reanimação cárdio-pulmonar (RCP), uma iniciativa particular, deve ser assim analisada. É como afirma a literatura citada : em muitos casos, tal conduta não traria benefícios ao paciente. Assim sendo, respeitando a autonomia e a beneficência, após uma conversa franca, porém delicada com o paciente ou sua família, é importante esclarecer a equipe para que atue de forma coordenada e coerente, e estabeleça, em conjunto, uma decisão.

Com respeito à postura da universidade e do aluno na aquisição de conhecimentos éticos que lhe proporcionem bases para futuras decisões, ambas mostram-se deficientes. A universidade é pouco preocupada com a formação humana de seus alunos, primando pela informação técnica. Atualmente, algumas remodelações curriculares têm tentado diluir tal deficiência, prestando serviços de apoio psicológico ao estudante, além de aulas de História da Medicina e Ética Médica. Os alunos, por sua vez, assumem posturas passivas quanto ao seu aprendizado humano, importando-se pouco, estudando pouco e encarando como enfadonha a existência de tais matérias curriculares. É claro que toda generalização é um exagero, visto que iniciativas louváveis brotam deste mesmo meio: as ligas de extensão universitária, a promoção de debates e fóruns de discussão da formação médico-acadêmica.

O assunto *Autonomia do paciente X autonomia do médico no tratamento do paciente terminal* é vastíssimo e plural, permitindo a quem o aborda uma oportunidade de auto-conhecimento e de interação com as várias formas de agir que cada sociedade, dentro do que lhe é peculiar, adota. Sente-se despertar em si o desejo de atuar de forma atenta, humanamente. Chama à plena formação de Médicos que atendam sem tolher os princípios morais fundamentais.

Frente a tantos deveres, poder-se-ia argumentar que esta conclusão é mais um código vazio, inaplicável a situações específicas ou, antes, petulante. Discordo de tal proposição baseada num antiquíssimo conceito: a Prudência (*Phronesis*). É a virtude que facilita a escolha dos meios certos para um bom resultado, buscando o que é bom pela recusa do que é mal: uma postura previamente adotada de *pensar* antes de *agir*. Portanto, mesmo quando aplicado à difícil realidade brasileira, em que as atitudes governamentais colocam a saúde em segundo plano, ou quando tomado por um estudante de medicina, o conceito antigo da Prudência é efetivo: leva-nos a querer conhecer o que se pensa sobre os assuntos da saúde e formarmos uma opinião, preparando-nos para as situações que eventualmente aparecerão e requererão embasamento ético. Se tivermos em nosso caráter a visão do paciente como um ser humano, semelhante a nós, em situação de perigo à qual podemos prestar socorro, o instinto primeiro da natureza e por conseguinte o nosso também, deve ser preservar a vida; a prudência e os princípios éticos nos ensinam a analisar ao qual custo: ter

sensibilidade suficiente para atuar em conjunto, com liberdade, consciência e autonomia, pelo fim comum: bem estar, conforto e cidadania, desde sempre e até o último momento.

### Referências Bibliográficas

- 1- **AGUILERA, P.** Problemas eticos de la asistencia al moribundo. *Revista Medica de Chile*, Santiago, v.120, n.6, p.685 – 688, Jun.1992.
- 2-: **ANONYMOUS 1.** American College of Physicians Ethics Manual. 3.ed. *Annals of Internal Medicine*. Philadelphia, v.117, n.11, p.947 – 960. Dec . 1992.
- 3-: **ANONYMOUS 2.** Pain management. Theological and ethical principles governing the use of pain relief for dying patients. Task Force on Pain Management, Catholic Health Association. *Health Progress*, St Louis, v.74, n.1, p.30 – 39,Jan-Feb. 1993.
- 4-: **ANONYMOUS 3.** Report 59 of the AMA Board of Trustees (A-96). Physician-assisted suicide. Reference Committee on Amendments to Constitution and Bylaws. *Journal of Oklahoma State Medical Association*, Oklahoma City, v.89, n.8, p.281-293. Aug. 1996.
- 5-: **ASAI, A .; FUKUHARA, S.; LO, B.** Attitudes of Japanese and Japanese-American physicians towards life-sustaining treatment. *Lancet*, London, v.346, n.8971, p.356 – 359, Aug 5. 1995.
- 6-: **BARNARD, D.; QUILL, T.; HAFFERTY, F.W.; ARNOLD, R; ET AL.** Preparing the ground: contributions of the preclinical years to medical education for care near the end of life. Working Group on the Pre-clinical Years of the National Consensus Conference on Medical Education for Care Near the End of Life. *Academic Medicine*, Washington, v.74, n.5, p.499-505. May. 1999.
- 7-: **BARROSO, P.; OSUNA, E.; LUNA, A.** Doctors' death experience and attitudes towards death, euthanasia and informing terminal patients. *Medicine and Law*. Westville. v.11, n.7-8, p.527-533. 1992.
- 8-: **BELANI, C.P.; BELCHER, A.E.; SRIDHARA, R.; SCHIMPF, S.C.** Instruction in the techniques and concept of supportive care in oncology. *Supportive Care in Cancer*, Berlin, v.2, n.1, p.50-55. Jan. 1994.
- 9-: **BODINSKY, G.N.** Ethical dilemmas: a case study. *Gastroenterology Nursing*. Baltimore, v.13, n.4, p.206 – 208. Spring. 1991.
- 10-: **BOISAUBIN, E.V.; LYNCH, G.R.; DRESSER, R.** Hypercalcemia of advanced malignancy: decision making and the quality of death. *American Journal of the Medical Science*. Philadelphia, v.301, n.5, p.314-318. May. 1991.
- 11-: **BOLMSJO, I.; HERMEREN, G.** Challenging assumptions in end-of-life situations. *Palliative Medicine*. London, v.12, n.6, p.451-456. Nov. 1998.
- 12-: **BORTHWICK, C.J.** The permanent vegetative state: ethical crux, medical fiction?. *Issues in Law and Medicine*. Terre Haute, v.12, n.2, p.167-185. 1996.
- 13-: **BRADSHAW, A.** The spiritual dimension of hospice: the secularization of an ideal. *Social Science and Medicine*, Oxford, v.43, n.3, p.409-419. Aug. 1996.
- 14-: **BRANDAY, J.M.** The dying patient—teaching doctors to care. *West Indian Medical Journal*. Jamaica, v.45, n.2, p.45-47. Jun. 1996.
- 15-: **BROWN, J.; SPRUNG, C.L.** Ethical considerations in the treatment of AIDS patients in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, Philadelphia, v.9, n.1, p.115-123. Jan. 1993.

- 16-: **BRUERA,E.** Ethical issues in palliative care research. *Journal of Palliative Care*. Montreal, v.10, n.3, p.7-9. Autumn. 1994.
- 17-: **CARALIS,P.V.** Ethical and legal issues in the care of Alzheimer's patients. *Medical Clinics of North America*. Philadelphia, v.78, n.4, p.877-893. Jul. 1994.
- 18-: **CARMEL,S.** Behavior, attitudes, and expectations regarding the use of life-sustaining treatments among physicians in Israel: an exploratory study. *Social Science and Medicine*. Oxford, v.43, n.6, p.955-965. 1996.
- 19-: **CELESIA,G.G.** Persistent vegetative state: clinical and ethical issues. *Theoretical Medicine*. Dordrecht, v.18, n.3, p.221-236. 1997.
- 20-: **CHIU,T.Y.; HU,W.Y.; CHENG,S.Y.; et al.** Ethical dilemmas in palliative care: a study in Taiwan. *Journal of Medical Ethics*, London, v.26, n.5, p.353-357. 2000
- 21-: **COSTA,S.I.F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V.; (COORD).** *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 320p.
- 22-: **CRAIG,G.M.** On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? [discussion]. *Journal of Medical Ethics*, London, v.20, n.3, p.139-143. 1994.
- 23-: **CRAIG,G.M.** On withholding artificial hydration and nutrition from terminally ill sedated patients. The debate continues. *Journal of Medical Ethics*, London, v.22, n.3, p.147-153. 1996.
- 24-: **DE-RIDDER,D.; GASTMANS,C.** Dehydration among terminally ill patients: an integrated ethical and practical approach for caregivers. *Nursing Ethics*, London, v.3, n.4, p.305-316. 1996.
- 25-: **DOUKAS,D.J.; MCCULLOUGH,L.B.** The values history. The evaluation of the patient's values and advance directives. *Journal of Family Practice*, East Norwalk, v.32, n.2, p.145-153. 1991.
- 26-: **DOWD,S.B.; STEVES,A.M.** Caring for the older patient, Part III: Ethical issues in gerontology. *Journal of Nuclear Medicine Technology*, New York, v.25, n.3, p.171- 180. 1997.
- 27-: **DUNPHY,K.; FINLAY,I.; RATHBONE,G.; et al.** Rehydration in palliative and terminal care: if not—why not?. *Palliative Medicine*, London, v.9, n.3, p.221-228. 1995.
- 28-: **FABER-LANGENDOEN,K.** A multi-institutional study of care given to patients dying in hospitals. Ethical and practice implications. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v.156, n.18, p.2130-2136. 1996.
- 29-: **FARBER,N.J.; BERGER,M.S.; DAVIS,E.B.; et al.** Confidentiality and health insurance fraud. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v.157, n.5, p. 501-504. 1997
- 30-: **FERRELL,B.R.** Ethical and professional issues in pain technology: a challenge to supportive care. *Supportive Care Cancer*, Berlin, v.2, n.1, p.21-26. 1994.
- 31-: **FERRELL,B.R.; DEAN,G.E.** Ethical issues in pain management at home. *Journal of Palliative Care*, Montreal, v.10, n.3, p.67-72. Autumn. 1994.
- 32-: **FINUCANE,T.E.; HARPER,M.** Ethical decision-making near the end of life. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v.12, n.2, p.369-377. 1996.
- 33-: **FISCHER,D.S.** Observations on ethical problems and terminal care. *Yale Journal of Biology and Medicine*, New Haven, v.65, n.2, p.105-120. 1992.
- 34-: **FRANÇA, G.V.** *Comentários ao código de Ética Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 175p.
- 35-: **FRATIANNE,-R-B; BRANDT,-C; YURKO,-L; COFFEE,-T:** When is enough enough? Ethical dilemmas on the burn unit.: *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, St. Louis, v.13, n.5, p.600-604. September-October. 1992.

**36-: FREZZA,E.E.; SQUILLARIO,D.M.; SMITH,T.J.** The ethical challenge and the futile treatment in the older population admitted to the intensive care unit. *American Journal of Medical Quality*, Baltimore, v.13, n.3, p.121-126. 1998.

**37-: GINN,D.; ZITNER,D.** Cardiopulmonary resuscitation. Not for all terminally ill patients. *Canadian Family Physician*, Ontario, n.41649-41652, p.655-657. April. 1995.

**38-: GOLDSTEIN,M.K.; FULLER,J.D.** Intensity of treatment in malnutrition. The ethical considerations. *Primary Care*, Philadelphia, v.21, n.1, p.191-206. 1994.

**39-: HAGHBIN,Z.; STRELTZER,J.; DANKO,G.P.** Assisted suicide and AIDS patients. A survey of physicians' attitudes. *Psychosomatics*, Washington, v.39, n.1, p.18-23. 1998.

**40-: HAYES,R.P.; STOUDEMIRE,A.S.; KINLAW,K.; et al.** Changing attitudes about end-of-life decision making of medical students during third-year clinical clerkships. *Psychosomatics*, Washington, v.40, n.3, p.205-211. 1999.

**41-: HUGHES,N.; NEAL,R.D.** Adults with terminal illness: a literature review of their needs and wishes for food. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v.32,n.5, p.1101-1107. November. 2000.

**42-: JEFFERY,P.; MILLARD,P.H.** An ethical framework for clinical decision-making at the end of life. *Journal of the Royal Society of Medicine*, London, v.90, n.9, p.504-506. September. 1997.

**43-: KAUFERT,J.M.; PUTSCH,R.W.** Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power. *Journal of Clinical Ethics*, Frederick, v.8, n.1, p.71-87. Spring. 1997.

**44-: KINZBRUNNER,B.M.** Ethical dilemmas in hospice and palliative care. *Supportive Care in Cancer*, Berlin, v.3, n.1, p.28-36. January. 1995.

**45-: KLEESPIES,P.M.; HUGHES,D.H.; GALLACHER,F.P.** Suicide in the medically and terminally ill: psychological and ethical considerations. *Journal of Clinical Psychology*, Brandon,v.56, n.9, p.1153-1171. September. 2000.

**46-: KUHL,D.R.** Ethical issues near the end of life: a physician's perspective on caring for persons with AIDS. *Journal of Palliative Care*, Montreal,v.10, n.3, p.117-121. Autumn. 1994.

**47-: KUUPPELOMAKI,M.** Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. *European Journal of Cancer Care English*, Oxford, v.9, n.1, p.16-21. March. 2000.

**48-: LATIMER,E.** Caring for seriously ill and dying patients: the philosophy and ethics. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v.144, n.7, p.859-864. April. 1991.

**49-: LATIMER,E.J.** Ethical decision-making in the care of the dying and its applications to clinical practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, New York, v.6, n.5, p.329-336. July. 1991.

**50-: LAVADOS,M.** Decisiones etico-clinicas en el caso de un paciente terminal con cancer metastasico. El problema de la eutanasia. *Revista Medica de Chile*, Santiago, v.122, n.5, p.563-571. May. 1995.

**51-: LEDERBERG,M.S.** Disentangling ethical and psychological issues—a guide for oncologists. *Acta Oncologica*, Stockholm, v.38, n.6, p.771-779. 1999.

**52-: LOPES,M.R.** Perspectivas da etica medica nos anos 90. *Acta Medica Portuguesa*, Lisboa, v.7, n.9, p.501-507. September. 1994.

**53-: MEISEL,A.; SNYDER,L.; QUILL,T.** Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v.284, n.19, p.2495-2501. November. 2000.

54-: MOLLOY,D.W.; GUYATT,G.H.; ALEMAYEHU,E.; et al. Factors affecting physicians' decisions on caring for an incompetent elderly patient: an international study. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v.145, n.8, p. 947-952. October. 1991.

55-: NYMAN,D.J.; SPRUNG,C.L. End-of-life decision making in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, New York, v.26, n.10, p.1414-1420. October. 2000.

56-: NYS,H.; SCHOTSMANS,P. Professional autonomy in Belgium. *Medical Bioethics*, v.21, n.5, p.425-439. 2000.

57-: OLIVER,D. Ethical issues in palliative care—an overview. *Palliative Medicine*, London, v.7, n.4-supplement, p.15-20. 1993.

58-: OSGOOD,N.J. Assisted suicide and older people—a deadly combination: ethical problems in permitting assisted suicide. *Issues in Law and Medicine*, Terre Haute, v.10, n.4, p.415-435. Spring. 1995.

59-: PELLEGRINO, E.D.; THOMASMA, D.C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993. p.86.

60-: POIRIER,T.I.; GIANNETTI,V.J. Clinical and ethical perspectives on rationing of high-cost drugs. *Annals of Pharmacotherapy*, Cincinnati, v.29, n.1, p.78-81. January, 1995.

61-: POMMER,R.W. 3<sup>rd</sup>. Donaldson v. Van de Kamp: cryonics, assisted suicide, and the challenges of medical science. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, Washington, p.9589-9603. Spring. 1993.

62-: QUILL,T.E.; CASSEL,C.K. Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v.122, n.5, p.368-374. March, 1995.

63-: QUILL,T.E.; LO,B.; BROCK,D.W. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v.278, n.23, p.2099-2104. December. 1997

64-: RHODES,R. Ethical considerations for residents. *Academic Medicine*, Washington, v.73, n.8, p.854-864. August. 1998.

65-: ROBB,Y.A. Ethical considerations relating to terminal weaning in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, Edinburgh, v.13, n.3, p. 156-162. June, 1997.

66-: ROSIN,A.J.; SONNENBLICK,M. Autonomy and paternalism in geriatric medicine. The Jewish ethical approach to issues of feeding terminally ill patients, and to cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Medical Ethics*, London, v.24, n.1, p.44-48. February. 1998.

67-: ROTHSTEIN,J.A. Ethics and the role of the medical librarian: health care information and the new consumer. *Bulletin of the Medical Library Association*, Chicago, v.81, n.3, p.253-258. July. 1993.

68-: ROUGE,D.; TELMON,N.; ALBAR-EDE,J.L.; ARBUS,L. Questions raised by artificial prolongation of life of the aged patient. *Medicine and Law*, Westville, v.13, n. 3-4, p.269-275. 1994.

69-: ROUSSEAU,P. The ethical validity and clinical experience of palliative sedation. *Mayo Clinic Proceedings*, Rochester, v.75, n.10, p.1064-1069. October. 2000.

70-: ROY,D.J. The relief of pain and suffering: ethical principles and imperatives. *Journal of Palliative Care*, Montreal, v.14, n.2, p.3-5. Summer. 1998.

71-: RUSHTON,C.H.; BROOKS-BRUNN,J.A. Environments that support ethical practice. *New Horizons*, Baltimore, v.5, n.1, p.20-29. February. 1997.

72-: SAHLER,O.J.; FRAGER,G.; LEVETOWN,M.; et al. Medical education about end-of-life care in the pediatric setting: principles, challenges, and opportunities.

*Pediatrics*. Evanston, v.105, n.3 Pt 1, p.575-584. March. 2000.

**73-: SCHEARS,R.M.** Emergency physicians' role in end-of-life care. *Emergency Medicine Clinics of North America*, Philadelphia.v.17, n.2,p.539-559. May. 1999.

**74-: SCHMIDT,T.A.; ZECHNICH,A.D.** Suicidal patients in the ED: ethical issues. *Emergency Medicine Clinics of North America* , Philadelphia, v.17, n.2, p.371-383, x. May. 1999.

**75-: SERRAO,D.** Opinion on the ethical aspects of health care of patients at the end of life. *Medicine and Law*; Westville, v.18, n.1, p.1-11.1999.

**76-: SILVERMAN,H.J.; VINICKY,J.K.; GASNER,M.R.** Advance directives: implications for critical care. *Critical Care Medicine*, Baltimore, v.20, n.7, p.1027-1031. July. 1992.

**77-: SINGER,G.R.; KOCH,K.A.** Communicating with our patients: the goal of bioethics. *Journal of the Florida Medical Association*, Jacksonville, v.84, n.8, p. 486-487. November.1997.

**78-: SLOMKA,J.** The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. *Social Science and Medicine*, Oxford, v.35, n.3, p.251-259. August. 1992.

**79-: STARZOMSKI,R.** Ethical issues in palliative care: the case of dialysis and organ transplantation. *Journal of Palliative Care*, Montreal, v.10, n.3, p. 27-34. Autumn. 1994.

**80-: STEINBERG,A.** The terminally ill-secular and Jewish ethical aspects. *Israel Journal of Medical Sciences*, Jerusalem, v.30, n.1, p.130-135. January. 1994.

**81-: TERES,D.** Trends from the United States with end of life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, New York, v.19, n.6, p.316-322. 1993.

**82-: VAN-DER-POEL,C.J.** Ethical aspects in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, Weston, v.13, n.3, p.49-55. May-June. 1996.

**83-: VINCENT,J.L.** European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Medicine*, New York, v.16, n.4, p.256-264. 1990.

**84-: WAZ,W.R.; HENKIND,J.** The adequacy of medical ethics education in a pediatrics training program. *Academic Medicine*, Washington, v.70, n.11, p.1041-1043. November. 1995.

**85-: WEIN,S.** Sedation in the imminently dying patient. [discussion]. *Oncology*, Basel, v.14, n.4, p.585-592;597-598;601. April. 2000.

Pseudônimo do autor: *Phronesis*

**Palavras-Chave** - paciente terminal, qualidade de vida, autonomia do paciente, autonomia médica

**Key-Words** - terminal patient , life quality, patient autonomy, medical autonomy

# CIRURGIA PLÁSTICA: OBRIGAÇÃO DE MEIO OU DE RESULTADO?

Genival Veloso de França\*

**Resumo:** O objetivo deste artigo é ressaltar a importância da cirurgia plástica como ramo legítimo da cirurgia geral quando ela responde a uma decisão clínica. Estabelece diferenças entre as cirurgias plásticas reparadora, reconstrutora e estética, além de considerar uma forma desaconselhável de intervenção que ele denomina de "cosmética". Defende as cirurgias plásticas reparadoras e reconstrutoras como obrigação de meio, a cirurgia estética a ser avaliada em cada caso e a cirurgia cosmética como prática ilícita e anti-ética, face seu irrelevante objetivo terapêutico.

## 1 – Preliminares

A Cirurgia Plástica, entre nós, tem sido a especialidade médica que mais rapidamente evoluiu nestes últimos anos, fato este confirmado pelo seu prestígio dentro e fora dos nossos limites e pelos seus resultados tão espetaculares. Para continuar assim vão ser necessários cuidados permanentes na sua consolidação e retomadas dos seus rumos e propósitos e vigilância permanente nos projetos que animam este ramo da cirurgia, levando em conta, entre outros, a complexidade sobre sua noção de culpa, seus aspectos éticos e seus limites tão imprecisos e sua relação com a cirurgia geral.

Cada dia se passa a entender que a opção por uma determinada intervenção no campo da cirurgia plástica não significa apenas um procedimento mecânico ou a decisão de uma preferência estética, mas uma questão eminentemente médica, cuja avaliação se dê mental, seu diagnóstico, suas condições fisiológicas, as influências das técnicas cirúrgicas e o tipo de operação que se quer realizar. Em suma: a indicação de uma cirurgia plástica deve ser antes de tudo uma decisão clínica.

Por isto a cirurgia plástica, em algumas vezes denominada de reconstrutora, reparadora ou corretiva é de indiscutível legitimidade e da mais insuspeita necessidade quando seu objetivo se destina a corrigir condições deformadoras congênicas ou adquiridas e mutilações resultantes de traumas. Assim uma cirurgia reparadora para corrigir um lábio leporino ou uma seqüela de câncer de mama e as lesões oriundas de um trauma de face, na tentativa de restaurar o indivíduo à sua configuração habitual, reintegrando-o em suas possibilidades sociais, não há o que discutir: é ético, legal e necessário.

Por outro lado, não se pode esquecer que esta forma de cirurgia deve estar alicerçada na justa necessidade das pessoas atendidas e dentro das normas reguladas pelos ditames éticos e legais. Não esquecer também que ao indicar uma cirurgia plástica ela seja pelo menos indispensável. Não é por outra razão que alguns tribunais neste e noutros climas têm se mostrado mais rigorosos quando esta intervenção tem o caráter apenas estético ou de embelezamento, pois o sentido terapêutico propriamente dito, que comanda todos os atos médicos curativos e recuperadores, nesta situação está diluída num conjunto de motivos de ordem pessoal. *Ipsa facto*, recomenda-se uma decisão que leve em conta as circunstâncias e a necessidade de cada caso.

\* Prof. de Medicina Legal da Escola Superior da Magistratura da Paraíba. Ex-Conselheiro do CFM e CRPB.

O mesmo não ocorre quando se trata de uma forma de cirurgia estética chamada cosmética (*cosmetic surgery*), que não visa nenhuma ação curativa, revelando-se quase sempre de prática duvidosa e cercada de certa ambigüidade, impregnada de modismo e de efeito superficial, a exemplo dos olhos siameses e dos lábios carnudos, estando, pois, fora da licitude que se empresta às formas anteriores. Desta maneira, a cirurgia reparadora de uma disgenesia de orelha ou a cirurgia reconstrutora de orelha pós-traumatismo não pode ser considerada cirurgia de embelezamento, pois esta recriação ou esta reconstrução da orelha não tem o sentido primário de embelezar, mas o de aproximar o operado o mais possível da normalidade ou do que era ele antes.

2. A questão de fundo: Cirurgia plástica: Obrigação de meios ou de resultado?

Muitos admitem que o contrato de assistência médica é uma locação de serviços. Outros, que a forma correta é considerá-lo um contrato *sui generis*, em virtude da especificidade e da delicadeza mais singular entre o profissional e o seu paciente<sup>1</sup>.

Dentro do conteúdo das obrigações positivas – onde se exige do devedor um comportamento ativo de dar ou de fazer alguma coisa, são reconhecidas duas modalidades de obrigações: a de meios e a de resultado.

Na primeira, existe o compromisso da utilização de todos os recursos disponíveis para se ter um resultado, sem, no entanto, a obrigação de alcançar esse êxito tão legítimo. Busca-se, é claro, um resultado, mas em não se cumprindo – e inexistindo a culpa do devedor, não há o que cobrar. Nesta, a relação entre o médico e o paciente se faz pela obrigação de dar a este tratamento adequado, ou seja, um tratamento de acordo com as disponibilidades da ciência médica, com os recursos disponíveis e com as condições específicas e circunstanciais de cada caso. Esta obrigação de diligência é uma obrigação geral que serve de fundamento a todos os contratos.

Na obrigação *determinada* ou de resultado a prestação do serviço tem um fim definido. Se não houver o resultado esperado, há inadimplência e o devedor assume o ônus por não satisfazer a obrigação que prometeu.

Assim entendendo, existe na responsabilidade contratual civil do médico uma obrigação de meios ou de diligências, onde o próprio empenho do profissional é o objeto do contrato, sem compromisso de resultado. Cabe-lhe, todavia, dedicar-se da melhor maneira e usar de todos os recursos necessários e disponíveis. Isso também não quer dizer que ele esteja imune à culpa. Enfim, esta é a idéia que tem prevalecido. O contrário seria conspirar contra a lógica dos fatos.

Entretanto, face outra forma de entendimento, há quem defenda a teoria de que o dano produzido em cirurgia plástica tenha configuração mais grave, por se entender existir entre o especialista desta área e o seu paciente uma obrigação de resultado. A prevalecer tal idéia, diante de um mau resultado, qualquer que sejam suas causas, a vítima tem o direito de fazer-se indenizar sempre.

Nesse aspecto, com todo respeito, discordamos frontalmente, notadamente no que diz respeito à cirurgia plástica reparadora e à restauradora, pois difíceis e delicados são os momentos enfrentados nesta especialidade, com destaque nos serviços de urgência e emergência, quando tudo é paradoxal e inconcebível, dadas as condições

excepcionais e precárias, e muitas vezes diante da essência dolorosamente dramática da eminência de morte. Exigir-se nestas circunstâncias uma obrigação de resultado é, no mínimo, desconhecer os princípios mais elementares dessa especialidade cirúrgica.

Hoje, mesmo em especialidades consideradas obrigadas a um resultado de maneira absoluta, como na anestesia e na radiologia, já se olha com reservas este conceito tão radical de êxito sempre, pois o correto é pelo menos decidir pelas circunstâncias de cada caso.

Na obrigação de resultado o devedor assume o compromisso de alcançar um objetivo ou conseguir um efeito sempre desejado. E na obrigação de meios, o devedor não assegura a realização de um feito esperado, todavia se obriga a usar os meios necessários e indicados para a proposta esperada, sendo o resultado secundário à obrigação e não integrante como objeto do contrato. Na obrigação de meios o resultado que se promete na assistência médica não é a cura do paciente, mas a forma orientada para esse fim, desde que ele tenha empregado o melhor de seu esforço, de sua capacidade e o que lhe é disponível<sup>2</sup>.

Kfouri Neto citando os irmãos Mazeaud transcreve: "O credor não tem, então, que provar que o devedor tenha sido negligente, é ao devedor que incube estabelecer que obrou com toda prudência desejável e esperada. Na prática ter-se-ia o seguinte: o paciente afirma que não foi curado. O médico não pode, então, permanecer numa posição de negativa, pura e simples, dizendo: prove minha imprudência, pois do fato de não haver atingido o resultado a que, sem dúvida, não se obrigou a alcançar, mas para o atendimento do qual havia prometido empenhar-se, resulta uma presunção de negligência contra ele. O médico tem, portanto, que provar necessariamente a prudência e a diligência com que se houve. Por isso, conforma-se aos princípios da obrigação de meios, obrigar os médicos a estabelecerem a certeza de que não atuaram com culpa"<sup>3</sup>.

A obrigação do cirurgião plástico na ação reparadora ou reconstrutora é de meio porque o objeto do seu contrato é a própria assistência ao seu paciente, quando se compromete empregar todos os recursos ao seu alcance, sem, no entanto, poder garantir sempre um sucesso. Só pode ser considerado culpado se ele procedeu sem os devidos cuidados, agindo com insensatez, descaso, impulsividade ou falta de observância às regras técnicas. Não poderá ser culpado se se chegar à conclusão de que todo empenho foi inútil em face da inexorabilidade do caso, quando ele agiu de acordo com a "lex artis", ou seja, se os meios empregados eram de uso atual e sem contra-indicações. Punir-se, em tais circunstâncias, alegando obstinadamente uma "obrigação de resultado", não seria apenas um absurdo: seria uma injustiça.

Dizer-se que a obrigação contratual do cirurgião plástico naquelas oportunidades é de resultado porque ele estaria obrigado a reparar e reconstruir sempre, fazendo o paciente voltar às condições normais é um grande equívoco.

Primeiro, é preciso entender que a função da cirurgia reparadora e, principalmente, da cirurgia reconstrutora não é apenas dar ao paciente uma aparência de inteira normalidade, mas recuperar, reconstruir ou salvar um órgão ou uma estrutura. Tudo isto levando em conta as condições fisiológicas e patológicas do paciente e as decorrentes da própria limitação da sua ciência. Ainda mais quando foram empregados todos os cuidados pré, trans e pós-operatórios e solicitados todos os

exames necessários. O cirurgião neste ramo da cirurgia plástica não tem como prever muitos dos resultados, pois eles são também oriundos das condições multifárias do organismo humano.

Em síntese, o que se afirma não é que o cirurgião plástico na arte de corrigir e reparar não cometa erros – sejam eles de diagnóstico, de terapêutica e de técnicas -, ou que ele não seja nunca negligente ou imprudente. Não. Mas, tão-só, que a operação plástica em tais modalidades, como vem se aplicando hodiernamente no conjunto das ações cirúrgicas e em que pese a relevância que se dê à modalidade de obrigação, não pode constituir um contrato de resultado, mas de meios ou de diligência, embora em casos de manifesta negligência ou imprudência venha se ampliar sua responsabilidade quanto os médicos usados ou à técnica escolhida.

Nos casos de maus resultados, onde se procure comprovar um erro médico, o que se deve considerar, antes de qualquer coisa, além do nexo causal e do tamanho do dano, são as circunstâncias do atendimento e o grau da previsibilidade do autor em produzir o resultado. Nunca, de forma dogmática prender-se a um princípio discutível onde se afirma equivocadamente ser a cirurgia plástica sempre uma obrigação de resultado, dentro da relação contratual entre o médico e o seu paciente.

Todavia, na cirurgia plástica estética, apenas para melhorar o aspecto, mesmo sujeita a casos fortuitos ou força maior como infecções, inflamações, reações alérgicas e cicatrizações atípicas, a coisa pode soar diferente em algumas ocasiões. E mais quando o limite entre a cirurgia reparadora e a cirurgia estética é tantas vezes impreciso e confuso.

Nestes casos, há uma tendência de se aceitar a obrigação de fim ou de resultado, onde se exige do devedor, principalmente quando alguém irresponsavelmente promettesse tanto. Embora alguns considerem que, pelo fato de um ou outro assegurar um pleno resultado, isto não define a natureza da obrigação nem altera a sua categoria jurídica<sup>4</sup>.

A verdade é que tal entendimento se planta no fato de que “quando alguém, que está bem de saúde, procura um médico somente para melhorar algum aspecto seu, que considera desagradável, quer exatamente esse resultado, não apenas que aquele profissional desempenhe seu trabalho com diligência e conhecimento científico, caso contrário, não adiantaria arriscar-se e gastar dinheiro por nada. Em outras palavras, ninguém se submete a uma operação plástica se não for para obter um determinado resultado, isto é, a melhoria de uma situação que pode ser, até aquele momento, motivo de tristeza”<sup>5</sup>

Esta forma de encarar a cirurgia plástica estética, diante da existência de dano, tem como desdobramento a presunção de culpa do médico pela inadimplência do contrato, redundando na reversão do ônus da prova, ficando para o paciente a obrigação de provar que o resultado não foi obtido como rezava no contrato.

A partir daí faz-se uma diferença entre a natureza jurídica da cirurgia plástica estética, quando o paciente é sob aquela ótica saudável e apenas quer melhorar sua aparência, e a cirurgia plástica reparadora ou reconstrutora que corrige anomalias congênitas ou resultados de traumas.

Tal característica da cirurgia estética “deve-se ao fato de que a motivação para a sua realização, embora moral e socialmente aceita, não tenha a mesma

relevância da intervenção para o salvamento de vidas ou para a eliminação da dor"<sup>6</sup>.

Há outra corrente que recusa a idéia de que toda cirurgia estética é suscetível de estabelecer a responsabilidade do cirurgião e que não sendo proibida em lei não pode ser considerada como ato ilícito.

Finalmente outra corrente, menos aceita, que considera a cirurgia estética dentro dos limites da liceidade de outras atividades médicas e o cirurgião deve merecer tratamento igual dado a outros colegas de profissão. Há até quem admita que pelo fato de o médico estar operando um organismo hígido, isto só faz lhe aumentar a responsabilidade e nem por isso justifica modificar sua obrigação, pois ela será sempre de meios porque o cirurgião está atuando numa área de plena probabilidade, e a própria incerteza do resultado não lhe confere uma obrigação de fim<sup>7</sup>.

Todavia, a maioria ainda considera a situação de duas formas: 1 – Na cirurgia estética o médico está subordinado, como qualquer outro, ao disposto no artigo 1.545 do Código Civil Brasileiro, respondendo pelo ato de que possa resultar dano por imperícia, imprudência ou negligência. 2 – A cirurgia estética gera obrigações de resultado e não de meios e o profissional está empenhado em proporcionar-lhe o resultado almejado e se não tem condições de consegui-lo, não realizar a cirurgia<sup>8</sup>.

Esta severidade dos tribunais se revela nos casos de mau resultado em face do objetivo terapêutico, razão invocada em toda cirurgia sobre a pessoa humana, onde se destacam os imperativos médicos, pois na cirurgia geral, seja ela eletiva ou de urgência, a forma, a natureza e a obrigação resultantes estão bem claras. Se ficam caracterizadas sua imprescindibilidade e sua necessidade, não há o que discutir quanto a licitude de sua prática, ficando apenas o médico sujeito a responder por danos quando se verifique de forma convincente ter existido culpa.

Uma cirurgia plástica realizada para sanar uma enfermidade de outra cirurgia plástica é uma intervenção reparadora e por isso sua obrigação é de meio e não de resultado.

### 3. O que fazer?

Uma coisa que não pode passar despercebida pelo médico é a permissão do paciente que se passou a chamar de "consentimento esclarecido", levando-se em conta o "padrão do paciente razoável", que é a informação capaz de ser entendida e que satisfaça às perspectivas dos pacientes de mesmas condições sócio-culturais<sup>9</sup>.

Desse modo, não é apenas a obtenção da assinatura do doente, muitas vezes quando ele está a caminho de uma sala de operações. Mas a revelação com detalhes compreensíveis e necessários mesmo sabendo-se que um consentimento totalmente esclarecido nem sempre é possível e que nas situações mais cruciais o médico tem de ser o árbitro da questão. Em suma, o que se espera é uma explicação razoável do diagnóstico, dos procedimentos planejados, dos potenciais riscos e benefícios, dos tratamentos alternativos e do resultado esperado.

Deve também o médico, diante de um mau resultado, seja ou não por erro profissional, registrar tal evento no prontuário e informar honestamente aos pacientes ou aos seus familiares.

Se aberto um processo ético ou judicial, mesmo que não reconheça sua culpa ou haja um andamento demorado, não deve ser negligenciado. A situação de

revel é muito comprometedor e desfavorável. Nem deve considerar o processo uma coisa sem importância, tendo o cuidado de contar sempre com um procurador legal, pois os fatos do Direito são relativos a especialidade do advogado.

Em alguns países, diante da possibilidade de maiores prejuízos emocionais ou financeiros e de risco de condenação no julgamento, é comum serem motivadas a um acordo fora do tribunal. Nem sempre é recomendável esperar pelo "dia do julgamento" para provar que não se cometeu nenhum erro, pensam alguns. Mesmo assim, isso é uma decisão muito pessoal, devendo ser analisada caso a caso e sempre com a orientação de um procurador jurídico.

O pior de tudo é que as possibilidades de queixas, cada vez mais constantes, já começam a perturbar emocionalmente o médico, e que a sociedade passou a entender que isso vai redundar no aumento do custo financeiro para o profissional e para o paciente. Além disso também se começa a notar, entre outros, a aposentadoria precoce, o exagero dos pedidos de exames complementares mais sofisticados e a omissão em procedimentos de altos e médios riscos, contribuindo mais e mais para a consolidação de uma "medicina defensiva". Essa posição defensiva além de constituir um fator de diminuição na assistência aos pacientes de maior risco, o expõe a uma série de efeitos secundários ou ao agravamento da saúde e dos níveis de vida do conjunto da sociedade. Os Estados Unidos há muito tempo foram obrigados a modificar aquele entendimento, protegendo e estimulando o médico, principalmente na emergência, através do que ali chamaram de "Leis do Bom Samaritano". Portanto, se não houver, entre nós, um trabalho bem articulado, os médicos, num futuro não muito distante, vão trabalhar pressionados por uma sociedade de inclinação litigiosa, voltada para a compensação, toda vez que os resultados não forem, pelo menos sob sua ótica, absolutamente perfeitos.

E claro que não existe uma "receita" perfeita e acabada para solucionar tais questões pelo menos em curto prazo. Os pacientes, mesmo em alguns países mais desenvolvidos, estão sendo rejeitados, a "medicina defensiva" dobra seus custos e o relacionamento do médico com seu paciente pode se transformar numa tragédia.

Por isso, pode-se afirmar que é muito importante a melhoria da relação médico-paciente, pois de um relacionamento afetivo e fraterno dificilmente sai uma demanda judicial. Muitas delas são movidas por pacientes ou familiares como resposta às hostilidades de uma convivência tumultuada. Depois, fazer ver a sociedade que a questão da saúde não é uma questão exclusiva dos médicos e que ela deve lutar pela melhoria das condições dos níveis de vida, manifestando-se seriamente frustrada ante a crescente disparidade entre as possibilidades da ciência e o bem-estar real.

Por fim, o que se quer alertar a sociedade é que, além do erro médico, existe outras causas que favorecem o mau resultado, como as péssimas condições de trabalho e a penúria dos meios indispensáveis no tratamento das pessoas. Afinal de contas, os pacientes não estão morrendo nas mãos dos médicos, mas nas filas dos hospitais, a caminho dos ambulatórios, nos ambientes miseráveis onde moram e na iniquidade da vida que levam. Nesse cenário perverso de trabalho é fácil entender o que vem acontecendo no exercício da medicina, onde se multiplicam os danos e as vítimas, e onde é fácil culpar os médicos, que seriam os primeiros encontrados. Os médicos também são vítimas.

### 3. As conclusões

Qualquer que seja a forma de obrigação de meios ou de resultado, diante do dano, o que se vai apurar é a responsabilidade, levando em conta principalmente o grau da culpa, o nexo de causalidade e a dimensão do dano, ainda mais diante das ações de indenizações por perdas e danos. Aquelas formas de obrigação apenas definem o ônus da prova.

No ato médico, a discutida questão entre a culpa contratual e a culpa aquiliana, e, em consequência a existência de uma obrigação de meio ou uma obrigação de resultado, parece-nos, em determinados instantes, apenas um detalhe. Na prática, o que vai prevalecer mesmo é a relação entre a culpa e o dano, pois até mesmo a exigência do *ônus probandi* já tem remédio para a inversão da prova, qualquer que seja a modalidade de contrato.

Hoje, mesmo em especialidades consideradas obrigadas a um resultado de maneira absoluta, como na cirurgia plástica puramente estética, já se olha com reservas esse conceito tão radical de êxito sempre, pois o correto é decidir pelas circunstâncias de cada caso.

### Referências

- 1 – ALVES DIAS, J – *Da responsabilidade Civil*. 6ª edição, vol. 1 e 2, Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- 2 – ITURRASPE, J. M. – *Responsabilidade Civil del Médico*. Buenos Aires: Editora Astrea, 1979.
- 3 – KFOURI NETO, M. – *Responsabilidade Civil do Médico*. 3ª edição, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1998.
- 4 – AGUIAR Jr., RR – *Responsabilidade Civil do Médico*. RT 718/33.
- 5 – MAGALHÃES, TAL – *O dano estético*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1980.
- 6 – BRANCO, GLC – *Aspectos da Responsabilidade Civil e do Dano Médico*. Arq Cons Reg Me do PR, 14 (54):87-108, 1997.
- 7 – GIOSTRI, HT – *Erro Médico à Luz da Jurisprudência Comentada*. Curitiba: Juruá Editora, 1998.
- 8 – PEREIRA, CMS – *Responsabilidade Civil*. 3ª edição, Rio: Forense, 1993.
- 9 – FRANÇA, GV – *Direito Médico*. 7ª edição. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2001.

**Palavras-Chave** - cirurgia plástica, obrigação de meio ou de resultado, ética em cirurgia plástica

**Key Words** - plastic surgery, ethics in plastic surgery

# LISTAGEM MÉDICA DE DADOS CADASTRAIS NOS CRMS

## RESOLUÇÃO CFM Nº 1.625/2001

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

CONSIDERANDO a imperiosa necessidade que têm as entidades médicas para o acesso a esses dados com vistas ao desenvolvimento de suas atividades e fornecimento de informações aos seus filhos.

CONSIDERANDO que a profissão médica é de caráter público e que, portanto, os locais onde é exercida devem ser de domínio e conhecimento da sociedade;

CONSIDERANDO que as instituições públicas e os seus representantes oficiais necessitam de informações de dados profissionais dos médicos para o desenvolvimento de suas ações legais e/ou constitucionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de julho de 2001.

### RESOLVE:

Art. 1º - Os dados profissionais dos médicos podem ser fornecidos pelos Conselhos Regionais de Medicina nos quais estejam inscritos, quando forem solicitados oficialmente pelos legítimos representantes de entidades médicas sindicais ou associativas, comissões de formatura, órgãos e instituições públicas oficiais e a médicos em geral.

Parágrafo 1º - Pessoas físicas e instituições de assistência à saúde podem receber informações apenas sobre a titulação de médicos ou de equipes médicas, quando o objetivo for a contratação de serviços profissionais médicos.

Parágrafo 2º - É vedado o fornecimento de quaisquer dados cadastrais pessoais ou profissionais para fins comerciais, de publicidade ou divulgação de produtos alheios à atividade médica.

Parágrafo 3º - Os dados profissionais referidos no caput deste artigo são nome, número de inscrição no Conselho Regional de Medicina, especialidade e endereço do local de trabalho do(s) médico(s).

Art. 2º - Os custos financeiros decorrentes da confecção de listagens de médicos serão cobrados ao interessado pelo Conselho Regional que receber a solicitação.

Art. 3º - Revoga-se a Resolução CFM nº 1.495/98.

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

Brasília-DF, 11 de julho de 2001.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução CFM nº 1625/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 8/8/01

**Palavras-Chave** - publicação de lista médica, listagem médica, cadastro dos médicos  
**Key-Words** - physician list, medical registration, medical list publication

# **TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

## **RESOLUÇÃO CFM N.º 1.623/2001**

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

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

CONSIDERANDO que médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde;

CONSIDERANDO ser vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos e tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento;

CONSIDERANDO ser vedado ao médico participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos;

CONSIDERANDO ser vedado ao médico obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe;

CONSIDERANDO que a perda traumática, a ausência congênita de tecidos e situações clínicas de difícil resolução, como por exemplo as queimaduras extensas, permanecem como um desafio terapêutico, independentemente das alternativas disponíveis, influenciando a morbidade e mortalidade;

CONSIDERANDO que o cultivo de células *in vitro* representa uma alternativa terapêutica;

CONSIDERANDO a existência de normas legais vigentes no país relativas à doação e transplante de órgãos e tecidos;

CONSIDERANDO que o transplante de tecidos ou células para finalidades terapêuticas é um ato médico;

CONSIDERANDO que no País se inicia a normatização referente a Bancos de Tecidos e Células;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de julho de 2001.

### **RESOLVE:**

Art. 1º - O funcionamento dos serviços onde são desenvolvidos a captação, processamento, armazenamento, distribuição e efetivação de transplante de tecidos e células para fim terapêutico deve estar condicionado à aprovação da Comissão de Ética Médica da instituição a que estão vinculados.

### Captação de tecidos e células para cultivo:

Art. 2º - A captação de tecidos e células para cultivo para uso alógeno e autógeno deve obedecer a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, alterada pela MP n.º 1718, de 6 de outubro de 1998, regulamentada pelo Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1998, e disciplinada pelas Portarias GM/MS n.º 3.407, de 5 de agosto de 1998, e 904, de 16 de agosto de 2000.

### Processamento:

Art. 3º - O processamento deve obedecer a protocolos pré-estabelecidos, devidamente registrados e embasados na experiência científica nacional e internacional.

Art. 4º - As características da função celular e a qualidade biológica dos tecidos e células cultivados devem ser comprovadas e documentadas previamente à utilização terapêutica.

Art. 5º - O cultivo das células e tecidos deve ser conduzido em instalações e em condições técnicas apropriadas, segundo normas que permitam a produção de materiais compatíveis e seguros para seu uso como transplantes ou implantes.

Parágrafo único – Cabe à autoridade sanitária nacional estabelecer e supervisionar o cumprimento das normas acima citadas.

### Armazenamento:

Art. 6º - Os tecidos e células cultivados devem ser armazenados em condições que permitam:

- I) a rigorosa identificação do doador;
- II) o fácil acesso ao tecido/células quando do momento de seu uso;
- III) a manutenção das qualidades biológicas e funcionais durante o período considerado válido para armazenamento;
- IV) a existência de sistemas de controle relativos a contaminações bacterianas, virais e fúngicas durante o período de armazenamento.

### Disponibilização:

Art. 7º - Os tecidos ou células cultivados devem ser disponibilizados de maneira a:

- I) assegurar a manutenção de sua qualidade desde o momento da retirada do estoque até sua utilização clínica;
- II) assegurar a identificação da origem e o histórico de processamento de todos os tecidos e células disponibilizados para transplante e/ou transplantados;
- III) tornar compulsório o registro dos resultados ou efeitos colaterais indesejáveis;
- IV) permitir o recolhimento e a eliminação de material considerado inadequado para transplante;
- V) assegurar que quando não utilizados em transplantes no respectivo doador, sejam desprezados ou possam ser utilizados em projetos científicos aprovados por Comissões de Ética e Pesquisa, desde que autorizado pelo doador;
- VI) permitir seu transplante a outro receptor que não o doador, desde que autorizado pelo mesmo.

Transplante:

Art. 8º - O transplante de tecidos e células cultivados deve:

I) ser realizado por equipe médica tecnicamente capacitada;

II) implicar na obrigatoriedade do registro, em prontuário médico do receptor, da origem dos tecidos e células transplantados e os dados do procedimento realizado;

III) tornar obrigatória a existência do registro dos dados do doador e receptor nos arquivos do fornecedor do produto.

Art. 9º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de julho de 2001

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1623/2001  
Aprovada Sessão Plenária de 11/7/01

**Palavras-Chave** - normas para transplante, comissão de ética médica

**Key-Words** - standarts transplantation, medical ethics committee

## **MULHER PERDE BATALHA PRO-EUTANÁSIA**

### **Britânica sofre de doença degenerativa e está em fase terminal**

Londres (Das agências internacionais) - A britânica Diane Pretty, que sofre de uma doença degenerativa e está em estado terminal, perdeu ontem uma batalha na Justiça pelo "direito de morrer com dignidade". O veredicto foi um grande revés para os simpatizantes da eutanásia no país.

Diane, de 42 anos, deseja que seu marido, Brian, com quem é casada há 25 anos, não seja processado por ajudá-la a cometer suicídio. A pena máxima para esse caso é de 14 anos de prisão.

"Ela quer continuar a lutar. Acho que vai querer recorrer à Casa dos Lordes (entidade britânica que equivale ao senado). Foi o que acabou de me dizer", declarou Brian após a audiência, traduzindo o que a mulher balbuciava ao seu lado.

"Ela está decepcionada e acredita que tem o direito de fazer o que julga correto", acrescentou. Três juizes da Alta Corte rejeitaram o pedido de Diane e negaram a possibilidade de recurso contra a decisão. Sua única alternativa agora é apelar à Casa dos Lordes.

O casal alegou que a recusa em autorizar Brian a ajudá-la a cometer suicídio assistido infringe os direitos humanos por sujeitar Diane a tratamento degradante e por não respeitar sua vida privada.

Mas o veredicto da Justiça afirmou que os direitos humanos correspondem a "viver com dignidade e não a morrer com dignidade".

#### **Paralisia**

Diane recebeu o diagnóstico de que sofria da doença em 1999. Atualmente, está paralisada do pescoço para baixo e vive em uma cadeira de rodas. Ela mal consegue falar e é alimentada por um tubo. Segundo os médicos, porém, sua capacidade mental não se deteriorou.

Transcrito da Gazeta do Povo 19/10/2001

# **DIVULGAÇÃO EM IMPRENSA LEIGA DE SOFTWARES DE APOIO À DECISÃO MÉDICA**

Parecer CFM

## **EMENTA**

É vedada ao médico a divulgação e comercialização, em veículos de comunicação de massa, de assuntos que não sejam de caráter de esclarecimento e educacional, conforme recomenda a Resolução CFM n.º 1.036/80.

O presidente da Associação Médica Homeopática Brasileira, em ofício ao presidente do CFM, solicita posicionamento deste Conselho em relação à participação de médicos na divulgação e comercialização, em veículos de comunicação de massa, de *softwares* de apoio a decisão médica, o que facilita o exercício ilegal da medicina, com conseqüente prejuízo ao paciente.

## **PARECER**

Os Conselhos de Medicina têm recebido inúmera solicitações de parecer acerca desse assunto de grande complexidade e que envolve a abrangência do ato médico.

Essas questões têm ocupado espaço significativo nas publicações médicas, em face do crescente número de divergências no que tange a competência de cada profissão, principalmente na área da saúde.

A Homeopatia, por ser especialidade reconhecida há poucos anos, tem dificuldades maiores, com cidadãos sem formação na área da saúde e que se julgam preparados para exercê-la, havendo até, como consta no processo-consulta, jornais específicos que incentivam o exercício dessa atividade.

A solicitação da ABMH e de inúmeras outras entidades ou colegas reforça e embasa a árdua tarefa que o CFM vem desenvolvendo: a de precisar a abrangência do ato médico.

Nos casos em questão, entendo que a participação do médico na divulgação e comercialização de *softwares* de apoio a decisões médicas em imprensa leiga viola o artigo 131 do CEM, que veda ao médico:

*Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.*

Os fatos relatados pela ABMH desrespeitam, também, a Resolução CFM n.º 1.036/80, que trata de divulgação de assuntos médicos em seu artigo 8º, parágrafo 2º, alínea C, que entende por sensacionalismo:

*“Apresentação em público de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico”.*

Concluo, em razão da questão que envolve a consulta estar contida no art. 131 do CEM e na Resolução CFM n.º 1.036/80, que sejam denunciados aos Conselhos

Regionais os médicos que estejam participando de comercialização e divulgação de softwares de apoio a decisões médicas em veículos de ampla comunicação para a população.

Este é parecer, SMJ.

Brasília, 7 de fevereiro de 2001.

Remaclo Fischer Júnior  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM n.º 7869/2000  
Parecer Aprovado CFM N.º 27/2001  
Sessão Plenária de 22/6/2001

**Palavras-Chave** - softwares médicos, divulgação de softwares  
**Key-Words** - medical softwars, softwars publicity

### **OSSOS DE BEBÊS USADOS EM PROVAS NUCLEARES**

*A Autoridade Britânica para a Energia Atômica (Ukaeka) utilizou ossos de bebês em provas nucleares sem informar os países, admitiu ontem a porta-voz da agência. Cerca de 6 mil fêmures foram extraídos de corpos de bebês entre 1954 e 1970 para medir efeitos de provas nucleares. A porta-voz disse que o país dos bebês não foram consultados porque isso era normal naquela época. Os estudos com os ossos mostraram uma grande elevação dos níveis de estrôncio 90 nas provas nucleares, o que levou à suspensão dos testes.*

Transcrito da Gazeta do Povo  
agosto/2001

# EMISSÃO DE LAUDO PERICIAL DE INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE

## EMENTA

Cabe exclusivamente ao médico, profissional que reúne as condições necessárias quer seja pelo aspecto de sua formação técnico-científica e ética, como legal, a interpretação do resultado de exames laboratoriais e elaboração do Laudo Pericial da Investigação de Paternidade.

## DA CONSULTA

Trata-se de consulta formulada por uma advogada, Dr<sup>o</sup>. C. C., que, esclarecendo preliminarmente, fez os seguintes questionamentos: *um cirurgião dentista foi nomeado perito judicial numa investigação de paternidade para realizar exame de sangue tipo HLA e ABO – RH e espermograma, sendo que o que se sabe de sua qualificação é que o mesmo é ligado à área de odontologia legal e deontologia.*

1 – *É este profissional legalmente habilitado e capacitado para a realização, interpretação e emissão de laudos de tais exames?*

2 – *Além do médico, quais outros profissionais poderiam realizar, interpretar e emitir laudos sobre referidos exames?*

3 – *Um biomédico poderia realizá-los, interpretá-los e emitir respectivos laudos?"*

## DAS PERÍCIAS EM GERAL

No foro cível, são três os peritos, sendo um para cada parte (chamados assistentes técnicos) e um perito do juiz (perito judicial).

O assistente técnico é um assessor dos litigantes: não é perito do juízo. Por isso, cada litisconsorte é livre para indicar seu assistente, especialmente nos casos de interesses distintos ou antagônicos.

**O Código de Processo Civil, normatiza as questões sobre perícias e peritos:**

Art. 145 – Quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito, segundo o disposto no art. 421.

Parágrafo 1º - *Os peritos serão escolhidos entre profissionais de nível universitário, devidamente inscritos no órgão de classe competente, respeitado o disposto no Cap. VI, seção VII, deste Código.*

Parágrafo 2º - *Os peritos comprovarão sua especialidade na matéria sobre que deverão opinar, mediante certidão do órgão profissional em que estiverem inscritos.*

Parágrafo 3º - *Nas localidades onde não houver profissionais qualificados que preencham os requisitos dos parágrafos anteriores, a indicação dos peritos será de livre escolha do juiz.*

Art. 424 – *O perito pode ser substituído quando:*

I – *carecer de conhecimento técnico ou científico*

II -...

**É INIDONEA A PROVA, SE O PERITO NÃO TEM CONHECIMENTO TÉCNICO NECESSÁRIO À ELABORAÇÃO DO LAUDO (RTJ 83/9664).**

No âmbito penal, são dois peritos oficiais.

As perícias também estão normatizadas pelo Código de Processo Penal, no Título VII, Capítulo II – DO EXAME DO CORPO DE DELITO, E DAS PERÍCIAS EM GERAL:

Art. 159 – Os exames de corpo de delito e outras perícias serão feitos por dois peritos oficiais.

Parágrafo 1º - Não havendo peritos oficiais, o exame será feito por duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior, escolhidas de preferência as que tiverem habilitação técnica relacionada à natureza do exame.

Parágrafo 2º - Os peritos não oficiais prestarão o compromisso de bem e fielmente desempenhar o cargo.

Art. 160 – Os peritos elaborarão o laudo pericial, descrevendo minuciosamente o que examinarem e responderão aos quesitos formulados.

Vemos que tanto no Código de Processo Civil como no Código de Processo Penal existe a exigência de o perito ser portador de diploma universitário.

Esta imposição prende-se ao fato de cada profissão universitária ser detentora de conhecimentos, habilitação técnica específica e competência exclusiva, com áreas de atuação delimitadas e regulamentadas por lei, tendo nos respectivos Conselhos o órgão fiscalizador do exercício profissional, direitos, deveres e responsabilidades.

Exemplificando: Uma perícia contábil jamais poderá ser feita por um farmacêutico, já que este não possui conhecimentos, habilitação técnica específica ou competência para realizá-la, de conformidade com os diplomas legais.

As perícias relacionadas aos animais são executadas por médicos veterinários, os únicos com conhecimentos e habilitação legal para tal função.

As perícias em objetos são realizadas por profissionais de nível superior com formação e habilitação específica relacionada ao objeto a ser periciado. São denominados peritos criminais nos órgãos de perícia científica (engenheiro, bioquímico, dentista, contador, biólogo, farmacêutico).

As perícias realizadas no homem, esteja ele vivo ou morto, ou reduzido a despojos, as interpretações de resultados dos exames laboratoriais das secreções e excreções e fluidos corporais, com a conseqüente emissão do laudo pericial, são da competência exclusiva do médico, profissional com formação conhecimento técnico-científico e habilitação legal para tal função.

Ao profissional da odontologia cabe realizar as atividades específicas relacionadas ao aparelho mastigatório, isto é, mandíbula, maxila, elementos dentários e gengivas, não importando se este profissional possui especialização em odontologia legal, que nada mais é do que uma especialização da odontologia voltada aos problemas de ordem legal, como a identificação pela arcada dentária, a verificação de idade através do estudo dos dentes, etc. Em sua área específica de atuação, o odontólogo pode emitir receitas, atestados e laudos.

O Conselho Federal de Odontologia, através da Resolução CFO n.º 3, de 26/2/1999, baixou normas para a prática da cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais por cirurgião dentista, disciplinando a competência e atribuições do odontólogo:

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

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

Art. 3º....

Art. 4º....

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

O médico é o *profissional que possui em sua formação todas as disciplinas relacionadas ao funcionamento normal e patológico do ser humano, de forma ampla e integrada, desde a embriogênese até a senilidade, prevenindo, diagnosticando e tratando as doenças físicas e mentais.* Debruça-se, também, por ser sua competência legal, sobre a hereditariedade e os fenômenos da decomposição cadavérica.

Este somatório fornece sólido alicerce de conhecimentos técnico-científicos e éticos para lidar com o complexo problema da investigação de paternidade.

A solicitação, análise e interpretação de resultados dos exames complementares, o diagnóstico, prognóstico e o tratamento, exceto nas áreas de competência da odontologia, são atribuições legais exclusivas do médico.

Ao biomédico ou a qualquer outro profissional capacitado, cabe a realização dos exames complementares solicitados por médicos.

O saber realizar a técnica de um determinado exame não permite a interpretação de seus resultados, pois falta-lhe outros conhecimentos.

A investigação de paternidade, devido as múltiplos aspectos científicos, éticos e legais que pode envolver dissolução de casamentos, disputa por espólios, reconhecimento de filhos ilegítimos, linchamento moral, crimes sexuais, doenças mentais e doenças de caráter familiar, é inalienavelmente um ato médico.

Cabe ao médico estar atento às atribuições que lhe são exclusivas, refutando veementemente que outros profissionais não habilitados e não autorizados legalmente realizem atos médicos, causando imensurável prejuízo a saúde do homem e, por extensão, à sociedade e a justiça.

**RESPONDENDO AOS QUESITOS:**

**1º) NÃO ESTÁ LEGALMENTE HABILITADO.**

**2º) QUALQUER PROFISSIONAL COM CONHECIMENTO DE TÉCNICA LABORATORIAL, LEGALMENTE HABILITADO, PODE REALIZÁ-LOS, PORÉM, A INTERPRETAÇÃO E EMISSÃO DOS RESPECTIVOS LAUDOS SÃO ATRIBUIÇÕES EXCLUSIVAS DO MÉDICO.**

**3º) NADA IMPEDE UM BIOMÉDICO REALIZAR O EXAME, MAS CABE AO MÉDICO A INTERPRETAÇÃO E EMISSÃO DO RESPECTIVO LAUDO.**

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 16 de maio de 2001.

Dardeg de Souza Aleixo  
Cons. Relator de Vista

Processo-Consulta CFM n.º 5126/2000  
Parecer Aprovado CFM n.º 26/2001  
Sessão Plenária de 22/6/2001

**Palavras-Chave** - laudo pericial, paternidade, perito  
**Key-Words** - medical expert report, paternity, medical expert

*Colega*

*Não presenteie com  
Álcool ou Tabaco.*

*Seja criativo.*

*Você também é  
Responsável.*

# REGISTRO DE INSTITUIÇÕES MÉDICAS EM CONSELHOS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Parecer CFM

## EMENTA

A inscrição de empresas no Conselho de atividade profissional não está condicionada à sua natureza jurídica, mas sim à sua atividade básica. A execução das atividades de diagnóstico e prescrição na área de saúde são exclusivas do médico, sendo obrigatório o registro das mesmas no CRM dos locais onde estes atos são praticados como atividade-fim.

O Consulta o CREMERS a este CFM sobre a vigência do Parecer n.º 286/97 do Setor Jurídico do CFM, cuja ementa dispõe:

*A Lei n.º 6.839/80 caracteriza a obrigação de registro no Conselho respectivo em razão da atividade preponderante prestada pela empresa. As instituições médicas registradas junto ao CRM não devem registrar-se nos Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, desde que sua atividade básica seja a prestação de serviços médicos. Se a empresa prestar tão-somente serviços de fisioterapia ou terapia ocupacional, não albergando a área médica, deve efetivar o seu registro junto ao Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional pertinente. O fisioterapeuta e terapeuta ocupacional podem executar apenas os métodos e técnicas fisioterápicas, não cabendo qualquer tipo de prescrição ou diagnóstico, o que compete ao médico.*

Confronto o CREMERS este parecer à tese do Supremo Tribunal Federal/STF – Representação 1056 – DF, que consolida ser a presença do médico indispensável antes, durante e até a finalização de qualquer tratamento fisioterápico. Ressalte-se serem os fisioterapeutas executores de técnicas e métodos terapêuticos, sempre sob supervisão médica. Por ver citado o Parecer n.º 286/97 do Setor Jurídico do CFM, achei por bem solicitar manifestação daquele setor, o qual transcrevo na íntegra por considerá-lo coincidente com meu juízo.

PARECER N.º 286/97 do Setor Jurídico

“O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás encaminha expediente ao CFM no qual solicita um posicionamento acerca da obrigatoriedade de registro de empresas de fisioterapia ou terapia ocupacional nos Conselhos de Medicina.

Este Setor Jurídico foi instado a manifestar-se sobre o assunto suscitado.

Cumpra trazer à lume os dispositivos legais que regem a profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

O Decreto-Lei n.º 938, de 13/10/1969, o qual prevê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, assim dispõe:

“Art. 1º - É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente Decreto-Lei.

Art. 2º - O fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3º - É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Art. 4º - É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais com a finalidade de restaurar, desenvolver e

conservar a capacidade mental do paciente.

Urge enfatizar o entendimento da palavra "métodos", do artigo 3º da citada lei, descrito pelo ministro Décio Miranda, relator da Representação n.º 1.056, consignando em seu voto, in litteris:

"..... O que seria método, para fisioterapeuta? Digamos, num exemplo prático: a prescrição para o tratamento de certa deficiência física é o método do calor. Agora, qual é a técnica? É a técnica do pano aquecido, do ar quente, da água morna. Nesse sentido é que a palavra método está empregada, segundo me parece."

Portanto, os fisioterapeutas são profissionais de nível superior, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, competindo-lhes a execução de métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais.

De outro lado, a Lei n.º 6.316, de 17/12/75, a qual cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, consigna que:

".....

Art. 12 – O livre exercício da profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, em todo o território nacional, somente é permitido ao portador de carteira profissional expedida por órgão competente.

Parágrafo único – É obrigatório o registro nos Conselhos Regionais das empresas cujas finalidades estejam ligadas à fisioterapia ou terapia ocupacional, na forma estabelecida em Regulamento."

Contudo, a Lei n.º 6.839/80, que dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício da profissão, determina que:

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

Dessa forma, a citada lei não caracteriza a obrigação em razão de sua natureza jurídica, mas em razão de seu objeto, que é a sua atividade básica.

A empresa médica cuja atividade básica seja a prestação de serviço médico tem assim configurada a sua atividade básica e, portanto, deverá registrar-se tão somente junto aos Conselhos de Medicina.

Cabe trazer à baila a Decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região na Apelação em mandato de Segurança n.º 90.01.09524-0-MG, em termos:

**"ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL – EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPEUTA E TERAPIA OCUPACIONAL – REGISTRO – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS EM MS (SÚMULA 512/STF).**

I – Os médicos especialistas nos ramos da medicina relativos à fisioterapia e terapia ocupacional podem exercer tais atividades, inobstante as disposição do Decreto-Lei n.º 938, de 13.10.69, que regulamenta as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

II – Não está sujeita a registro no Conselho Regional de Terapia e Terapia Ocupacional a Clínica Médica registrada no CRM respectivo, em razão de sua atividade preponderante. Se, no entanto, forem contratados fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais em relação a eles há que exigir-se a inscrição no Conselho respectivo, aliás, obrigatória para o exercício profissional.

Como já decidi reiteradamente o ex-TRF, com base no artigo 1º da Lei n.º 6.839, de 30.10.80, "o critério definidor da obrigatoriedade de registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, dela encarregados, nos Conselhos de fiscalização do exercício das profissões assenta-se na atividade básica da empresa,

ou firma-se em relação à natureza dos serviços que a mesma presta a terceiros". Sendo preponderante a atividade médica, basta a inscrição no respectivo CRM". A única ressalva a fazer é a de que sendo, eventualmente, contratado técnico pelo médico ou pela clínica, para "manipular pessoas e aparelhos, com técnicas de aplicação e manipulação" (termos da sentença), este deverá, obrigatoriamente, estar registrado no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional". (grifamos)

Dessa feita, pode-se inferir que as instituições médicas registradas junto ao Conselho Regional de Medicina não deverão registrar-se junto aos Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, desde que a sua atividade básica seja a prestação de serviços médicos.

Em recentes assentadas, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, mantém o entendimento, in verbis:

Apelação Cível n.º 90.01.12746-0/MG:

"ADMINISTRATIVO – CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA – INSCRIÇÃO – HOSPITAL.

1. Segundo a jurisprudência dominante, prepondera a atividade principal, para efeito de submeter-se um estabelecimento à fiscalização de órgão de classe.

2. Se o hospital está inscrito no Conselho Regional de Medicina, não necessita de também inscrever-se no COFITO.

Apelação Cível n.º 96.01.03013-1/MG

"ADMINISTRATIVO. ÓRGÃO DE CLASSE. PROFISSIONAL. EXIGÊNCIA DE REGISTRO.

ATIVIDADE-FIM.

Não cabe exigir o registro em todos os Conselhos de Classe que abarcam as atividades meio do autor, já devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (atividade-fim).

2. O definidor do nosso sistema é o regime único, ou seja, basta o registro pela atividade básica (art. 1º da Lei n.º 6.839/80).

Por fim, cumpre transcrever a Decisão do Supremo Tribunal Federal na Representação n.º 1.056-2, em termos:

"CONSTITUCIONAL. Regulamentação profissional. 1) Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Privatividade profissional para execução de métodos e técnicas fisioterápicos, quanto aos primeiros, e métodos e técnicas terapêuticos e recreacionais, quanto aos segundos (arts. 3º e 4º do Decreto-lei n.º 938, de 13.10.69), ressalvada a atuação, nos respectivos campos operacionais, de Médicos Fisioterapeutas e Médicos Fisiatras. 2) Obrigatoriedade, na forma de regulamento a ser baixado, de registro, nos Conselhos Regionais de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, das empresas ligadas a essas práticas (art. 12 da Lei n.º 6.316, de 17.12.75). 3) Improcedência da arguição de inconstitucionalidade dos preceitos legais correspondentes aos itens acima.

.....  
O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional são profissionais de nível superior, diz a lei, e, realmente, seu aprendizado compreende os fundamentos científicos dos correspondentes ramos da Medicina, não apenas os aspectos de sua aplicação.

Não lhes cabe, porém, diagnosticar as causas de natureza das deficiências orgânicas ou psíquicas dos pacientes, nem indicar os tratamentos.

.....  
A esses especialistas médicos corresponderá a tarefa, mais exigente e mais complexa, do diagnóstico, da prescrição dos tratamentos e, bem assim, da avaliação dos resultados, não da execução material das técnicas e métodos prescritos,

reservados à nova profissão.

.....  
Considerou este que o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional melhor reúnem as condições de capacidade para executar (não para prescrever) métodos e técnicas de tratamento.

..... “(grifamos)

Finalmente, urge salientar que se a empresa em comento prestar tão somente serviços de fisioterapia ou terapia ocupacional, não albergando a área médica, estará isenta de registrar-se nos Conselhos de Medicina, devendo efetivar o seu registro junto aos Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Vale lembrar, ainda, que a fisioterapia e terapia ocupacional no caso vertente cinge-se tão somente à execução dos métodos e técnicas fisioterápicas, não cabendo qualquer tipo de prescrição ou diagnóstico, o que compete ao médico.

#### CONCLUSÃO

*Ex positis, concluímos que:*

a) A Lei n.º 6.839/80 não caracteriza a obrigação de registro no Conselho de Fiscalização Profissional pertinente em razão de sua natureza jurídica, mas em razão de seu objeto, que é a sua atividade básica.

b) A empresa médica cuja atividade seja a prestação de serviço médico tem assim configurada a sua atividade básica e, portanto, deverá registrar-se junto aos Conselhos de Medicina.

c) As instituições médicas registradas junto ao Conselho Regional de Medicina não devem registrar-se junto aos Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, desde que a sua atividade básica seja a prestação de serviços médicos.

d) Se a empresa prestar tão somente serviços de fisioterapia ou terapia ocupacional, não albergando a área médica, estará isenta de registrar-se nos Conselhos de Medicina, devendo efetivar o seu registro junto aos Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

e) Vale lembrar, novamente, que a fisioterapia e terapia ocupacional no caso vertente cinge-se tão somente à execução dos métodos e técnicas fisioterápicas, não cabendo qualquer tipo de prescrição ou diagnóstico, o que compete ao médico.”

Levando em consideração o documento elaborado pela Assessoria Jurídica do CFM e entendendo que as atividades de diagnóstico e prescrição são de exclusividade do médico, este é o meu parecer.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 10 de janeiro de 2001.

Antônio Gonçalves Pinheiro  
Cons.Relator

Processo-Consulta CFM n.º 6557/2000  
Parecer CFM Aprovado n.º 31/2001  
Sessão Plenária de 13/7/2001

**Palavras-Chave** - registro de empresa médica, registro de empresa de fisioterapia, Conselhos Regionais

**Key-Words** - medical business registration, physiotherapistm business registration, Regional Boards

# LIBERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS DO CRM, LISTAGEM MÉDICA

Parecer CFM

## EMENTA

Dados cadastrais – fornecimento Resolução CFM n.º 1.495/98 – revogação. Dos dados profissionais constantes dos cadastros dos Conselhos Regionais de Medicina podem ser fornecidos a instituições e órgãos públicos oficiais, bem como a entidades, sociedades, associações, comissões e sindicatos de médicos, por listagem solicitada oficialmente por seus representantes legítimos. A Resolução CFM n.º 1.495/98 deve ser revogada e substituída por resolução que atenda ao aqui exposto.

Na Sessão Plenária deste Conselho, realizada em janeiro deste ano na cidade de Salvador-BA, foi apresentado e apreciado parecer do conselheiro Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira referente à matéria encaminhada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, que trata de questionamento da Resolução CFM n.º 1.495/98, por proposição do médico R.L.E. (CRM-BA).

O dr. R.L.E, em carta ao CREMEB, expressa o seu entendimento de que os Conselhos Regionais de Medicina não são capazes de controlar as informações prestadas, pelo risco de reprodução e repasse para outrem, e que os dados fornecidos poderiam servir para utilização que não a alegada por quem as solicitou diretamente aos Conselhos. Aduz ainda o dr. R.L.E que os Conselhos não podem delegar atribuições aos seus funcionários para avaliação dos pedidos de fornecimento de dados dos médicos, e que os funcionários teriam de ser deslocados de suas funções específicas para o atendimento de receber e responder aos pedidos de fornecimento de dados dos médicos inscritos nos Conselhos; questiona também a praticidade e a exequibilidade da Resolução CFM N.º 1.495/98, com a argumentação de que, sendo a massa de médicos e seus respectivos dados cadastrais volumosa, seria impraticável a tarefa se feita manualmente e se realizada eletronicamente poderia resultar em liberação de dados não solicitados; a dificuldade na realização da atividade de fornecer dados de médicos seria certamente agravada pela impossibilidade de especificar exatamente quem autorizou, o quê e para quem no universo dos inscritos.

Por fim o dr. R.L.E. cita o inciso XII do art., 5º da Constituição Federal como proibitivo e aplicável à espécie: *“(...) é preciso desanimar a quem possa pensar que a globalização da informação autoriza a contornar os preceitos e o espírito constitucionais do artigo 5º e mais especificamente, entre outros, do parágrafo XII, muito embora não se ache irregularidade formal ou jurídica na Resolução n.º 1.495/98”.*

Precedendo a Resolução CFM n.º 1.495/98 o Conselho Federal de Medicina acolheu dois pareceres da sua Assessoria Jurídica e três pareceres emitidos por conselheiros, com os entendimentos assim expressos: no parecer jurídico n.º 1.420/86, os Conselhos Regionais de Medicina somente estão obrigados a publicar relação nominal e com o número de inscrição dos médicos ali inscritos e assim, tornando

pública as inscrições, a lista que as contém poderia ser fornecida a quem a solicitasse, sendo vedada, no entanto, a informação de outros dados, pois os Conselhos não possuem sua disponibilidade.

Em outra intervenção do nosso jurídico, em 1996, temos a possibilidade de fornecer os endereços profissionais de médicos, justificável pelo fato de consultórios, clínicas, hospitais, etc. possuírem caráter público, não se tratando, nesse caso, de privacidade dos seus entes, mas de informações de cunho profissional, de acesso aos interessados.

Vemos, portanto, que a opinião da nossa Assessoria Jurídica evoluiu de uma postura ortodoxa, fechada e limitante à Lei n.º 3.268/57 para uma posição mais tolerante e acenando para uma ampliação de competência dos Conselhos, sem ferir a lei.

Quanto às opiniões firmadas em pareceres de conselheiros aprovados pelo plenário do CFM, verificamos claras divergências de forma e conflitos de conteúdo, com entendimentos diversos em relação ao fornecimento de dados dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais, assim explicitados por seus autores:

Em 15.2.1995, o conselheiro Carlos Alberto de Souza Martins (Processo-Consulta CFM n.º 25/1995, cuja interessada era a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia – SBORL, assim se manifesta:

*“A publicação de livro contendo a listagem dos médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, com os dados pessoais existentes nos cadastros destes órgãos, para fins de credenciamento e propaganda médica é indevida por não dispor de previsão legal”.*

O conselheiro Sérgio Ibiapina Ferreira Costa, no Processo-Consulta CFM n.º 19/1997, por interesse da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT, entende que:

*“É lícito o fornecimento e a divulgação parcial ou completa da listagem de médicos pelos Conselhos de Medicina, inclusive especialidades e endereço profissional, conforme dispõe o artigo 15, letra “e”, da Lei n.º 3.268/57, ressalvados os dados de natureza pessoal”.*

Após um ano, este Conselho deliberou sobre o contido no parecer do conselheiro Paulo Eduardo Behrens, decorrente do Processo-Consulta CFM N.º 10/1998, com a SBOT ainda como parte interessada, no qual ele expressa a sua compreensão da matéria do seguinte modo:

*“O fornecimento de listagens com os dados cadastrais dos médicos, pelos Conselhos de Medicina, só é permitida com a prévia manifestação da vontade do profissional. Os Conselhos deverão, no ato da inscrição, solicitar ao médico o preenchimento de impresso acerca desta manifestação”.*

Note-se que os conselheiros Carlos Alberto de Souza Martins e Sérgio Ibiapina Ferreira Costa prenderem-se a dispositivos legais, mormente a lei n.º 3.268/57 e a Constituição Federal, em particular o artigo 5 e seus incisos X e XII, para lavrarem seus pareceres, ambos de denso conteúdo, brilhante argumentação e conclusões diferentes, mas de fácil compreensão: o conselheiro Sérgio Ibiapina centrou o seu raciocínio no pedido da SBOT, que solicitara os endereços dos seus associados para com eles se comunicar, a partir de listagem existente na própria SBOT e que seria enviada ao Conselho, daí a opinião do conselheiro; aprovada em Sessão Plenária

do CFM, de que seria possível fornecer os endereços profissionais e não os endereços residenciais dos médicos.

O dr. Sérgio, ao interpretar o inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, entendeu que os Conselhos não poderiam fornecer dados pessoais, como endereço residencial, números de documentos, etc. preservando desse modo a vida privada e a intimidade dos médicos, mas no tocante aos endereços dos locais de trabalho estes poderiam ser disponibilizados pois não se caracterizariam quebra de privacidade dos seus entes, mas sim repasse de informações de cunho profissional, de caráter público.

Em outro enfoque, o conselheiro Carlos Alberto elaborou parecer sobre uma questão diferente, na qual a SBORL sugeria que os Conselhos Regionais divulgassem lista contendo os dados pessoais e respectivas especialidades dos médicos ali inscritos, para fins de credenciamento universal. Como resposta, o dr. Carlos Alberto se posicionou contrário ao pleito daquela Sociedade, invocando o artigo 37 da Constituição Federal, que determina à administração pública obedecer à legalidade. Assim, os Conselhos somente podem fazer o que a lei determina; no nosso caso, a obediência à Lei n.º 3.268/57 se impõe, quando no seu artigo 15, letra "i", reza a publicação, pelos Conselhos Regionais, da relação nominal dos seus inscritos, e só.

Como resultado, temos duas conclusões diferentes para duas consultas também diferentes, embora sobre a mesma matéria geral.

O conselheiro Paulo Behrens analisa, em seu rico e elucidativo parecer, a mesma questão, do mesmo interessado que originou o parecer do conselheiro Sérgio Ibiapina, comentando os textos legais e até enriquecendo a sua peça com entendimentos de gabaritados juristas. E vai além, trazendo à discussão um enfoque político, especificamente no trato e relacionamento entre Conselhos de Medicina e entidades sindicais, associativas e científicas, para concluir pelo fornecimento de dados cadastrais aos referidos organismos, desde que com autorização de cada profissional.

Todas as contribuições acima referidas e as discussões no plenário do CFM, delas decorrentes, vieram subsidiar a Resolução CFM n.º 1.495/98, que determina aos médicos que ao se inscreverem em Conselho Regional manifestem, por escrito, a sua autorização ou não para a liberação de seus endereços residencial e/ou de local de trabalho, enquanto os já inscritos deverão ser consultados em relação à autorização ou não da liberação desses dados.

## **CONCLUSÃO**

A maioria dos textos contidos nos pareceres refere-se a dados cadastrais, o que dificulta a compreensão das idéias e prejudica as discussões, mas em leitura cuidadosa de que tem sido exposto por tão qualificados pensadores, percebe-se a tendência comum para liberar os dados dirigida a entidades médicas, com a diferença de que uma corrente liberaria, sem dificuldades, dados profissionais e pessoais, enquanto a outra restringir-se-ia à informação dos dados profissionais; nenhum dos pareceristas referiu-se ao cidadão comum, ao cliente ou potencial paciente de médico a quem busca e do qual necessita informações, pelo menos da sua titulação e local

onde atende, dados que os Conselhos possuem nos seus cadastros e que devem ser dissociados, independentes das anotações cadastrais privadas, pessoais e dos quais os Conselhos, evidente e já sobejamente explicado, não podem dispor. Resta ainda a intransponível dificuldade de os Conselhos conseguirem as referidas autorizações individuais dos médicos já inscritos (a grande maioria); basta constatar a incapacidade de cobrança das anuidades dos médicos, vendo os índices de inadimplência dos Conselhos Regionais. Poderemos contar que os médicos se dirigiram aos Conselhos para manifestar a sua concordância ou discordância acerca da liberação dos seus dados? E se assim fosse, é lógico pretender que seriam unanimemente acordes em relação às liberações de quais dos seus dados e para quem se poderia liberá-los?

A opinião mais recente sobre a matéria de liberação de dados cadastrais dos médicos encontra-se em parecer CREMEB, da lavra do conselheiro José Abelardo Garcia de Meneses, cuja ementa diz:

“Fornecimento de dados cadastrais. O cadastro dos médicos inscritos no CREMEB poderá ser fornecido às demais entidades médicas. Sociedades de Especialidades e comissões de formatura. Será garantido o sigilo dos dados de caráter pessoal. As solicitações de listagens devem conter obrigatoriamente as razões da solicitação. O requerente assumirá o compromisso da guarda das informações contidas no cadastro fornecido. Não será fornecida listagem e/ou cadastro para fins comerciais”.

O parecerista baiano repete os anteriormente citados ao referir-se a “dados cadastrais” e a “entidades médicas, Sociedade de Especialidades e comissões de formatura”, emitindo também outros interessados como clientes em potencial ou que tenham perdido o contato com o profissional, e até empregadores como prefeituras municipais, estados e Ministério da Saúde para atendimento a programas de interiorização de médicos, PSF, etc. e ainda a médicos interessados em estabelecer individualmente contato com colega(s).

O parecer traz um entendimento segundo o qual o conselho de medicina estaria obrigado a ceder listagem a sindicato invocando a CLT no artigo 584, aí confundindo Conselho com Federação ou Confederação Sindical em relação à posse de listagem de médicos sindicalizados; referência ao artigo 599 da CLT igualmente embasa o referido parecer, de forma temerária pois estabelece um conflito de normas: o artigo 599 diz que os profissionais liberais terão o seu exercício profissional suspenso ao não recolherem a contribuição sindical, o que não encontra guarida na Lei n.º 3.268/57, no Decreto n.º 44.045/58, no Código de Ética Médica e, por conseguinte, não havendo referência, no Código de Processo Ético-Profissional. A CLT refere-se a profissionais liberais, e os médicos são regidos por normas específicas. Como se enquadraria um médico para a formalização de um PEP - a única maneira de se conseguir punir o profissional; e caso seja considerado culpado onde seria capitulado na pretensa sentença condenatória?

Acresça-se às omissões contidas nos diversos pareceres e na própria Resolução CFM n.º 1.495/98 a inocuidade desta, visto que os Conselhos Regionais não a estão cumprindo e, creio, que os óbices burocráticos e operacionais são decisivos para tal situação, que põe em risco a autoridade do Conselho Federal de Medicina legislar e não ter sua norma aplicada pelos regionais.

A Resolução CFM n.º 1.495/89 é tímida ao contemplar apenas entidades, comissões de formatura e Sociedades de Especialidades e deixar a descoberto interesses igualmente legítimos das pessoas físicas que solicitem dados profissionais (públicos) dos médicos; torna-se ilegal por pretender liberar endereços residenciais (dados pessoais) e, ainda, lança aos regionais uma pesada carga operacional que, por si só, inviabiliza a sua prática.

Assim, entendo que o Conselho Federal de Medicina, pelo seu plenário, deve elaborar nova resolução sobre o assunto, em norma exequível, legal e que atinja aos interesses legítimos dos profissionais da medicina e da sociedade.

Este é o parecer, SMJ,

Brasília, 3 de maio de 2001.

Rubens dos Santos Silva  
Cons. Relator de Vista

Processo-Consulta CFM n.º 4629/1999  
Parecer CFM Aprovado n.º 23/2001  
Sessão Plenária de 20/6/2001

**Palavras-Chave** - cadastro médico, listagem médica  
**Key-Words** - medical registration, medical list

**ABORTO PERMITIDO**  
**Autorizada interrupção de gravidez**  
**Juiz autoriza retirada de feto com anencefalia**

*O juiz José Eduardo Marcondes Machado autorizou uma gestante a interromper a gravidez de sete meses, em Sorocoba (São Paulo). Ela entrou na justiça quando foi confirmado que o feto não teria condições de sobreviver ao parto por ser portador de anencefalia. A sentença é inédita na cidade e pode causar polêmica.*

*O Ministério Público já havia concedido parecer favorável à interrupção da gestação. O juiz condicionou a cirurgia à prévia avaliação médica que comprove a absoluta inexistência de risco à vida da mãe.*

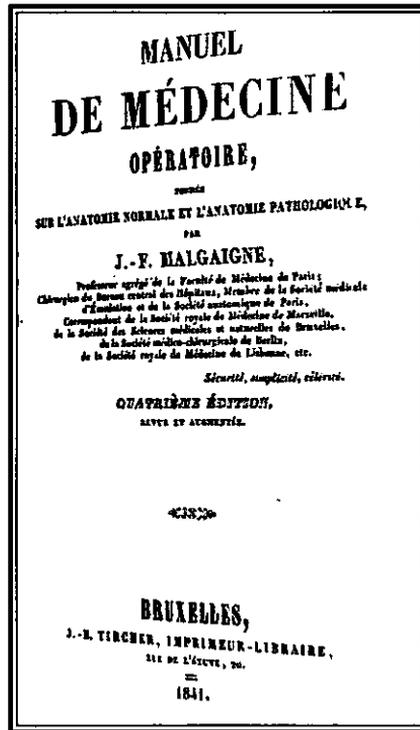
*A legislação brasileira somente reconhece o direito ao aborto em casos de violência sexual ou risco de vida da mulher. Mas parte do Judiciário tem entendido ser possível a ampliação deste direito para casos como o de Sorocoba. Segundo o entendimento, não há justificativa para prolongar o sofrimento da mãe, já que a anencefalia é uma doença irremediável.*

Revista Consultor Jurídico

Transcrito da Gazeta do Povo - 22/09/01

# HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig \*



## LIVRO DE 1841

Nesta época não existia livro de medicina editado no Brasil, utilizável em curso de Medicina. Os primeiros cursos foram criados em 1808 na Bahia e no Rio de Janeiro. Os poucos livros disponíveis vinham da Europa, especialmente da Alemanha e da França. Consultar um livro como o exemplar acima é um privilégio para a nossa formação cultural.

Doador: Prof. Dr. Atlântido Borba Cortes

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 69 À 72/2001**

**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 n.ºs 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.
- 9 - Após o volume n.º 14/97, índice remissivo anual é publicado no número out/dez de cada ano.

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Abono de Falta				
Afastamento de trabalho	70	101	01	18
Atestado Médico	71	155	01	18
Ver atestado, licença	00	00	00	00
Aborto				
Anencefalia	72	232	01	18
Autorização do Ministério Público	72	232	01	18
Autorização Judicial	70	108	01	18
Feto Malformado	70	108	01	18
Acadêmico				
Auxiliar Tutelado	69	49	01	18
Ver Estudante	00	00	00	00
Ver Estudante de Medicina	00	00	00	00
Ação Trabalhista				
Regimento Interno	71	157	01	18
Acidente de Trabalho				
Assistência Integral	69	01	01	18
Medicina do Trabalho	69	01	01	18
Novo Paradigma	69	01	01	18
Responsabilidade Profissional	69	01	01	18
Aeronautas				
Condições de Saúde	71	164	01	18
Confidencialidade das				
Informações	71	164	01	18
Exame médico	71	164	01	18
Resol. CFM N.º 1605/2000	71	164	01	18
Resultados de Exames				
Complementares	71	164	01	18
Riscos à Terceiros	71	164	01	18
Segredo Médico	71	164	01	18
Segurança do Consumidor	71	164	01	18
Afastamento de Trabalho				
Diagnóstico Médico	70	101	01	18
Ver atestado, licença, laudo, parecer	00	00	00	00
Alta				
Condições e Riscos	71	126	01	18
Direito de Pedido	71	126	01	18
Médica-Hospitalar	71	126	01	18
Princípio da Autonomia	71	126	01	18
Analgesia				
Parto	69	49	01	18

ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.	ASSUNTO	Num.	Pág.	Ano	Vol.
<b>Anencefalia</b>					<b>Cadastro Médico</b>				
Aborto	72	232	01	18	Ver Listagem Médica	00	00	00	00
Autorização judicial	70	108	01	18	<b>Cadastro de Médicos e Hospitais</b>				
Feto malformado	70	108	01	18	Comercialização da Listagem	69	17	01	18
<b>Anestesiologia</b>					Normas para Fornecimento	69	17	01	18
Parto com Analgesia	69	49	01	18	<b>Camargo, José Luiz de Oliveira</b>				
<b>Anestesiologista</b>					Artigo	71	117	01	18
Atendimento Obrigatório	71	149	01	18	<b>Cartão Informatizado</b>				
Honorários	71	149	01	18	Segredo Médico	71	148	01	18
Relação Cirurgião Anestesiista	71	149	01	18	SUS	71	148	01	18
Ver Trabalho Médico	00	00	00	00	<b>Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Paraná</b>				
<b>Arquivamento</b>					Transplantes	69	56	01	18
Incineração	70	93	01	18	<b>Cirurgia Oftalmológica</b>				
Microfilmagem	70	93	01	18	Experimental (Resol. CFM N.º 1622/2001)	71	137	01	18
Tempo	70	93	01	18	<b>Cirurgia Plástica</b>				
<b>Artigo médico</b>					Anúncio	71	140	01	18
Ver trabalho médico	00	00	00	00	Conduta Ética	71	140	01	18
<b>Assistência</b>					Cosmética / Reconstructora	72	207	01	18
À Saúde da Mulher Grávida	71	130	01	18	Entrevista	71	140	01	18
Cuidados Paliativos	72	192	01	18	Genival V. França	72	207	01	18
Paciente Terminal	72	192	01	18	Grupo de Consórcio	71	153	01	18
<b>Atendimento</b>					Imprensa Leiga	71	140	01	18
Plano de Financiamento	71	140	01	18	Obrigação de Meio ou de Resultado	72	207	01	18
Prestação	71	140	01	18	Publicação de Artigo	71	140	01	18
<b>Atestado Fisioterapêutico</b>					Publicidade (Resol. CFM n.º 1036/80)	71	140	01	18
Afastamento de Trabalho	70	101	01	18	<b>Cirurgião Dentista</b>				
<b>Atestado Médico</b>					Ver Dentista	00	00	00	00
Abono de Faltas	71	155	01	18	Ver Odontologia	00	00	00	00
Aposentadoria	71	155	01	18	<b>Civil</b>				
Exame Médico	71	155	01	18	Vide responsabilidade	00	00	00	00
Homologação	71	155	01	18	<b>Cliente</b>				
Inspeção Médica	71	155	01	18	Conceito	72	177	01	18
Lauda Médico	71	155	01	18	<b>Código do Consumidor</b>				
Licença Médica	71	155	01	18	Consentimento	71	158	01	18
Perícia Médica	71	155	01	18	<b>Coleção Anatomopatológica</b>				
Presença do Paciente	71	155	01	18	Consentimento	69	16	01	18
Visto Médico Temporário	70	109	01	18	Fetos	69	16	01	18
<b>Atestar</b>					<b>Comercialização</b>				
Competência	71	155	01	18	Órgãos	70	96	01	18
<b>Ato Médico</b>					Programas Informatizados na Imprensa Leiga	72	218	01	18
Atividades Gerais	72	177	01	18	<b>Comércio</b>				
Atos Privativos	72	177	01	18	Ver Brinde/Banificação	00	00	00	00
Conceito	72	177	01	18	Ver Consórcio	00	00	00	00
Mudanças Temporais	71	117	01	18	Ver Ética	00	00	00	00
Resol. CFM N.º 1627/2001	72	177	01	18	Ver Financiamento	00	00	00	00
<b>Ato Profissional do Médico</b>					Ver Honorário	00	00	00	00
Conceito	72	177	01	18	Ver Mercantilização	00	00	00	00
<b>Auditor</b>					Ver Pagamento	00	00	00	00
Direito e Dever	71	173	01	18	Ver Parcelamento	00	00	00	00
Resol. CFM N.º 1614/2001	71	173	01	18	Ver Prestação	00	00	00	00
<b>Auditoria Médica</b>					Ver Promoção	00	00	00	00
Direito e Dever do Auditor	71	173	01	18	Ver Publicidade	00	00	00	00
Empresa Registrada no CRM	71	173	01	18	Ver Salário/Remuneração	00	00	00	00
Resolução CFM N.º 1614/2001	71	173	01	18	Ver Sorteio	00	00	00	00
<b>Autoria de Trabalho</b>					<b>Comissão de Ética</b>				
Normas	71	140	01	18	Cirurgia Plástica	72	207	01	18
Ver Artigo	00	00	00	00	Ética	71	140	01	18
<b>Autorização</b>					Ver Comitê de Ética	00	00	00	00
Ver Alta Hospitalar	00	00	00	00	<b>Conceito</b>				
<b>Auxiliar Cirúrgico</b>					Ato Médico	72	177	01	18
Estudante de Medicina	69	49	01	18	Ato Profissional de Médico	72	177	01	18
<b>Banco de Dados</b>					Cliente	72	177	01	18
Cartão Informatizada SUS	71	148	01	18	Nascituro	71	117	01	18
Sigilo Médico	71	148	01	18	Paciente	72	177	01	18
<b>Banco de Tecidos</b>					Responsabilidade Civil	70	61	01	18
Normas de Financiamento	69	56	01	18	<b>Conflito de Interesse</b>				
Resolução CRM PR N.º 094/2000	69	56	01	18	Fator Redutor Econômico	70	104	01	18
<b>Bioética</b>					<b>Consentimento</b>				
Autonomia	72	192	01	18	Código do Consumidor	71	158	01	18
Beneficência	72	192	01	18	Conflito de Interesse	70	104	01	18
Decisão Médica	72	192	01	18	Esclarecimento Claro e Minucioso	71	158	01	18
Diagnóstico Pré-Natal	71	117	01	18	Ginecologia/Obstetrícia	71	158	01	18
Paciente Terminal	72	192	01	18	Meio/Resultado	72	207	01	18
Tomada de Decisão	72	192	01	18	Modelo de Documento				
					Padronizado	71	158	01	18
					Pós Informado	71	158	01	18
					Proteção Médica	71	158	01	18
					Relação Médico Paciente	71	158	01	18

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Consórcio					Equipe Médica				
Cirurgia Plástica	71	153	01	18	Morte Encefálica				
Ver Parcelamento	00	00	00	00	Qualificação para o Diagnóstico de Morte	70	114	01	18
Ver Financiamento	00	00	00	00	Erro Médico				
Ver Promoção	00	00	00	00	Crime Profissional	72	177	01	18
Ver Honorários	00	00	00	00	Dolo / Culpa	72	177	01	18
Consulta					Erro Profissional	72	177	01	18
Marcação	70	61	01	18	História	70	61	01	18
Contrato					Indenização	69	21	01	18
Tipos	70	61	01	18	Nexo	70	61	01	18
Cooperativa Médica					Responsabilidade civil	70	61	01	18
Fator Redutor de Remuneração	70	104	01	18	Especialidades				
Indenização	70	102	01	18	Ética	70	97	01	18
Ver Planos de Saúde	00	00	00	00	Julgamento Ético	70	97	01	18
Culpa					Punição	70	97	01	18
Concorrente	70	61	01	18	Esterilização				
Responsabilidade Civil	70	61	01	18	Decisão em Prontuário	71	151	01	18
Teoria	70	61	01	18	Laqueadura Periumbilical				
Curas Milagrosas					Puerperal	71	151	01	18
Alertamento do Vaticano	69	58	01	18	Portaria GS/SAS/MS N.º 48/99	71	151	01	18
Dano					Estudante de Medicina				
Responsabilidade civil	70	61	01	18	Auxiliar Obstétrico Tutelado	69	49	01	18
Decisão Médica					Ética				
Autonomia	72	192	01	18	Diagnóstico Pré-Natal	71	117	01	18
Bioética	72	192	01	18	Documento de Internação	69	22	01	18
Conflito de Interesse	70	104	01	18	Informática Médica	72	218	01	18
Cuidados Palliativos	72	192	01	18	Internação Hospitalar	69	22	01	18
Dilema	72	192	01	18	Obstetra	71	117	01	18
Dúvida médica	71	134	01	18	Paciente Terminal	70	109	01	18
Ética	72	192	01	18	Papa solicita aos pesquisadores	69	53	01	18
Eutanásia/Suicídio Assistido	72	192	01	18	Publicidade de Cirurgia Plástica	71	140	01	18
Fatores Interferentes	72	192	01	18	Ética Médica				
Paciente Terminal	72	192	01	18	Julgamento em Sociedades	70	97	01	18
Dentista					Eutanásia				
Cirurgia	69	23	01	18	Autorização para Marido	72	217	01	18
Ver Cirurgia Dentista	00	00	00	00	Auxílio Suicídio Assistido	72	217	01	18
Ver Odontologia	00	00	00	00	Comite Holandez	69	54	01	18
Diagnóstico					Holanda Legaliza	69	24	01	18
Pré-Natal/Ética	71	117	01	18	Negada Autorização em Londres	72	217	01	18
Dilema					Normas Holandesas	69	24	01	18
Autonomia	72	192	01	18	Permissão no USA	71	175	01	18
Bioética	72	192	01	18	Praticado na Holanda	69	54	01	18
Ver Conflito de Interesse	00	00	00	00	Suicídio Assistido	72	192	01	18
Ver Decisão Médica	00	00	00	00	Vaticano Crítica Holanda	69	26	01	18
Diretor Técnico					Exame Complementar				
Usina Concentradora de Oxigênio	69	13	01	18	Cooperativas Médicas	70	104	01	18
Dispensa de Trabalho					Fator Regulador Econômico	70	104	01	18
Atestado Fisioterapêutico	70	101	01	18	Exame Médico				
Ver Atestado Médico	00	00	00	00	Ver Atestado Médico	00	00	00	00
Divulgação					Experimental				
Vedada para Programas de Informática	72	218	01	18	Terapêutica	71	137	01	18
Doadora de Útero					Farid Sabbag				
Reprodução Assistida	71	166	01	18	Artigo	69	01	01	18
Documento de Internação					Farmacêutico				
Ética	69	22	01	18	Decreto 20.931/32	71	123	01	18
Microfilmagem	70	93	01	18	Direitos e Limites na Prescrição	71	123	01	18
Padronização/Aprimoramento	69	22	01	18	Interferência na Medicação	71	123	01	18
Portaria MS/Nº 221	69	22	01	18	Lei n.º 50.991/73	71	123	01	18
Sigilo Médico	69	22	01	18	Lei n.º 9.787/99	71	123	01	18
Ver Prontuário	00	00	00	00	Recusa de Aviamento	71	123	01	18
DNA					Relação Médico-Farmacêutico	71	123	01	18
Paternidade	72	220	01	18	Fator Regulador Econômico				
Dúvida Médica					Conflito de Interesse	70	104	01	18
Auxílio Diagnóstico	71	134	01	18	Cooperativa Médica	70	104	01	18
Dilema Médico	72	192	01	18	Direito da Fonte Pagadora	70	104	01	18
Segunda Opinião	71	134	01	18	Exame Complementar	70	104	01	18
Ehrentfried Othmar Wittig					Redutor Moderador	70	104	01	18
Peça Histórica	70	116	01	18	Feto				
Peça Histórica	69	60	01	18	Autorização para Museu	69	16	01	18
Peça Histórica	71	176	01	18	Coleção Hospitalar	69	16	01	18
Peça Histórica	72	233	01	18	Financiamento				
Empresa					Ver Atendimento	71	140	01	18
Segunda Opinião Médica	71	134	01	18	Ver Consórcio	71	140	01	18
Enfermeiro					Ver Parcelamento	71	140	01	18
Enfermeiro Obstétrico	71	130	01	18					
Exercício Profissional	71	130	01	18					
Limites	71	130	01	18					
Limites de Atuação	71	167	01	18					
Obstetrix	71	130	01	18					
Programa AIDPI	71	167	01	18					
Programa de Saúde Pública	71	167	01	18					
Resolução COFEN N.º 223/99	71	130	01	18					

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Fiscalização					Iridologia				
Médico Militar	71	139	01	18	Prática não Médica	70	103	01	18
Fisioterapia e Terapia Ocupacional					José Eduardo Siqueira	70	109	01	18
Desabrigação de Registro de					Artigo				
Clínica Médica	72	224	01	18	José Luiz de Oliveira Camargo				
Fortuito					Artigo	71	117	01	18
Responsabilidade Civil	70	61	01	18	Junta Médica				
França, Genival Veloso					Segunda Opinião	71	134	01	18
Artigo	72	207	01	18	Laqueadura				
Genética					Decisão em Prontoário	71	151	01	18
DNA Paternidade	72	220	01	18	Esterilização	71	151	01	18
Genival Veloso de França					Junta de Decisão	71	151	01	18
Artigo	72	207	01	18	Lei n.º 9263/96	71	151	01	18
Ginecologia					Portaria GS/SAS/MS N.º 48/99	71	151	01	18
Consentimento pós informado	71	158	01	18	Tubária Periumbilical Puerperal	71	151	01	18
Habilitação em Português					Lauda				
Médico Estrangeiro	71	136	01	18	Homologação de Atestado	71	155	01	18
Resolução CFM N.º 1620/2001	71	136	01	18	Lauda Fisioterapêutico				
Honorário					Afastamento de Trabalho	70	101	01	18
Anestesiologista	71	149	01	18	Dispensa de Trabalho	70	101	01	18
Cobrança	70	61	01	18	Lauda Pericial				
Direito do Anestesiologista	71	149	01	18	Código de Processo Civil	72	220	01	18
Fator Redutor Econômico	70	104	01	18	Paternidade	72	220	01	18
Financiamento	71	140	01	18	Lei				
Parcelamento	71	140	01	18	Portaria MS/Nº 221				
Perito Médico	69	25	01	18	(Documento de Internação)	69	22	01	18
Promoção	71	140	01	18	Lei da Boa Razão				
Ver Remuneração	00	00	00	00	Casos Omissos	70	61	01	18
Hospital					Licença de Trabalho				
Banco de Tecidos e Ossos	69	56	01	18	Afastamento de Trabalho	70	101	01	18
Imperícia					Diagnóstico Médico	70	101	01	18
Ver responsabilidade civil	70	61	01	18	Fisioterapêutica	70	101	01	18
Imprensa					Limite Enfermeiro				
Cirurgia Plástica	71	140	01	18	Estudante de Medicina	69	49	01	18
Ver Publicidade	00	00	00	00	Farmacêutico	71	123	01	18
Imprudência					Vide Atestado, Laudo, Parecer	70	101	01	18
Ver responsabilidade civil	70	61	01	18	Lista de Médicos				
Indenização					À Quem Conceder	72	207	01	18
Responsabilidade Civil	70	61	01	18	Dados Cadastrais	72	228	01	18
Indenização					Dados Cadastrais do CRM	72	207	01	18
Cooperativa Médica	70	102	01	18	Limite de Informações	72	228	01	18
Erro Médico	69	21	01	18	Lista de Endereçamento	72	228	01	18
Planos de Saúde	70	102	01	18	Vedada a Comercialização	72	207	01	18
Índice					Vedada a Comercialização	72	228	01	18
Remissivo	72	234	01	18	Listagem Médica				
Informação					À Quem Conceder	72	207	01	18
Dever/Direito	71	117	01	18	À Quem Conceder	72	228	01	18
Ética	71	140	01	18	Dados Cadastrais do CRM	72	207	01	18
Prontuário	71	117	01	18	Dados Cadastrais do CRM	72	228	01	18
Informática Médica					Dados a Comercialização	72	207	01	18
Cartão Informatizado SUS	71	148	01	18	Vedada a Comercialização	72	228	01	18
Vedada Venda de Programas					Listagem de Médicos do CRM				
na Imprensa Leiga	72	218	01	18	Direito para Contribuição				
Ver Microfilmagem	00	00	00	00	Sindical	69	17	01	18
Inscrição em CRM					Fiel Depositário	69	17	01	18
Empresa Médica em Fisioterapia	72	224	01	18	Proibida a Comercialização	69	17	01	18
Empresa Médica - Obrigatória					Venda ou Fornecimento	69	17	01	18
apenas no CRM	72	224	01	18	Localção de Serviços				
Exigência Descabida do CR					Assistência Médica	72	207	01	18
de Fisioterapia	72	224	01	18	Lucro cessante				
Medicina Física e Reabilitação	72	224	01	18	Responsabilidade Civil	70	61	01	18
Registro Obrigatório só no CRM	72	224	01	18	Marcação				
Inscrição em Conselho Não Médico					Consulta	70	61	01	18
Fisioterapia	72	224	01	18	Maria Tereza de Moraes Souza				
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	72	224	01	18	Artigo	72	192	01	18
Inspeção Médica					Medicamento				
Ver Licença de Trabalho	00	00	00	00	Interferência de Farmacêutico	71	123	01	18
Ver Laudo	00	00	00	00	Presença Médica	71	123	01	18
Interesse					Relação Médico-Farmacêutica	71	123	01	18
Ver Conflito de Interesse	00	00	00	00	Medicina				
Ver Dilema / Decisão Médica	00	00	00	00	Objeto	72	177	01	18
Internação Hospitalar					Profissão	72	177	01	18
Ministério de Saúde	69	22	01	18	Medicina Aeroespacial				
Padronização do Documento	69	22	01	18	Presença de Médico	70	109	01	18
Portaria MS/Nº 221	69	22	01	18	Remoção	70	109	01	18
Sigilo Médico	69	22	01	18	Resgate Médico	70	109	01	18

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Medicina do Trabalho					Obstetra				
Acidente de Trabalho	69	01	01	18	Diagnóstico Pré-Natal	71	117	01	18
Aeronautas	71	164	01	18	Obstetria				
Afastamento	70	101	01	18	Consentimento pós informado	71	158	01	18
Assistência Integral	69	01	01	18	Odontologia				
Promoção da Saúde	69	01	01	18	Cirurgia Aparelho Mastigatório	69	23	01	18
Proteção a Saúde	69	01	01	18	Cirurgia Plástica Odontológica	69	23	01	18
Reabilitação Profissional	69	01	01	18	Competência Cirúrgica (Resol. CFM n.º 1536/98 e CFM n.º 852/78)	69	23	01	18
Recuperação da Saúde	69	01	01	18	Oftalmologia				
Responsabilidade Profissional	69	01	01	18	Limites de Atuação	71	136	01	18
Medicina Física e Reabilitação					Procedimentos Terapêuticos				
Especialidade Médica-Fisioterapia	72	224	01	18	Experimentais	71	136	01	18
Registro Obrigatório no CRM	72	224	01	18	Resolução CFM n.º 1622/2001	71	136	01	18
Médico					Opinião Médica				
Alo Médico	72	177	01	18	Auxílio Diagnóstico	71	134	01	18
Alo Profissional de Médico	72	177	01	18	Segunda Opinião	71	134	01	18
Cliente	72	177	01	18	Órgãos				
Profissão	72	177	01	18	Comercialização	70	96	01	18
Substituto	71	126	01	18	Denúncia de Venda de Criança	70	96	01	18
Ver Listagem Médica	00	00	00	00	Ossos				
Médico Estrangeiro					Banco de Tecidos e Ossos	69	56	01	18
Habilitação em Português	71	136	01	18	Experiência Nuclear	72	219	01	18
Resolução CFM n.º 1620/2001	71	136	01	18	Resol. CRMPR N.º 094/2000	69	56	01	18
Médico Militar					Uso em Pesquisa não Consentida	72	219	01	18
Fiscalização Ética	71	137	01	18	Oxigênio				
Registro no CRM	71	137	01	18	Diretor Responsável	69	13	01	18
Resolução CFM N.º 1619/2001	71	137	01	18	Usina Concentradora	69	13	01	18
Meio					Paciente				
Resultado	72	207	01	18	Conceito	72	177	01	18
Microfilmagem					Contrato	70	61	01	18
Arquivamento	70	93	01	18	Culpa Concorrente	70	61	01	18
Incineração	70	93	01	18	Marcação de Consulta	70	61	01	18
Lei n.º 5433/68, Decreto 1799/96	70	93	01	18	Terminal	72	192	01	18
Prontuário	70	93	01	18	Paciente Terminal				
Milagres					Assistência	70	109	01	18
Curas – Alertamento do Vaticano	69	58	01	18	Dignidade de Marrer	70	109	01	18
Mistanasia					Dilema	72	192	01	18
Eutanásia Social	72	192	01	18	Ética	70	109	01	18
Monografia					Tomada de Decisão	72	192	01	18
Sobre Ética Médica	68	60	01	18	Parcelamento				
Monografia Sobre Ética Médica					Ver Promoção	00	00	00	00
Paciente Terminal 2001	72	192	01	18	Ver Honorários	00	00	00	00
Morte					Ver Financiamento	00	00	00	00
Eutanásia	69	24	01	18	Ver Consórcio	00	00	00	00
Eutanásia	71	175	01	18	Parecer Fisioterapêutico				
Morte Encefálica					Afastamento de Trabalho	70	101	01	18
Composição da Equipe de Verificação	70	114	01	18	Parto				
Diagnóstico	70	114	01	18	Acadêmico Auxiliar Tutelado	69	49	01	18
Lei n.º 9434/97	70	114	01	18	Analgesia	69	49	01	18
Museu da Medicina					Auxiliar Obstétrico	69	49	01	18
Autorização	69	16	01	18	Cezarea / cirúrgico	69	49	01	18
Coleção Hospitalar	69	16	01	18	Cuidados na Assistência	69	49	01	18
Peça Histórica	69	60	01	18	Enfermeiro Obstétrico	71	130	01	18
Peça Histórica	70	116	01	18	Gestão de Alto Risco	69	49	01	18
Peça Histórica	71	176	01	18	Monitorização	69	49	01	18
Peça Histórica	72	233	01	18	Paternidade				
Nascituro					DNA	72	220	01	18
Conceito	71	117	01	18	Laudo Pericial	72	220	01	18
Negligência					Perito Médico	72	220	01	18
Responsabilidade civil	70	61	01	18	Perito Odontológico	72	220	01	18
Neri Tadeu Camara Souza					Peça Anatômica				
Artigo	70	61	01	18	Museu	69	16	01	18
Nexo					Peça Histórica				
Responsabilidade civil	70	61	01	18	Ver História da Medicina	00	00	00	00
Objetiva					Ver Museu de Medicina	00	00	00	00
Ver responsabilidade Civil	00	00	00	00	Pedido				
Obrigações					Alta	71	126	01	18
Cirurgia Plástica	72	207	01	18	Perda				
Código Civil Brasileiro, art. 1545	72	207	01	18	De chance	70	61	01	18
Consentimento Esclarecido	72	207	01	18	Perícia				
Contratual/Aquilino	72	207	01	18	Exame de Corpo de Delito	69	28	01	18
Meio	70	61	01	18	Habilitação Legal	69	28	01	18
Meio	72	207	01	18	Honorários	69	25	01	18
Resultado	72	207	01	18	Laudo	72	220	01	18
					Laudo Pericial	69	28	01	18
					Médico Nomeado	69	25	01	18
					Nomeação	69	28	01	18
					Normativas	72	220	01	18
					Perito Médico	72	220	01	18
					Perito Odontológico	72	220	01	18
					Resol. CFM N.º 1497/98	69	25	01	18
					Ver Perícia Médica	72	220	01	18

<b>ASSUNTO</b>	<b>Num.</b>	<b>Pág.</b>	<b>Ano</b>	<b>Vol.</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>Num.</b>	<b>Pág.</b>	<b>Ano</b>	<b>Vol.</b>
<b>Perito</b>					<b>Radiologia</b>				
Aceitar ou Recusar	69	28	01	18	Curso de Técnico	70	99	01	18
Carteira Nacional de Habilitação	69	54	01	18	Lei n.º 9394/86	70	99	01	18
Código Ético Médica	69	28	01	18	Médico Radiologista	70	99	01	18
Código de Processo Penal	69	28	01	18	<b>Regimento Interno do Corpo Clínico</b>				
Código Processo Civil	69	28	01	18	Ação Trabalhista	71	157	01	18
Da Prova Pericial	69	28	01	18	Regulamento	71	157	01	18
Honorários	69	28	01	18	<b>Registro</b>				
Independência de Ação	69	54	01	18	Médico Militar	71	139	01	18
Lauda Pericial	69	25	01	18	<b>Registro no CRM</b>				
Médico no Serviço de Detran	69	54	01	18	Médico Militar	71	139	01	18
Médico Nomeado	69	25	01	18	Resolução CFM N.º 1619/2001	71	139	01	18
Resol. CFM N.º 1497/98	69	25	01	18	<b>Relação</b>				
<b>Pesquisa</b>					Médico-Farmacêutico	71	123	01	18
Ossos de crianças em experiência nuclear não consentida	72	219	01	18	<b>Relação Médico/Paciente</b>				
<b>Português</b>					Alta Hospitalar	71	126	01	18
Habilitação para Médico Estrangeiro	71	136	01	18	Dever de Informação	71	117	01	18
<b>Plano de Financiamento</b>					Novas Realidades	71	117	01	18
Prestação	71	140	01	18	Relação Econômica	72	177	01	18
<b>Plano de Saúde</b>					<b>Relação Nominal</b>				
Cooperativa Médica	70	102	01	18	Médicos	72	214	01	18
Indenização	70	102	01	18	Ver Lista de Médicos	00	00	00	00
<b>Plástica</b>					Ver Listagem Médica	00	00	00	00
Ver Cirurgia Plástica	00	00	00	00	<b>Relação Nominal do CRM</b>				
<b>Prozo Prescricional</b>					Médicos	69	17	01	18
Responsabilidade Civil	70	61	01	18	Publicação pelo CRM	69	17	01	18
<b>Pré-Natal</b>					Venda ou Fornecimento Gratuito	69	17	01	18
Diagnóstico	71	117	01	18	<b>Remissivo</b>				
Ética	71	117	01	18	Índice	72	234	01	18
Nova Realidade	71	117	01	18	<b>Remoção</b>				
<b>Prescrição</b>					Hospitalar	71	126	01	18
Interferência do Farmacêutico	71	123	01	18	Transporte Aéreo	70	112	01	18
Medicamento	71	123	01	18	Ver Resgate	00	00	00	00
Prozo Prescricional	70	61	01	18	Ver Transporte	00	00	00	00
Recusa de Aviamento	71	123	01	18	Ver Transferência	00	00	00	00
<b>Prestação</b>					<b>Remuneração</b>				
Atendimento	71	140	01	18	Fator Redutor Econômico	70	104	01	18
Consórcio	71	153	01	18	Ver Honorário	00	00	00	00
Plano de Financiamento	71	140	01	18	<b>Resgate Aéreo</b>				
Ver Comércio	00	00	00	00	Ver Remoção	00	00	00	00
Ver Plano de Saúde	00	00	00	00	<b>Resgate Aeromédico</b>				
<b>Princípio</b>					Aeromédico	70	109	01	18
Autonomia	71	126	01	18	Presença Médica	70	109	01	18
Alta Hospitalar	71	126	01	18	Resolução CFM N.º 1529/98	70	109	01	18
Beneficência	72	192	01	18	Visto Médico Temporário	70	109	01	18
Ver Biotética	00	00	00	00	<b>Resolução CFM</b>				
Ver Ética	00	00	00	00	N.º 1614/2001				
<b>Privativo</b>					(Auditoria Médica)	71	173	01	18
Ato Médico	72	177	01	18	N.º 1466/2001 (Revogada)	71	173	01	18
<b>Profissão</b>					N.º 1619/2001 (Médico Militar)	71	139	01	18
Cliente	72	177	01	18	N.º 1620/200				
Médico	72	177	01	18	(Habilitação em Português)	71	136	01	18
Responsabilidade	69	01	01	18	N.º 1622/2001				
Serviço	72	177	01	18	(Oftalmologia Experimental)	71	137	01	18
<b>Promoção</b>					N.º 1605/2000 (Segredo Médico)	69	58	01	18
Parcelamento de Honorário	71	140	01	18	N.º 1497/98 (Perito Médico)	69	25	01	18
<b>Prontuário</b>					N.º 1627/2001 (Ato Médico)	72	177	01	18
Arquivamento	70	93	01	18	<b>Resolução CRMPR</b>				
Desobediência Judicial	71	171	01	18	N.º 094/2000 (Banco de Tecidos)	69	56	01	18
Dever de Informar	71	117	01	18	<b>Responsabilidade</b>				
Direito de Requisição	71	171	01	18	Civil	70	61	01	18
Eletrônico	70	93	01	18	Erro Médico	70	61	01	18
Em Caso de Crime	69	58	01	18	<b>Responsabilidade Civil</b>				
Em Caso de Defesa Judicial do Médico	69	58	01	18	Aquilina	70	61	01	18
Exorbitância Judicial	71	171	01	18	Conceito	70	61	01	18
Limite do Ministério Público	71	171	01	18	Contratual	70	61	01	18
Microfilmagem	70	93	01	18	Culpo	70	61	01	18
Negado à Promotoria de Justiça	71	171	01	18	Dono	70	61	01	18
Segredo de Justiça	69	58	01	18	Erro Médico	70	61	01	18
<b>Propaganda</b>					Lucro cessante	70	61	01	18
Cirurgia Plástica	71	140	01	18	Obstetra	70	61	01	18
Ver Comércio	00	00	00	00	Subjetiva	70	61	01	18
Ver Publicidade	00	00	00	00	<b>Revogação CFM</b>				
<b>Publicidade</b>					Res. n.º 1466/2001				
Cirurgia Plástica	71	140	01	18	<b>Risco/Riscos</b>				
Ver Propaganda	00	00	00	00	Alta Hospitalar	71	126	01	18
					Laqueadura	71	151	01	18
					Reprodutivo	71	151	01	18

<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>	<u>ASSUNTO</u>	<u>Num.</u>	<u>Pág.</u>	<u>Ano</u>	<u>Vol.</u>
Sabbag, Farid					Terapêutica Experimental				
Artigo	69	01	01	18	Ofthalmológica	71	137	01	18
Segredo Médico					Tomada de Decisão				
Banco de Dados	71	148	01	18	Autonomia	72	192	01	18
Cartão SUS Informatizado	71	148	01	18	Beneficência	72	192	01	18
Consentimento	69	58	01	18	Bioética	72	192	01	18
Em Crimes	69	58	01	18	Dilema Médico	72	192	01	18
Prontuário	69	58	01	18	Dúvida Médica	71	134	01	18
Resolução CFM N.º 1605/2000	69	58	01	18	Ética	72	192	01	18
Segredo de Justiça	69	58	01	18	Fatores Interferentes	72	192	01	18
Segunda Opinião Médica					Paciente Terminal	72	192	01	18
Auxílio Diagnóstico	71	134	01	18	Trabalho Médico				
Decisão Médica	71	134	01	18	Ver Artigo Médico	00	00	00	00
Empresa	71	134	01	18	Ver Pesquisa	00	00	00	00
Ver Junta Médica	00	00	00	00	Transferência				
Sigilo Médico					Aéreo	70	112	01	18
Documento SUS	69	22	01	18	Hospitalar	71	126	01	18
Ver Segredo Médico	00	00	00	00	Remoção	70	112	01	18
Siqueira, José Eduardo					Resgate	71	126	01	18
Artigo	70	109	01	18	Substituição de Médico	71	126	01	18
Sociedades de Especialidade					Transplante				
Julgamento Ético	70	97	01	18	Armazenamento	72	215	01	18
Punição Ética	70	97	01	18	Banco de Tecidos	69	56	01	18
Sorteio					Captação de Tecidos e Células	72	215	01	18
Ver Brinde	00	00	00	00	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Paraná	69	56	01	18
Ver Bonificação	00	00	00	00	Disponibilização	72	215	01	18
Ver Comércio	00	00	00	00	Processamento	72	215	01	18
Ver Honorário	00	00	00	00	Resolução CFM N.º 1623/2001	72	215	01	18
Ver Promoção	00	00	00	00	Serviço de Captação, Armazenamento	72	215	01	18
Souza, Maria Tereza de Moraes					Transplante	72	215	01	18
Artigo	72	192	01	18	Verificação de Morte Encefálica	70	114	01	18
Souza, Neri Tadeu Camara					Transporte				
Artigo	70	61	01	18	Ver Remoção	00	00	00	00
Subjetiva					Ver Transferência	00	00	00	00
Ver responsabilidade civil	00	00	00	00	Tratamento Experimental Oftalmológico	71	137	01	18
Substituto					Usina Concentradora de Oxigênio				
Médico	71	126	01	18	Diretor Técnico Responsável	69	13	01	18
Suicídio					Resol. CFM N.º 1355/92	69	13	01	18
Assistido	72	192	01	18	Revisão do Sistema	69	13	01	18
Assistido	72	217	01	18	"Útero de Aluguel"				
Autorização Negada	72	217	01	18	Gestação de Substituição	71	166	01	18
Eutanásia	72	192	01	18	Indicação e Contra Indicação	71	166	01	18
SUS					Reprodução Assistida	71	166	01	18
Cartão Informatizado	71	148	01	18	Valor de Exame Complementar				
Cartão Eletrônico	71	148	01	18	Fator Regulador Econômico	70	104	01	18
Segredo Médico	71	148	01	18	Visto Médico				
Técnico em Radiologia					Temporário	70	109	01	18
Curso Superior	70	99	01	18	Ver Atestado Médico	00	00	00	00
Radiologista	70	99	01	18	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Tempo de Guarda					Peça Histórica	71	176	01	18
Arquivamento	70	93	01	18	Peça Histórica	70	116	01	18
Prontuário	70	93	01	18	Peça Histórica	69	60	01	18
Incineração	70	93	01	18	Peça Histórica	72	233	01	18
Teoria									
Culpa	70	61	01	18					

**Consulte o Índice Remissivo de todos os "Arquivos"**  
**biblioteca@crmpr.org.br**  
**www.crmpr.org.br**  
**0xx41 322-8238**

## 1 - DEPTO. DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (DEFEP)

- Cons. Carlos Ehlike Braga Filho (Presidente)  
Cons. Antonio Carlos de Andrade Soares  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Célia Inês Burgardt  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. José Luís de Oliveira Camargo  
Cons. Kemel Jorge Chammas  
Cons. Marco Flávio Gomes Montenegro  
Cons. Sylvio José Borela

## 2 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

- Cons. Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Niazzy Ramos Filho  
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

## 3 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

- Cons<sup>a</sup>. Mônica de Biasi Wright Kastrup  
Cons. José Eduardo de Siqueira  
Cons<sup>a</sup>. Lúcia Helena Coutinho dos Santos  
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa  
Cons. Minao Okawa  
Cons. Sérgio Maciel Molteni

## 4 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

- Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons<sup>a</sup>. Célia Inês Burgardt  
Cons. Luiz Antonio de Melo Costa

## 5 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO Mandato de 29/05/2001 a 29/05/2002)

- Cons. Roberto Bastos da Serra Freire (Presidente)  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Mariângela Batista Galvão Simão  
Func<sup>a</sup>. Maria Arminda de Souza  
Func. Martin Afonso de Palma

## 6 - COMISSÃO DE SEDE

- Cons. Wadir Rúpollo (Presidente)  
Cons. Cícero Lotário Tironi  
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Kemel Jorge Chammas  
Membro nato do CRMPPR: Luiz Carlos Sobania

## 7 - CORREGEDORIA DO CRMPPR

- Cons<sup>a</sup>. Raquele Rotta Burkiewicz

## DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

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

## DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

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

## 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 (Licenciado)  
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)  
Dr. Adail Rother Júnior (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

- Dr. Keith de Jesus Fontes (Presidente)  
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário) Licenciado em 06/07/01  
Dr. Moacir João Borguetti (Colaborador)  
Dr. Nelson Ossamu Osaku  
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)  
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

- Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia Dias (Presidente)  
Dr. Osmário Edson de Andrade Góes (Licenciado)  
Dr<sup>a</sup>. Alçaq Danwich (Colaboradora)  
Dr. Humberto Pellegriani Maia (Suplente)  
Dr. Frederico Eduardo W. Virmond (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Iara Rodrigues Vieira (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 (licenciado em 05/07/99)  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)  
Dr<sup>a</sup>. Marli Cybulski (Secretária)  
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)  
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Margaret Zych (Licenciada em 26/08/99)

## DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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